hessenmed : MAGAZIN

Verbund hessischer Ärztenetze Nr. 01 · 2018

regional vernetzt – hessenweit gemeinsam

Versorgung auf dem Land

Entlassmanagement
Kooperation mit Verbesserungsbedarf

hessenmed

GNN e.V. – Gesundheitsnetz Nordhessen
Goethestr. 70 · 34119 Kassel
Tel.: 0561-9 20 39 20 · Fax: 0561-400 66 84 20
E-Mail: info@g-n-n.de · www.g-n-n.de

PriMa eG – Prävention in Marburg
Deutschhausstr. 19a · 35037 Marburg
Tel.: 06421-590 998-0 · Fax: 06421-590 998-26
E-Mail: info@prima-eg.de · www.prima-eg.de

PIANO eG – Praeventions- und Innovations-Aerztenetz Nassau-Oranien
Offheimer Weg 46a · 65549 Limburg
Tel.: 06431-5 90 99 80 · Fax: 06431-59 09 98 59
E-Mail: info@pianoeg.de · www.pianoeg.de

GPS e.V. – Gesundheit – Prävention – Schulung Mittelhessen
Neue Mitte 10 · 35415 Pohlheim
Tel.: 06403-97 72 80 · Fax: 06403-9 77 28 28
E-Mail: kontakt@gpsev.de
www.gpsev.de

ÄNGie e.V. – Ärztenetz Kreis Gießen
Postfach 100107 · 35331 Gießen
E-Mail: info@aengie.net · www.aengie.net
Tel.: 0641-96 97 99 95 · Fax: 0641-96 97 99 94

GNEF eG – Gesundheitsnetz Frankfurt
Schleusenweg 22 · 60528 Frankfurt am Main
Tel.: 069-25 78 80 08 · Fax: 069-25 78 80 09
E-Mail: info@gesundheitsnetz-frankfurt.de
www.gnef.de

SMQ e. V. – Sachsenhäuser Medizinisches Qualitätsnetz
Offenbacher Landstr. 350 · 60599 Frankfurt
Tel.: 069-65 18 87 · Fax: 069-65 65 88
E-Mail: drfreise@web.de

Mein Arzt in Wiesbaden GbR
Parkstraße 15a · 65189 Wiesbaden
Tel.: 0611-304275 · Fax: 0611-372869
E-Mail: info@mein-arzt-in-wiesbaden.de
www.mein-arzt-in-wiesbaden.de

Ärzte mit Zukunft
Förderverein Ärztenetz Rhein-Main
Liebigstraße 2 · 65428 Rüsselsheim
Fax: 06142-950672
E-Mail: info@foerdervereinaerztenetzrhein-main@gmx.de

Hessische Urologen eG
Gerloser Weg 20 · 36039 Fulda
Tel.: 0661-24 27 77-0 · Fax: 0661-24 27 77-11 u. 19
E-Mail: info@hessische-urologen.de
www.hessische-urologen.de

Kardiologie-Plattform Hessen eG
Am Roten Tor 101 · 55232 Alzey
Tel.: 06731-9 80 86 · Fax: 06731-9 80 87
E-Mail: Fister.Peter@t-online.de
www.kardiologie-plattform-hessen.de

GALA e.V.
Blücherstr. 26 · 68623 Lampertheim
Tel.: 06206-9 09 52 08 · Fax: 06206-93 77 04
E-Mail: tina.bottwein@gala-lampertheim.de
www.gala-lampertheim.de

Praxisnetz Kassel-Nord
Rathausplatz 4 · 34246 Vellmar
Tel.: 0561-82 02 04 69 · Fax: 0561-82 10 85
E-Mail: thomasschatz@gmx.de

DOXS eG
Angersbachstraße 12 · 34127 Kassel
Tel.: 0561-76 62 07-12 · Fax: 0561-76 62 07-20
E-Mail: info@doxs.de · www.doxs.de

Diabetologen Hessen eG
Liebigstr. 20 · 35392 Gießen
Tel.: 06424-9 24 80 44 · Fax: 06424-9 24 80 45
E-Mail: sekretariat@diabetologen-hessen.de
www.diabetologen-hessen.de

GNO eG – Gesundheitsnetz Osthessen
Gerloser Weg 20 · 36039 Fulda
Tel.: 0661-24 27 77-0 · Fax: 0661-24 27 77-11 u. 19
E-Mail: info@gesundheitsnetzosthessen.de
www.gesundheitsnetzosthessen.de

Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried e.V.
Gernsheimer Str. 29 · 64584 Biebesheim
Tel.: 06258-64 36 · Fax: 06258-75 08
E-Mail: s.lutzi@gmx.de
www.aerzte-im-ried.de

Praxisnetz Hochtaunus e. V.
Hainstraße 27 · 61476 Kronberg
Tel.: 06173-9 64 76 60 · Fax: 06173-96 47 66 1
E-Mail: info@pnht.de
www.praxisnetzhochtaunus.de

Odenwälder Ärzte eG
Frankfurter Str. 37 · 64720 Michelstadt
Tel.: 06061-92 27 55 · Fax: 06061-92 27 56
E-Mail: drehmer@t-online.de

WeschNetz – Gesundheitsnetz Weschnitztalregion e.V.
Rathausstraße 8 · 64668 Rimbach
Tel.: 06253-61 61 · Fax: 062 53-8 63 19
E-Mail: info@weschnetz.de
www.weschnetz.de

Genossenschaft Hessischer Anästhesisten eG
Fritzlaer Straße 14 · 34632 Jesberg
Tel.: 06695 9110032 · Fax.: 06695 919017
E-Mail: andrea.sandin@t-online.de
www.anaesthesie-hessen.de

Inhalt

Editorial 4

Appell der hessischen Ärztenetze zur gesundheitlichen Versorgung auf dem Land 5

Das Leid der Landärzte 9

Entlassmanagement: Kooperation mit Verbesserungsbedarf 11

Gesundheitsnetz Osthessen: Herzinsuffizienz-Netz geht an den Start 15

Aufklärung an Schulen: HPV-Impfrate steigern im Landkreis Fulda 15

KVH erkennt Förderantrag von PriMa an 16

Möglichkeit der Honorarerhöhung: Nachträgliche Anerkennung von Praxisbesonderheiten im RLV/QZV 17

Klarstellende Randnotiz: Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes bei Arzneimittelverordnungen im Einzelfall – Umfang der Dokumentation 20

Thromboembolie-Prophylaxe bei Stent-Patienten mit nicht-vaskulärem Vorhofflimmern: beide Rivaroxaban-Regime zeigen gutes Sicherheitsprofil 22

IMPRESSUM
Herausgeber: hessenmed e.V. Verbund hessischer Ärztenetze
Gerloser Weg 20, 36039 Fulda, Tel.: 0661-24 27 77-0,
Fax: 0661-24 27 77 11, E-Mail: info@hessenmed.de
Vorstand: Dr. med. Jörg Simon, Fulda (Vorsitzender),
Vorstand: 1. Vorsitzender Dr. Jörg Simon, Fulda (GNO eG); Dr. Lothar Born, Marburg (PRIMA eG); Rosemarie Wagner, Bad Camberg (Piano eG); Dr. Stefan Pollmächer, (DOXS eG); Dr. Jörg Odewald, (Praxisnetz Hochtaunus e.V.)
Redaktion: Gabriele Bleul
Registergericht: Amtsgericht Fulda, VR 2269
Gestaltung: e-bildwerke + andere
Titelbild: Helmut Kollars
Anzeigen: hessenmed e. V., Tel.: 0661-24 27 77-0
Erscheinungsweise: 1-mal pro Jahr / Druckauflage: 8.400 Stück
Druck: Grafische Werkstatt

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Herausgeber und Redaktion haften nicht für Druck- und Satzfehler, nicht für verspätete Auslieferung durch die Druckerei und nicht für unverlangt eingesandte Bilder und Manuskripte. Termin- und Adressangaben sind ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Regresse bei Landärzten und postoperative Versorgung – diese beiden Themen bewegen derzeit die Ärzte.

Vor Kurzem traf es, wie aus den Medien zu erfahren war, zwei Praxen in Nord- und Osthessen. Deren Inhaber hatten engagiert begonnen, die Versorgung von Patienten auf dem Land zu optimieren. So kam Schwung in ihre Praxen und sie besuchten mehr Patienten als zuvor. Dann geschah das, was in unserem Gesundheitssystem der Budgets und des Kostendruckes geschieht: Im Vergleich zu anderen lagen diese Praxen bei der hausärztlichen und palliativen Versorgung über dem Schnitt – und es drohte ein Regress. Presse, KV-Vorstand und Politik wurden involviert und es werden Gespräche folgen.

→ Dr. Jörg Simon

Für was braucht man Arztnetze, wenn man doch alles alleine stemmt?
Ein älterer landärztlicher Kollege –engagiert seit 17 Jahren – schreibt dazu: „Ich habe in dieser Hinsicht nun schon genug Presse inklusive Sozialminister und MdB im Hause gehabt und zunehmend das Gefühl, es interessiert sowieso niemanden bzw. es werden keine Konsequenzen gezogen. Getan hat sich in der ganzen Zeit eigentlich nicht viel, auch trotz unzähliger Sitzungen, die letztlich nur kostbare Lebenszeit geraubt haben … Ich mahne jetzt schon seit mindestens zwölf Jahren und das, wie mir scheint, vergeblich.“ Das beantwortet die Frage: Im Arztnetz ist niemand alleine.

Über unser Arztnetz konnten wir unseren Dachverband gründen. Alle Ärzte bei uns fingen mit genau solcher Energie an wie die Ärzte dieser Landarztpraxen. Gelernt haben wir, dass man zwar am Anfang durch die Presse viel Aufmerksamkeit bekommt, aber um langfristig etwas zu erreichen, reicht es nicht, nur auf Probleme aufmerksam zu machen, sondern es ist nötig, der KV und der Politik Lösungsansätze vorzuschlagen, die realisierbar sind. Und vor allem „selber daran mitarbeiten“ – nicht nur andere machen zu lassen.

Der erste Ansatz von Hessenmed ist, über die Vertreter in der Vertreterversammlung der Hessenmed-Liste vorzuschlagen: „Die Vertreterversammlung fordert von daher den Vorstand auf, dafür Sorge zu tragen, dass bei Hausbesuchsüberprüfungen Vergleichsgruppen in vergleichbaren ländlichen Regionen gebildet werden. Sollten dann noch immer erhebliche Überschreitungen zur Vergleichsgruppe vorliegen und die medizinische Notwendigkeit der Hausbesuche feststehen, sollte die notwendige Ausgleichszahlung dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1 entnommen werden.“

Wir rufen daher die jungen Ärzte auf: „Engagieren Sie sich in unseren Ärztenetzen aktiv und helfen Sie uns, die Versorgung zu verbessern – gemeinsam sind wir stärker.“ Und, nebenbei bemerkt, macht es im Verbund einfach auch mehr Spaß.

Ihr
Dr. Jörg Simon
Vorstandsvorsitzender Hessenmed eG.

„Wenn Politik und Kassen in Hessen das Land von niedergelassenen Ärzten befreien möchten, müssen sie nur das derzeitige Regressprozedere beibehalten. Wir jungen Ärzte (unter 45) schließen einfach ab und suchen uns etwas Neues. Wir müssen uns nicht bestrafen lassen dafür, dass wir Patienten gut versorgen und Krankenhausaufenthalte vermeiden. Durch Hausbesuche und Tätigkeit in der Palliativversorgung vermeiden wir Kosten für Krankentransporte und stationäre Aufenthalte – und zum Dank erhalten wir für unsere Tätigkeiten noch Strafzahlungen.“
Ärztestimmen während der Generalversammlung des Gesundheitsnetz Osthessen, 5.Juni 2018

Hessenmed fordert:

DIE REGRESSBEDROHUNG FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE MUSS AUFHÖREN!

Wir fordern Politik, Kassen und KV Hessen auf, dafür Sorge zu tragen, dass die derzeitige Vorgehensweise für Regresse innerhalb kürzester Zeit vollständig neu überarbeitet wird – hinsichtlich Personal und Art der Überprüfung. Die Regressbedrohung hält Ärzte ab, sich niederzulassen. Bei Hausbesuchsüberprüfungen (incl. Palliativversorgung) müssen Vergleichsgruppen in vergleichbaren (ländlichen) Regionen gebildet werden. Sollten dann noch immer erhebliche Überschreitungen zur Vergleichsgruppe vorliegen und die medizinische Notwendigkeit der Hausbesuche feststehen, muss das den Ärzten vergütet werden.

Appell der hessischen Ärztenetze an Politik, KV und Krankenkassen:

Lasst uns die gesundheitliche Versorgung in der Region gestalten

Bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land werden Kooperation und Zusammenarbeit künftig eine immer wichtigere Rolle spielen. In zahlreichen Regionen sind die Auswirkungen einer bedrohlichen Versorgungslücke bereits sichtbar. Durch die absehbare demografische Entwicklung werden immer weniger Fachkräfte immer ältere und betreuungsintensivere Patienten versorgen müssen. Arztsitze in vermeintlich unattraktiven Regionen bleiben bereits heute teilweise unbesetzt und die Fahrwege für Patienten werden länger.

Die neue Situation erfordert Kooperation und eine multiprofessionelle Vernetzung. In der vergangenen Dekade haben niedergelassene Ärzte in fortgeschrittenen Praxisnetzen ganz erheblich dazu beigetragen, entsprechende Versorgungslücken zu überbrücken. Innovative Ideen und Kooperationsformen, eine profunde Detailkenntnis der Gesundheitssituation in der Region sowie hohe Flexibilität bildeten die stabile Ausgangslage für die Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle, die in etlichen Regionen heute zur regionalen Versorgung beitragen und auch entsprechend gewertschätzt werden.

Der Gesetzgeber hat 2013 mit der Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen durch die KBV nach § 87b SGB V auf die Fortschritte und Erfolge der Ärztenetze erstmals reagiert. Demnach können fortgeschrittene Netze in gewissem Umfang institutionell gefördert werden. Wer sich die erforderlichen Qualifikationsmerkmale durchliest, erkennt rasch, dass ein Praxisnetz, welches hier qualifiziert wurde, weitaus mehr sein muss als ein lockerer Zusammenschluss einiger Ärzte. Denn förderungswürdig sind ausschließlich Netze, die seit Jahren in ihren jeweiligen Regionen mit wenigen finanziellen Mitteln mehr als beachtliche Leistungen in der Versorgung ihrer Region – und teilweise darüber hinaus – erbracht haben.

Tatsächlich schlummert in regionalen Ärztenetzen ein heute überwiegend noch brachliegendes Potenzial. Kein anderer Akteur der Gesundheitsversorgung kann regionale Versorgungsmodelle so erfolgreich umsetzen wie ein regionales Ärztenetz. Will man dies jedoch, dann darf man die Ärztenetze aber nicht auf halbem Wege am ausgestreckten Arm verhungern lassen. Es bedarf Verlässlichkeit, glasklare und planungsrelevante Regeln und geeignete Instrumente, um maßgeschneiderte Lösungen auch tatsächlich erarbeiten zu können. Ohne angemessene politische Unterstützung wird es kaum möglich sein, mehr als punktuelles Krisenmanagement zu erreichen und stabile Kooperationsmodelle zu entwickeln.

Keine einheitlichen Rahmenbedingungen

Mehr als fünf Jahre nach der Anerkennung der Praxisnetze durch den Gesetzgeber im Versorgungsstrukturgesetz mit der Möglichkeit der finanziellen Förderung muss man nach wie vor feststellen, dass noch immer keine einheitliche Förderung von Praxisnetzen in Deutschland existiert. Vielmehr besteht ein bunter Flickenteppich, eine unterschiedliche Handhabung der Anerkennung, Förderhöhe und -praxis, je nach politischer Landschaft und jeweiliger KV.
Positive Beispiele existieren in Westfalen und in Schleswig-Holstein, bei denen die Politik und innovative Vorstän-

de von KVen erkannt haben, dass bei einer produktiven Zusammenarbeit zwischen Politik, KV und Praxisnetzen viele regionale Probleme zur Zufriedenheit aller gelöst werden können. Ärztenetze agieren Hand in Hand mit der KV, sozusagen als deren verlängerter Arm in der Region, und leisten ihren Beitrag, um Versorgungsprobleme und damit auch mögliche künftige Sicherstellungsprobleme lösen zu können – oder im besten Fall gar nicht erst entstehen zu lassen.

Wie ist es politisch um die Ärztenetze in Hessen bestellt?

In Hessen sind mittlerweile vier Praxisnetze nach § 87 b SGB V zertifiziert (Prima Marburg eG, Gesundheitsnetz Frankfurt, Gesundheitsnetz Osthessen eG sowie das Ärztenetz Piano eG in Limburg). Das Ärztenetz Ängie in Gießen hat nach dem Erreichen der geforderten Bestandsdauer des Netzes vor Kurzem einen Zertifizierungsantrag gestellt. Die KV Hessen hat bisher zwei Förderanträge bewilligt.

Einen Antrag auf Förderung der Netzakte ViViAN, mit der behandelnde Haus- und Fachärzte nach Genehmigung des Patienten dessen Daten (Medikamentenplan, Arztbriefe, Diagnosen, Befunde) sofort nach Verlassen der Praxis in ihrer Software finden können, wurde leider abgelehnt. Ein Widerspruch mit ergänzenden Angaben wurde von dem antragstellenden Netz bereits eingereicht.

Leistungserbringerstatus: Chance für die Versorgung in der Region

Es ist noch nicht möglich, Modelle für Heimversorgung, ländliche Versorgung oder sonstige Modelle zu entwickeln, die mit Ärzten oder nichtärztlichen Praxisassistenten aus mehreren Praxen die Versorgung gestalten könnten. Stattdessen werden Förderausschreibungen in diesen Bereichen ausgeschrieben, in denen auch hochqualifizierte Ärzte- bzw. Praxisnetze (nach § 87b Abs. 4 SGBV) nicht berücksichtigt werden. Bestes Beispiel hierfür ist die aktuelle Ausschreibung zur „Gemeindeschwester". Teilnehmen dürfen MVZ, Kommunen sowie Hausärzte – die aber Probleme haben werden, angesichts überfüllter Sprechstunden weitere Förderausschreibungen zu bedienen.

Während sich Kommunen, Gemeinden und Landkreise diesem Thema widmen können, bleiben die Ärztenetze wegen des fehlenden Leistungserbringerstatus außen vor. Im Vogelsbergkreis findet sich ein gutes Beispiel dafür, wie Ärztenetze aufgrund des mangelnden institutio-

nellen Rückhalts ins Leere laufen: Dort hat der Landkreis eine Ausschreibung für die ländliche Versorgung gestartet. Mehrfach hatten in den Jahren zuvor Mitglieder aus dem zertifizierten Ärztenetz Gesundheitsnetz Osthessen sowie die Geschäftsführung versucht, Kontakt zu den Verantwortlichen im Gesundheitswesen zu bekommen. Statt mit dem Ärztenetz Kontakt aufzunehmen, das die regionalen Gegebenheiten kennt, arbeitet man nun mit einer Firma aus Hamburg zusammen, die die Region in vielen Arbeitsstunden erst einmal kennenlernen muss.

Diese Arbeit macht das regionale Gesundheitsnetz seit Jahren ehrenamtlich. Praxisnetze arbeiten derzeit in Hessen in der Regel mit ein bis zwei Vollzeitkräften. Damit stellen sie Förderanträge, halten regionale Fortbildungsakademien vor, arbeiten an Versorgungsproblemen und gründen Netzwerke, um diese zu beheben. Darüber hinaus verhandeln sie mit Krankenkassen, sprechen mit der Politik, den Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, veranstalten Gesundheitsmessen und vieles mehr.

Beim Ausbau der Netzqualität erweist sich der fehlende Leistungserbringerstatus dabei ein ums andere Mal als die entscheidende Barriere. Mögen die Ärzte noch so gute Ideen haben, ein noch so starkes Engagement aufweisen sowie den starken Willen, in ihrer Region etwas zu verbessern: Jegliche Form ehrenamtlicher Arbeit stößt hier an unüberwindliche Professionalisierungsgrenzen.

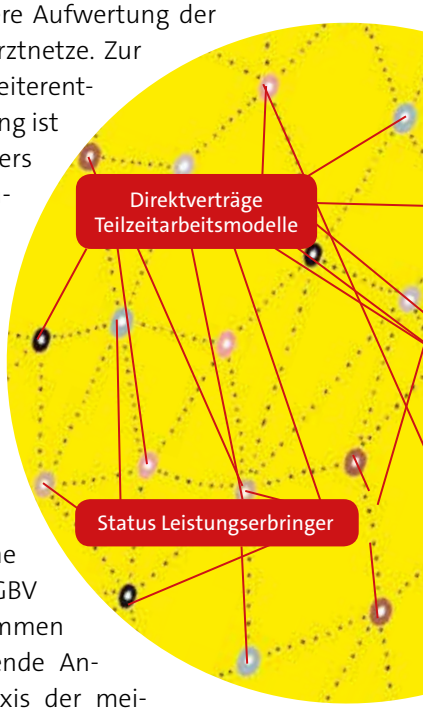
Tatsächlich passt die Intention des Gesetzgebers, die Netzarbeit aufzuwerten, die kommunalen und regionalen Bedarfe nach innovativen Versorgungslösungen sowie der tatsächliche Reifegrad vieler Netze heute nicht mehr zu deren eingeschränktem Handlungsspielraum. Gesundheitsnetze können ihre einmalige Kombination von vernetzten Strukturen, medizinischer Kooperation und lokaler Expertise erst dann angemessen ausspielen, wenn sie in der Versorgung lokaler und regionaler Gesundheitsmärkte nicht länger am Katzentisch sitzen müssen.

Man stelle sich nur einmal vor, was Ärztenetze mit lediglich zwei weiteren Vollzeitkräften alles für die Versorgung tun könnten, wenn man ihnen die Möglichkeit bietet, als Leistungserbringer zu arbeiten. Tatsächlich aber wird den Ärztenetzen in Sonntagsreden immer wieder bescheinigt, in der Versorgung eine wichtige Rolle zu spielen. Die Netze wollen dies auch, dürfen dies aber allenfalls über fragwürdige Notkonstruktionen. Wer aber wirklich möchte, dass die Netze ihr Potenzial in der regionalen Versorgung ausschöpfen, der darf ihnen nicht die notwendigen Instrumente vorenthalten.

Argumente dagegen lassen sich kaum finden. In den weitaus meisten Fällen ist die Geschäftsführung eines zertifizierten Praxisnetzes ebenso qualifiziert wie die eines Krankenhauses und auf jeden Fall wie die eines MVZ. Um jeglichen Zweifel an einem Missbrauch auszuschließen (Ärztenetze könnten von einem Industrieunternehmen gekauft werden), ließen sich gesetzliche Rahmenvorgaben analog zu Kliniken und MVZ schaffen.

☞ Wir benötigen eine Stärkung der Arztnetze durch die Politik!

Der fehlende Leistungserbringerstatus steht im Mittelpunkt der Debatte um die weitere Aufwertung der nach § 87b SGBV anerkannten Arztnetze. Zur Sicherung und zur qualitativen Weiterentwicklung der regionalen Versorgung ist der Status des Leistungserbringers unverzichtbar, da dies der Dreh- und Angelpunkt ist, um etwa mit den Kassen Direktverträge oder Teilzeitarbeitsmodelle für junge Ärzte aushandeln zu können sowie um stabile Versorgungslösungen in den Regionen zu etablieren.



Kritisch ist dagegen die Idee einzuordnen, die Netze durch eine Ergänzung des § 105 Abs. 5 SGBV weiterzuentwickeln Die vollkommen uneinheitliche und unbefriedigende Anerkennungs- und Förderungspraxis der meisten KVen zeigt, dass es einer bundeseinheitlichen, verpflichtenden Lösung für Praxisnetze bedarf, wenn Regelungen über KVen erfolgen sollen. Die Ärztenetze möchten gerne Hand in Hand mit der KV zum Wohle der Versorgung arbeiten, aber dazu benötigen sie weiterhin politische Unterstützung. „Wir können und wollen Versorgungsstrukturen sichern, um diese dann in stabile, freiberufliche Praxen zu überführen, um den veränderten Anforderungen an den beruflichen Einstieg junger Ärztinnen und Ärzte gerecht zu werden. § 105 Abs. 5 SGB V sieht ‚begründete Ausnahmenfälle' zur Sicherstellung der Versorgung und den Genehmigungsvorbehalt der KV vor. Die Regelung setzt also neben einer wohlwollenden Kassen-

ärztlichen Vereinigung auch bestehende oder drohende Unterversorgung voraus.

Die Versorgung muss daher schon quasi brach liegen, bevor wir Netze dann mit großen Anstrengungen versuchen dürfen, die Versorgung zu sichern. Wir wissen alle, dass der Wiederaufbau von Strukturen deutlich aufwendiger ist, als bestehende Praxen in einen Transformationsprozess zu überführen", so Markus Knöffler, von der Interessengemeinschaft Leistungserbringerstatus für Praxisnetze.

Neben der Sicherung von Versorgung ist es den regionalen Praxisnetzen weiterhin ein wichtiges Anliegen, dass sie als Netze direkte Vertragspartner der Kostenträger und der Kassenärztlichen Vereinigungen in Selektivverträgen werden dürfen. Auch dieser Umstand ist zwingend mit dem Status als Leistungserbringer verknüpft.

„Ein Forderungs- und Handlungsfeld, das die Ärztenetze ebenfalls gerne angehen möchten, betrifft das regionale, kleinräumige Versorgungsmanagement. Wir brauchen eine valide Datenbasis aus GKV-Routinedaten, sowohl der KVen als auch der Krankenkassen, um Projekte zielgenau zu planen und auf Unterschiede in Morbidität und Mortalität reagieren zu können. Nicht zuletzt aber auch, um die Ergebnisse unserer Netzarbeit messbar zu machen und damit unsere Netzstrukturen weiterzuentwickeln. Es kann nicht sein, dass z. B. die Techniker Krankenkasse mit hohem Aufwand (und damit Mitteln der Beitragszahler) eine elektronische Akte aufbaut, die für eine Versorgungsentwicklung notwendigen Informationen aber für das Netzmanagement nicht zur Verfügung stehen." ergänzt Gabriele Bleul, Geschäftsführerin des Dachverbandes Hessischer Ärztenetze „Hessenmed e.V."

Die Benchmarking-Ansätze von AOK Bundesverband (QuATRo) und BARMER (BrAVo) sind an dieser Stelle ein guter erster Schritt, aber auch in der Zielstellung viel zu grob, weil das gesamte Netzgebiet umfassend. Eine Mikrosicht oder Differenzierung ist nicht möglich, die Nutzbarkeit ist daher eingeschränkt. Regionale Ärztenetze brauchen verlässliche Informationen.

Den zweiten Schritt gehen

Wer die Arbeit der Netze schätzt und als positiv einordnet – und das tun die weitaus meisten politischen Akteure im Gesundheitsbereich –, dem sei eine Gegenüberstellung dessen empfohlen, was die rund ein Drittel der in Ärztenetzen organisierten niedergelassenen Ärzte bisher – vor allem in zahlreichen regionalen Projekten – erreicht haben, um Versorgungslücken schnell erfolgreich zu beheben.

Es ist eine vertane Chance, dass die große Koalition sich im Versorgungsstärkungsgesetz nur zu kleinen Schritten bezüglich der Praxisnetze durchringen konnte und diesen den Leistungserbringerstatus noch nicht zubilligte. Mittlerweile kann kaum bestritten werden, dass die Stärkung der regionalen Versorgung eine der zentralen sozialen Zukunftsaufgaben ist.

Zeit also für eine Evaluation der Situation – und für die Inangriffnahme des logischen zweiten Schrittes.

ETL | ADVISA Mittelhessen

Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH)

Vertrauen Sie unserer mehr als 10-jährigen Erfahrung und unserem zertifizierten Fachwissen:

- Spezialisierte steuerliche Beratung
- Praxisgründungsberatung
- Begleitung bei Praxiskäufen und-verkäufen
- Erstellung von Praxisbewertungen
- Erstellung von Standortanalysen
- Investitions- und Expansionsplanung
- Umsatz- und Ertragsplanung mit Liquiditätsanalyse
- Zusammenarbeit mit Fachanwälten für Medizinrecht
- Beratung zum Krisenmanagement im Erbfall
- Fachspezifische betriebswirtschaftliche Auswertung

ETL ADVISA Mittelhessen GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Beratungsstelle Gladenbach
Marktstraße 13 · 35075 Gladenbach
Tel.: 06462 9172-0
Fax: 06462 9172-29
E-Mail: post@etl-mittelhessen.de
www.etl-mittelhessen.de

ETL | Qualitätskanzlei
Ein Unternehmen der ETL-Gruppe

Das Leid der Landärzte

Einige Mediziner in Hessen sollen viel Geld zurückzahlen, weil sie Patienten besonders häufig zu Hause behandeln. Dem Nachwuchs raten sie: Werdet bloß nicht Landarzt.

Von Britta Beeger

Gefährdete Zuwendung: Landärztin Silvia Steinebach besucht eine Patientin in einem Alters- und Pflegeheim. F.A.Z.-Foto/Rainer Wohlfahrt.

Es gibt ein paar Dinge, die sind für Silvia Steinebach selbstverständlich. Zum Beispiel, dass sie unheilbar kranke Patienten, so gut es geht, zu Hause versorgt. „Niemand will im Krankenhaus sterben", sagt die Landärztin aus Hainzell, einem kleinen Ort in der Nähe von Fulda. Wenn jemand an einer Herz- oder Niereninsuffizienz leidet und die Wohnung kaum noch verlassen kann, fährt sie hin. Finanziell lohnt sich das nicht, nur 35,80 Euro kann sie für einen Hausbesuch abrechnen. Bliebe sie in der Praxis, könnte sie in der gleichen Zeit deutlich mehr verdienen. Doch Silvia Steinebach sagt, sie wolle die alten Menschen nicht einfach sich selbst überlassen.

Vor einiger Zeit bekam die 40 Jahre alte Ärztin nun Post von der Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen. Sie kontrolliert, ob die Ärzte wirtschaftlich arbeiten, ob also die Art, wie sie ihre Patienten behandeln, und die Medikamente, die sie verschreiben, „notwendig und zweckmäßig" sind – so steht es im Gesetz. Schließlich geht es um das Geld der Solidargemeinschaft der Versicherten. Silvia Steinebach muss jetzt schriftlich begründen, warum sie viel häufiger häusliche Sterbebegleitung macht als der Durchschnitt aller Mediziner in Hessen. Überzeugt ihre Stellungnahme nicht, wird sie einen Teil ihres Honorars zurückzahlen müssen. „Ich liebe das Landleben, und ich hänge sehr an meinen Patienten", sagt sie. Doch ob sie

nach alldem in Hainzell bleiben wird, weiß sie noch nicht. Wie ihr ist es auch anderen Ärzten ergangen, Nils Wagner-Praus und Marei Schoeller zum Beispiel. Sie haben eine Gemeinschaftspraxis in Gilserberg, einer aus elf Ortsteilen bestehenden Gemeinde zwischen Kassel und Frankfurt. „Einen ÖPNV gibt es hier nicht, nicht mal ein Taxiunternehmen", sagt Wagner-Praus. Dafür viele alte Menschen. Die beiden Ärzte machten ebenfalls viele Hausbesuche – zu viele aus Sicht der Prüfstelle. Nun sollen sie nach eigenen Angaben mehr als 50 000 Euro Honorar zurückzahlen. „Wir sind fassungslos", sagt Wagner-Praus. Ein Frankfurter Hausarzt müsse vielleicht keine Hausbesuche machen, weil die Infrastruktur in seiner Stadt gut ausgebaut sei, sagt er. Auf dem Land sei das anders. Einem Medizinstudenten, der kürzlich für einige Zeit in seiner Praxis arbeitete, riet er: Werde bloß nicht Landarzt.

Es ist ein verheerendes Signal in einer Zeit, in der Landärzte händeringend gesucht werden. Schon seit längerem zerbrechen sich Politiker, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kommunen den Kopf, wie sie jungen Ärzten das Landleben schmackhaft machen können. Und werden durchaus erfinderisch: So bauen einige Kommunen medizinische Versorgungszentren auf, in denen Ärzte in Anstellung und somit beispielsweise auch in Teilzeit arbeiten können. Sie kümmern sich zum Teil auch um einen Arbeitsplatz für den Partner oder bieten finanzielle Starthilfe. Einige Bundesländer wollen künftig zudem einen Teil der Medizinstudienplätze an junge Menschen vergeben, die sich verpflichten, anschließend in einer unterversorgten Region zu arbeiten.

All das bringt aber womöglich wenig, wenn Ärzte ihre jungen Kollegen davor warnen, sich auf dem Land niederzulassen. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sind Regressforderungen daher kontraproduktiv. „Selbst wenn nur wenige Praxen am Ende tatsächlich Honorar zurückzahlen müssen oder mit Regressen belegt werden, ist ein solches Verfahren vor allem psychologisch sehr belastend, denn es stehen teilweise hohe Beträge im Raum", sagt ein Sprecher. Diese Erfahrung haben auch Marei Schoeller und Nils Wagner-Praus gemacht. Ihr Widerspruch wurde abgelehnt. Die Kassenärztliche Vereinigung verweist darauf, dass die Ärzte, die in der unabhängigen Prüfkommission sitzen, „keine medizinisch nachvollziehbaren Gründe für die starken Überschreitungen" finden konnten. Ärztin Schoeller hingegen findet: „Entscheidend sollte nicht sein, wie viele Hausbesuche andere Ärzte im Durchschnitt machen. Entweder ein Hausbesuch ist nötig, oder er ist nicht nötig." Ähnlich sieht es Silvia Steinebach aus Hainzell: Da andere Landärzte inzwischen weniger Hausbesuche und palliative Sterbebegleitung machten, sei es logisch, dass sie in der Statistik auffalle. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung ging die Zahl der Hausbesuche in Hessen von 2009 bis 2017 um rund ein Drittel zurück. Die palliativen Hausbesuche nahmen allein seit 2014 um rund 10 Prozent ab.

Den beiden Ärzten aus Gilserberg blieb dennoch nichts anderes übrig, als die Hausbesuche zu reduzieren. Schon vor einiger Zeit haben sie damit angefangen, denn auch früher drohten ihnen schon mal Rückzahlungen. Bislang konnten sie die unter Verweis auf die Besonderheiten der Region stets abweisen. Nun aber könnte ihnen nach der ersten Rückforderung für die Jahre 2012 bis 2014 bald das nächste Verfahren für die Jahre 2015 und 2016 bevorstehen. „Wir wissen nicht, wie wir die Hausbesuche weiter zurückfahren sollen, ohne dass unsere Patienten medizinisch schlechter versorgt sind", sagt Marei Schoeller. Wie es weitergehen soll? Das wissen auch diese beiden Ärzte noch nicht.

Petra und Oliver Ranze hingegen haben ihre Entscheidung gefällt: Sie wandern in die Schweiz aus. Der Schritt sei ihnen nicht leichtgefallen, sagt Petra Ranze. Doch nachdem sie mehrmals in Regress genommen wurden, obwohl sie nach eigener Aussage im Vergleich zu anderen Kollegen immer sparsam mit den Beitragsgeldern umgegangen seien und das ihnen zustehende Budget nie voll ausgeschöpft hätten, reiche es ihnen nun. Einmal sollten sie im Rahmen einer Zufallsprüfung 4000 Euro zahlen, weil sie einen bestimmten Magensäureblocker überdurchschnittlich oft verschrieben hatten, der nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber anderen, deutlich günstigeren Medikamenten keinen Zusatznutzen hat. Ein anderes Mal wurden 1000 Euro fällig, weil die beiden Ärzte zu häufig Physiotherapie verordnet hatten. Die Summen sind vergleichsweise klein, um das Geld gehe es ihr aber auch nicht, sagt Petra Ranze. „Es ist die Willkür, die mich stört." Mit 57 Jahren sei sie eigentlich nicht in einer Situation, wo sie woanders noch einmal neu anfangen wolle. Nun tut sie es trotzdem: Im Juli beginnt ihr neues Leben als angestellte Medizinerin in einem Ärztehaus in Zürich.

Quelle: F.A.Z. vom 3.5.2018,
© Alle Rechte vorbehalten. Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt. Zur Verfügung gestellt vom Frankfurter Allgemeine Archiv.

Entlassmanagement

Kooperation mit Verbesserungsbedarf

Beim Entlassmanagement und bei der postoperativen Versorgung von Patienten halten sich etliche Krankenhäuser nicht an die Regeln – zulasten von Patienten und niedergelassenen Ärzten. Hessenmed mahnt tragfähige und für beide Seiten faire Lösungen an.

Wenn ein Gesundheitssystem zum Wohle aller funktionieren soll, dann ist es erforderlich, dass die unterschiedlichen Akteure in der Versorgung möglichst kooperativ zusammenarbeiten. Dies funktioniert hierzulande in vielen Bereichen, sodass Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Therapeuten sowie viele andere Akteure im Gesundheitssystem Teil der Gesundheitsversorgung sind. Je mehr Kooperation in einem komplexen System aber erforderlich ist, desto wichtiger ist die Einhaltung von Regeln und Verfahrensweisen, die einerseits im Sinne des Patienten sein sollen und andererseits so zu praktizieren sind, dass es nicht zu einer Benachteiligung einzelner Akteure kommt.

In Hessen häufen sich bei den Ärztenetzen die Beschwerden darüber, dass etliche Krankenhäuser den ihnen auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen und dadurch den Patienten sowie den niedergelassenen Ärzten Lasten aufbürden, die der Gesetzgeber ausdrücklich nicht vorsieht. Es handelt sich dabei einerseits um das Entlassmanagement von Patienten aus dem Krankenhaus, andererseits um die Versorgung von Patienten nach im Krankenhaus erfolgten Operationen.

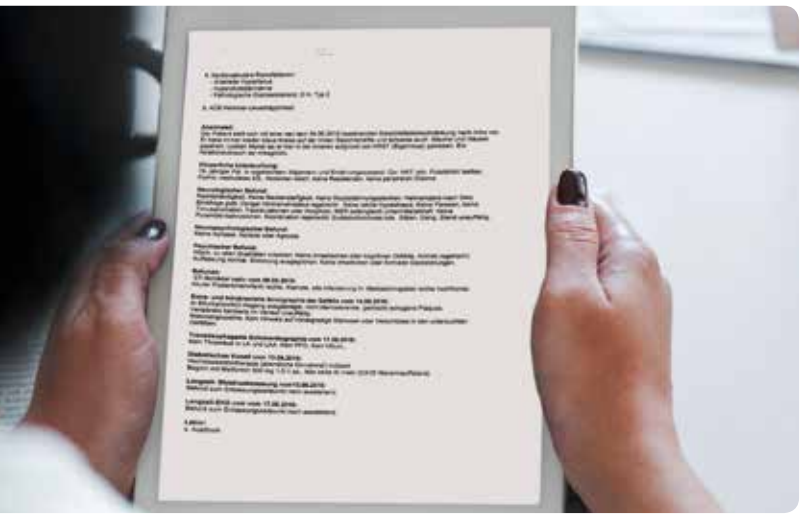
Entlassmanagement: Schwarzer Peter beim Patienten

Das sogenannte Entlassmanagement hat der Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz (Art. 39 SGB V) von 2015 etabliert. Damit soll erreicht werden, dass es für Patienten im Moment des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung nicht zu Behandlungsbrüchen kommt. Demnach sollen Krankenhausärzte ihren Patienten Medikamente, Pflege oder Hilfsmittel für eine Woche verordnen dürfen. Auch Krankschreibungen direkt aus dem Krankenhaus wurden möglich. Bisher war dies allein Sache der niedergelassenen Ärzte.

Bei der Umsetzung des Entlassmanagements in einem Rahmenvertrag zwischen Vertragsärzten, Krankenkassen und den Krankenhäusern gab es Uneinigkeit – die Krankenhäuser wollten sich nicht mit der „Zwangsregistrierung" der Krankenhausärzte bei den KVen abfinden, außerdem befürchtete die Krankenhausseite einen Mehraufwand von „rund 100.000 Arbeitstagen im Jahr". Selbst einen entsprechenden Schiedsspruch lehnten die Krankenhäuser zunächst ab. Verbindlich wurde der Rahmenvertrag Entlassmanagement schließlich zum 1. Oktober 2017.

Obligatorischer Entlassplan

Um den nahtlosen Übergang der Patienten sicherzustellen, müssen die Krankenhäuser den Bedarf einer Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfassen und einen Entlassplan aufstellen. Dieser beinhaltet, dass festgestellt wird, welche ambulanten Leistungen unmittelbar nach der Klinikentlassung erforderlich sind. Diese sind dann rechtzeitig einzuleiten. Dabei gelten grundsätzlich



die gleichen Regelungen wie in der Arztpraxis. Verordnungen sollen wie im vertragsärztlichen Bereich nur durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vorgenommen werden. Jedes Krankenhaus muss seine Patienten auf seiner Homepage über das Entlassmanagement informieren. Patienten erhalten einen sogenannten Entlassplan, einen Entlassbrief, und das Krankenhaus kümmert sich um die Organisation und Koordination der Anschlussmaßnahmen.

Patienten im Nachteil

Was auf dem Papier gut und stimmig klingt, klappt nach Auffassung etlicher Vertragsärzte in vielen Fällen noch nicht. Aus den Hessenmed-Netzen häufen sich die Klagen darüber, dass die niedergelassenen Ärzte keine Entlassbriefe erhalten und den Patienten erforderliche Rezepte und Bescheinigungen für die erste Woche nach der Entlassung vorenthalten werden.

Gabriele Bleul, Hessenmed-Geschäftsführerin

Für die betroffenen Patienten bedeutet das, dass sie praktisch unmittelbar nach der Entlassung ihren Hausarzt aufsuchen müssen, um notwendige Krankschreibungen, Medikamente und Verordnungen zu erhalten. Der vorgesehene sanfte Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich stockt. Hessenmed-Geschäftsführerin Gabriele Bleul sieht darin besonders in den ohnehin überlasteten Praxen im ländlichen Bereich ein Problem. „Ganz offensichtlich winden sich die Krankenhäuser – auf dem Rücken der Patienten –, ihren Verpflichtungen nachzukommen“.

Das Gesundheitsnetz Osthessen hat in der Sache mehrere Krankenhäuser in Osthessen angesprochen, fehlende Arztbriefe angemahnt und auf die gültigen Regelungen des Entlassmanagements hingewiesen – bisher noch nicht mit befriedigenden Resultaten. Auch in anderen Regionen Hessens ergibt sich das gleiche Bild. Die Hessischen Urologen (HueG) haben gar einen Aufklärungsflyer erstellt, um Patienten über ihre Rechte gegenüber dem Krankenhaus zu informieren.

Hessenmed-Vorstandsvorsitzender Jörg Simon fasst die Auffassung in den Hessenmed-Netzen so zusammen: „Fast ein Jahr nach der Umsetzung der Regelungen zum neuen Entlassmanagement können sich die Kliniken nicht mehr länger hinter Umstellungsschwierigkeiten verstecken. Wir erwarten, dass der bestehende Rahmenvertrag jetzt flächendeckend und vollständig eingehalten wird!“

Postoperative Versorgung: Krankenhäuser schieben Kosten auf Vertragsärzte ab

Ist die mangelhafte Umsetzung des Entlassmanagements ein Ärgernis, so ist die postoperative Versorgung der Patienten ein ernstes Problem: Denn im Ergebnis streichen Krankenhäuser in diesem Bereich Behandlungskosten ein, während Vertragsärzte – in vielen Fällen ohne Honorierung – die Versorgung vornehmen.

Auf den ersten Blick ähneln die Tatbestände des oben beschriebenen Entlassmanagements denen der postoperativen Versorgung. § 115a SGB V regelt die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus. Demnach gehören Leistungen innerhalb von fünf Tagen vor Aufnahme in ein Krankenhaus sowie 14 Tage nach der Entlassung des Patienten grundsätzlich zur Aufgabe des Krankenhauses. Die Besonderheit und auch die Brisanz dieser prä- und postoperativen Versorgung liegt darin, dass sie Teil der Fallpauschale eines Krankenhauses sind und grundsätzlich nicht anders abgerechnet werden kann.

Behandlung ohne Vergütung

In der Realität ist es allerdings seit Jahren ein altbekanntes Ärgernis für die niedergelassenen Ärzte, dass Patienten nach einer Operation aus der Klinik entlassen werden und beispielsweise zum „Fäden ziehen“ zu ihrem Arzt gehen. Dieser und viele seiner Kollegen stecken nun in einem Dilemma: Um ihren Patienten nicht zu schaden – und auch nicht zu verärgern –, behandeln niedergelassene Ärzte solche Patienten seit vielen Jahren. Allerdings müssen sie dies in den meisten Fällen „umsonst“ tun – denn abrechnen können sie die eigentlich den Kliniken obliegenden Aufgaben in den ersten 14 Tagen nach einer Operation nicht. Oft entstehen ihn dabei noch Sachkosten, die sich über das Jahr hinaus gesehen ansammeln.

Im Ergebnis entlasten die Vertragsärzte damit das Klinik-Personal und verbessern das wirtschaftliche Ergebnis der Krankenhäuser – denn diese erhalten im Rahmen ihrer Fallpauschale dafür eine Vergütung. Dagegen gehen die behandelnden Ärzte leer aus und können allenfalls in wenigen Fällen eine Quartalspauschale abrechnen. Viele Ärzte haben diese Dienstleistungen jahrelang als Service an ihrem Patienten mitgemacht. Mit dem sich verschärfenden Ärztemangel ist dies außerdem wohl kaum noch zeitgemäß.

Delegation der Nachbehandlung durch niedergelassene Ärzte regelbar

Wie eine faire Lösung für dieses Problem aussehen kann, ist bereits im § 115 SGB V angelegt. Dort heißt es: „Das Krankenhaus kann die Behandlung (...) auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen." Das bedeutet: Dort, wo Kliniken die postoperative Versorgung entweder nicht übernehmen können oder wollen, können sie mit niedergelassenen Ärzten Verträge abschließen, in denen die Modalitäten der Behandlung und auch der Vergütung geregelt werden, sprich: Der behandelnde Arzt darf dem Krankenhaus nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung schicken, erhält also einen (geringen) Teil der Fallpauschale.

Soweit die Theorie: In der Praxis erweist sich jedoch auch in Hessen, dass die Änderung von alten Gewohnheiten schwierig ist und auf erhebliche Widerstände trifft. Neben anderen Netzen spricht auch das Gesundheitsnetz Osthessen seit einem halben Jahr die Kliniken seiner Region gezielt an. Resultat ist, dass es bereits zu stillschweigenden Zahlungen gekommen ist, aber auch zu eindeutigen Weigerungen. Dabei begründen die Krankenhäuser die Nichtzahlung unter anderem mit den geltenden Antikorruptionsregelungen.

Hintergrund ist, dass Kooperationen zwischen Ärzten und Krankenhäusern vereinbar mit § 31 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen sein müssen. Demnach ist es „Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren". Damit soll einerseits vermieden werden, dass durch einen entsprechenden Vertragsabschluss Patienten in die eine oder andere Einrichtung eines der Vertragspartner gelenkt werden sollen. Andererseits darf der Wert der ärztlichen Leistung nur so honoriert werden, dass er kein Zuweisungsentgelt enthält.

Vor diesem Hintergrund hat das Marburger Ärztenetz PriMa nicht nur eine musterhafte Vereinbarung über die nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V" entworfen, sondern diese mithilfe von Hessenmed auch von der Clearingstelle der Landesärztekammer Hessen auf Rechtskonformität überprüfen lassen. Diese kam mit Schreiben vom 23. November 2017 zu dem Ergebnis, dass der vorgelegte Entwurf mit den vertragsarzt-, berufs- und krankenhausrechtlichen Grundsätzen konform gehe und nicht zu beanstanden sei.
Prinzipiell ist dadurch der Weg offen, dass die Krankenhäuser Verträge mit Netzen unterzeichnen und die Ärzte für ihre Leistungen, die sie für Kliniken erbringen, bezahlt

werden. In Marburg konnte PriMa mit dem Uniklinikum Gießen/Marburg bereits eine solche Vereinbarung abschließen. Ärzte können nach entsprechender Einschreibung nachstationäre Behandlungen mit dem Klinikum abrechnen.

Suche nach Lösungen

An der Weigerung anderer Kliniken für Leistungen zu bezahlen, die die niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Regelungen von § 115a SGBV erbringen, hat das nichts geändert. Nach wie vor versuchen Krankenhäuser trotz Millionenzahlungen an staatlicher Förderung ihre Gewinne dadurch zu steigern, dass sie ihre Aufgaben auf die ohnehin überlastete niedergelassene Medizin abschieben.
Für eine Lösung dieses Problems werden unter den Netzen folgende Möglichkeit diskutiert: Erstens müssen die Hessenmed-Netze weiter darauf dringen, mit den Kliniken zusammen eine Einigung über die Übernahme der eigentlich in ihrem Verantwortungsbereich liegenden postoperativen Versorgung zu erzielen, wo dies technisch umsetzbar ist. Zweitens muss dazu ein Vergütungsmodell geschaffen werden, das keine zusätzlichen Kosten aus der kassenärztlichen Versorgung erzeugt. Eine Vergütung der Tätigkeit sollte rechtssicher anhand der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ermittelt werden.
Drittens: Der bundeseinheitliche Medikationsplan muss auch für Krankenhäuser verpflichtend eingeführt werden.

Beschlusslage im Gesundheitsnetz Osthessen

1. Die Kliniken in Fulda, Hünfeld und Lauterbach erhalten ein Informationsschreiben über die gültigen Verfahren und Regelungen bei postoperativen Leistungen.

2. GNO-Ärzte erhalten eine Musterrechnung mit GOÄ-Ziffern, um den Kliniken ab sofort Rechnungen für postoperative Leistungen schreiben zu können. Natürlich können diese auch vor Leistungserbringung bei der Klinik anrufen und fragen, ob sie den Patienten zurückschicken oder ihn im Auftrag behandeln sollen.

3. Das Schreiben der KV Hessen wird noch einmal allen Ärzten zur Verfügung gestellt, damit sie, wenn sie Leistungen nicht mehr ohne Entgelt für Kliniken erbringen wollen, diese als Alternative zu 2. zurück zur Klinik schicken können.

Für den Fall, dass sich derartige vertragliche Einigungen nicht erzielen lassen, müssten die niedergelassenen Ärzte eigentlich konsequent den Patienten eine diesbezügliche Mitteilung der KV Hessen zu den Pflichten der Kliniken mitgeben und diese zur Nachbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach der Operation zurück in die Klinik schikken. Dies würde dem jeweils behandelnden Krankenhaus die Möglichkeit geben, die vertraglichen Verpflichtungen nach der Fallpauschalenordnung zu erfüllen.

Die niedergelassenen Ärzte werden auch weiterhin alles tun, damit ihre Patienten nicht darunter leiden müssen, dass Krankenhäuser ihre gesetzlichen bzw. vertraglichen Pflichten nicht vollständig erfüllen. Andererseits kann es nicht sein, dass eine Seite ein Honorar dafür kassiert, dass die andere Seite eine Leistung erbringt. Nachdem die Netze mit der Einforderung berechtigter Forderungen nicht weiterkommen, werden sie sich im nächsten Schritt an die KV Hessen wenden und diese als Standesvertretung entweder um juristische Klärung bitten oder um entsprechende Möglichkeiten zur Lösung der Honorarfrage. (hi)

HAUER EICKHOFF KOCH & KOLLEGEN
Rechtsanwälte – Fachanwälte für Medizinrecht

- Kooperationen im Gesundheitswesen
- Abrechnung & Honorar
- Zulassung & Ermächtigung
- Vertragsarztrecht & Vertragszahnarztrecht
- Wirtschaftlichkeitsprüfung & Plausibilitätsprüfung
- Berufsrecht
- MVZ-Gründung
- Medizinstrafrecht
- Gestaltung von Berufsausübungsgemeinschaften

Kurstraße 9 • 61231 Bad Nauheim • Klingerstraße 24 • 60313 Frankfurt
Mail: kontakt@hauer.online • www.hauer.online

Gesundheitsnetz Osthessen: Herzinsuffizienz-Netz geht an den Start

Patienten mit Herzinsuffizienz werden künftig unsere Arztpraxen und auch die Krankenhäuser stark belasten. Woran liegt das? Dieser Frage ist eine Arbeitsgruppe der Gesundheitsnetz Osthessen eG (GNO) rund um Michael Conze, Kardiologe und Aufsichtsratsmitglied der Genossenschaft, nachgegangen.

Einerseits werden unsere Patienten immer älter und andererseits werden die medikamentösen, interventionellen und apparativen Maßnahmen, mit denen wir Herzinsuffizienz-Patienten behandeln können, immer umfänglicher und komplexer. Die Behandlung und Führung dieser chronischen Erkrankung bedarf in unseren Praxen – sowohl in den hausärztlichen als auch in den fachärztlichen Bereichen – eines hohen Zeitkontingents. So das Fazit der GNO-Ärzte und Oberärzte der kardiologischen Abteilung der Klinikum Fulda gAG, die der Arbeitsgruppe angehören. Ziel ist es nun, die Versorgung herzinsuffizienter Patienten im Bereich der Hausärzte, Fachärzte und Kliniken zu verbessern und zu erleichtern. Anhand einer eigenen erarbeiteten regionalen Leitlinie „Herzinsuffizienz“ sollen zwischen den Hausärzten, den niedergelassenen Kardiologen btw. Internisten sowie den regionalen Kliniken abgestimmte Maßnahmen für eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz sorgen.

Eine erste Umsetzung wird die Etablierung eines Patientenfragebogens zum Leitsymptom Dyspnoe sein. Hierüber soll den hausärztlich tätigen Ärzten eine qualifizierte Möglichkeit der Erleichterung in der Diagnose an die Hand gegeben werden. Meldet der Hausarzt bei den teilnehmenden Fach-Internisten bzw. Kardiologen diesen Patienten mit Übermittlung des Patientenbogens bei auffälligem Befund an, werden diese Patienten einen schnellen Termin über extra freigehaltene Terminslots bei den Kardiologen erhalten.

Weitere Maßnahmen werden im Jahr 2018 beschlossen und umgesetzt werden. Der Startschuss für das Netzwerk fiel am 18. April 2018.

Aufklärung an Schulen HPV-Impfrate steigern im Landkreis Fulda

Das regionale Ärztenetz Gesundheitsnetz Osthessen eG hat sich einer Aktion des Fördervereins der Krebsberatungsstelle zur Steigerung der Impfrate von HPV von Mädchen und jungen Frauen angeschlossen.

Das Projekt befasst sich mit der Thematik der unzureichenden HPV-Durchimpfungsraten von Mädchen und jungen Frauen innerhalb Deutschlands und hier speziell in Osthessen. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, arbeitet eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern verschiedener Institutionen (Förderverein, Schulamt, Regionales Ärztenetz, Gesundheitsamt u. a.) an der Idee der „Durchführung einer freiwilligen Schulimpfung“ nach dem Beispiel und unter der Beratung des Gesundheitsnetzes Rhein-Neckar.

In der Pilotphase ist geplant, zu Beginn des Schuljahres 2018/2019 in den Klassen 4 der Grundschulen Informationsveranstaltungen für Eltern und Lehrer anzubieten, bei denen jeweils impfberechtigte Ärzte über die Thematik aufklären. In einem zweiten Schritt ist geplant, dies auf die Klassen 5 und 6 an weiterführenden Schulen auszuweiten. Zu deren Unterstützung werden Informationsmaterialien für Schüler, Eltern, Lehrer und impfberechtigte Ärzte verwendet. Diese sollen zusätzlich zur Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit dienen. Das Impfen erfolgt daraufhin durch niedergelassene Ärzte in Arztpraxen – Startschuss wird ein gemeinsamer Impfaktionstag nach den Elternabenden an einem Samstag bei teilnehmenden Praxen sein.

Die Arbeitsgruppe erhofft sich mit der Aktion eine Verdopplung der HPV-Durchimpfungsrate in Osthessen. Schön wäre es, wenn darüber hinaus eine Erweiterung der HPV-Impfempfehlung in Deutschland auch für Jungen erreicht werden könnte. Mit der Aktion kann zeitgleich aber auch noch einmal auf die Wichtigkeit der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen aufmerksam gemacht werden, die einen Ausbruch der meisten Gebärmutterhals-Krebserkrankungen bei rechtzeitiger Behandlung verhindern helfen kann.

KVH erkennt Förderantrag von PriMa an

Die PriMa eG mit Sitz in Marburg wurde durch die KV Hessen als förderungswürdiges Ärztenetz anerkannt. Sie hatte einen Projektantrag zur Förderung dv-gestützter, standardisierter und vergleichbarer Patientenumfragen in den Mitgliedspraxen gestellt, der Ende 2017 genehmigt wurde. Die Maßnahme „PriMa Praxis Evaluation durch Patienten“ (PriMa PEP) ist mit rund 50.000 € kalkuliert, die Fördersumme beträgt 50 % davon.

Stichprobenartigen Befragungen in den Mitgliedspraxen werden nach einigen Jahren und einigen PDCA-Zyklen zwar meist noch mehr oder weniger konsequent durchgeführt, allerdings häufig nicht mehr ausgewertet. Zudem werden jeweils sehr unterschiedliche Stichprobengrößen erfasst. Die Aussagekraft dieser Befragungen ist daher recht unterschiedlich, die Ergebnisse sind selbst bei ähnlicher Praxisstruktur nicht vergleichbar.
Abhilfe soll eine webbasierte Datenbank der Patientenbewertungen schaffen, die einerseits die Beurteilungen zu verschiedenen üblichen Qualitätskriterien enthält, andererseits das besonders schwer beurteilbare und je nach Praxisstruktur kaum vergleichbare Qualitätskriterium der Termintreue bzw. der Wartezeit vergleichbar macht. Hierzu werden die Wartezeiten in der Praxis den Untersuchungs- und Behandlungszeiten gegenübergestellt, wobei Zeiten mit direkter ärztlicher Intervention höher gewichtet werden.

Durch das Projekt sollen regelmäßige Patientenumfragen in den Praxen der PriMa-Mitglieder schneller und mit weniger Aufwand durchgeführt und ausgewertet werden können. Auch sind damit für die Inhaber(innen) aller teilnehmenden Praxen aktuelle Benchmarkvergleiche ohne zusätzlichen Aufwand jederzeit möglich. Die einzelne Praxis erhält so durch die Gegenüberstellung mit den Durchschnittswerten – aller Teilnehmer oder nach Fachgebiet, Größe, Struktur oder Klientel vergleichbarer Praxen – ein Stärken-Schwächen-Profil und Anhaltspunkte für den Verbesserungsbedarf und -potenziale.
Die anonyme Erfassung der Patientenbewertungen erfolgt durch einen Fragebogen, der für PriMa als GUI (graphical user interface) programmiert wird und als „App“ (Applikation) auf Tablet-Computern laufen soll, die in den Praxen an die Patienten ausgegeben werden. Die Algorithmen zur Auswertung und Gegenüberstellung der Ergebnisse sind als Datenbankabfragen auf der Website der PriMa e.G. programmiert. Auf die jeweiligen Einzelauswertungen können die teilnehmenden Praxen zugreifen, auf die Gesamtauswertung auch die PriMa-Geschäftsstelle.
Projektbeteiligt sind potenziell alle PriMa-Mitglieder, die als niedergelassene Ärzte mit Kassensitz in rund 180 Praxen tätig sind. Start des geförderten Projektes ist der Beginn des 2. Quartals 2018; es wird mit einer Beteiligung von zunächst 60 Praxen gerechnet. Nach Ablauf der Förderung betreibt die PriMa „PriMa PEP“ in Eigenregie.

RS Medicare GmbH

Wenn wir nicht haben, was Sie brauchen,
dann gehört es nicht in eine Praxis oder Klinik!

Kanülen kaufen Sie da, Desinfektionsmittel dort, Diagnostika und Verbandstoffe wo auch immer und Akupunkturnadeln bestellen Sie online. Machen Sie es sich doch einfach und bequem. Bestellen Sie bei uns. Wir sind seit fast 10 Jahren zertifizierter Lieferant für all das, was heilende Hände benötigen.

Besuchen Sie uns auch auf unserer Internetseite und entdecken Sie unser komplettes Leistungsspektrum!

www.rsmedicare.de

Für weitere Fragen und Wünsche rufen Sie uns doch gerne an!

06173-9977644 oder 06652-793990

Im Katzenforst 1 | 61476 Kronberg | Tel. 06173-9977644 | Fax 06173-9977646 | info@rsmedicare.de | www.rsmedicare.de
Ströherstraße 14 c-d | 36088 Hünfeld | Tel. 06652-793990 | Fax 06652-7939919 | info@rsmedicare-huenfeld.de

Möglichkeit der Honorarerhöhung

Nachträgliche Anerkennung von Praxisbesonderheiten im RLV/QZV

Seit dem Jahr 2009 regeln die Honorarverteilungsvorschriften der KVen die unmittelbare Anwendung von Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsbezogenen Zusatzvolumina (QZV) als leistungsmengenbegrenzende Maßnahmen mit der Folge, dass oftmals die das RLV und QZV überschreitenden Honoraranforderungen, aufgrund der vorgenommenen Quotierung, in Höhe einer nur geringen Vergütungsquote ausgezahlt werden und einen hohen Honorarverlust bewirken.

Von Wibke Köppler

Anhebung des RLV/QZV aufgrund von Praxisbesonderheiten als Sonderregelung

Abweichend von diesen Vorgaben kann im Rahmen einer Ausnahmeregelung eine Anhebung der berechneten RLV- und QZV-Volumina durch die KV vorgenommen werden. Dies ist der Fall, wenn sogenannte Praxisbesonderheiten vorliegen, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben und wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt.

Das Bundessozialgericht hat dazu bereits im Jahr 2011 mit mehreren Urteilen vom 29. Juni 2011 die Anforderungen an die Gewährung von Praxisbesonderheiten unter RLV/QZV-Bedingungen formuliert – AZ: B 6 KA 17/10 R; B 6 KA 18/10 R; B 6 KA 19/10 R; B 6 KA 20/10 R –, sodass auch nach Vorgabe der Honorarverteilungsmaßstäbe das Bestehen von Praxisbesonderheiten durch die KVen honorarbegünstigend zu berücksichtigen ist.

Da die Rechtsauffassungen bei der Beurteilung des Vorliegens einer solchen Praxisbesonderheit oftmals stark divergieren, wurden in der Zwischenzeit hinsichtlich einzelner Voraussetzungen durch Entscheidungen der Sozial- und Landessozialgerichte weitergehende Konkretisierungen vorgenommen. Dennoch erfolgte durch die Rechtsprechung bisher nur selten eine klare Differenzierung eines besonderen Versorgungsauftrags und/oder fachlichen Spezialisierung. Stattdessen wird die Ermittlung einer solchen Praxisausrichtung überwiegend anhand sog. arztgruppenübergreifender spezieller Leistungen vorgenommen, die ein dauerhaftes und nachhaltiges Prägen des Behandlungsbedarfs zeigen.

Anforderungen an die Gewährung von Praxisbesonderheiten

Grundsätzlich ist eine Praxisbesonderheit dann anzunehmen, wenn es aufgrund der Betreuung einer vom typischen Zuschnitt der Fachgruppe abweichenden Patientenklientel in einer Arztpraxis zu einer erhöhten Leistungsanforderung kommt. Wenn also zum Beispiel eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Patienten eine besonders kostenintensive Behandlung benötigt und diese Behandlung zur „Sicherstellung der Versorgung“ erforderlich ist.

Die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit hat inzwischen einen für viele Fälle gut handhabbaren Prüfungskatalog herausgearbeitet. Dabei ist die Einbindung dieser Leistungen in das Leistungsspektrum und den Versorgungsauftrag der jeweiligen Fachgruppe maßgeblich, sodass sich je nach Fachgruppe eine unterschiedliche Betrachtungsweise ergeben kann. So sind unter anderem die Grundpauschalen nicht als Spezialleistungen zu berücksichtigen, da diese als sogenannte Kernleistungen von allen Ärzten der jeweiligen Fachgruppe erbracht werden. Auch Gesprächsziffern zur Beratung und Erörterung sind nicht als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen, da es an einer von der Typik der Fachgruppe abweichenden Spezialisierung fehlt.

Voraussetzungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten im RLV/QZV

So ist eine Erfolg versprechende Durchsetzung von Praxisbesonderheiten von der Erfüllung der durch die Gerichte aufgestellten Kriterien abhängig.

- **Fallwertüberschreitung**
  Zunächst muss die Leistungsanforderung der Praxis das zugewiesene praxisindividuelle RLV/QZV überschreiten, da andernfalls auch kein Bedarf an einer

RLV-/QZV-Erhöhung bestünde. Verlangt wird außerdem, dass die Leistungsanforderung der Praxis je Fall den Fallwert des Fachgruppendurchschnitts um mehr als 20 % überschreitet. Nur in Einzelfällen kann aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von diesem Grenzwert eine Praxisbesonderheit festgestellt werden, obwohl die vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.

- **Besonderer Versorgungsauftrag und/oder fachliche Spezialisierung**
  Zudem muss eine vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichende Praxisausrichtung durch das Bestehen eines speziellen Leistungsbereichs bestehen, die wiederum Rückschlüsse auf einen besonderen Versorgungsbedarf zulässt. Daraus folgt zwingend, dass die festgestellte Überschreitung der RLV/QZV auf das Erbringen spezieller Leistungen in besonderem Maße beruht. Ein Indiz für solche Leistungen kann die arztgruppenübergreifende Abrechnungsmöglichkeit oder das Erfordernis einer besonderen Qualifikation sowie Praxisausstattung sein. Ausnahmsweise können, wie das Sozialgericht Marburg mit Urteil v. 23. November 2011 – AZ.: S 11 KA 414/10 – zutreffend entschieden hat, aber auch fachgruppentypische Leistungen eine Praxisbesonderheit begründen, wenn diese eine hochspezialisierte Praxisausstattung erfordern. Überwiegend wird diese Frage allein anhand der Häufigkeit der Praxen bzw. Ärzte der Fachgruppe, die diese Leistungen erbringen, bestimmt. Im Ergebnis kann der Umstand, dass eine oder mehrere Leistungen, die nur von einer geringen Anzahl der Ärzte in der Fachgruppe erbracht werden, für den abrechnenden Arzt zu einer Sonderregelung führen.

- **Hoher Anteil am Gesamthonorar**
  Der Honoraranteil der speziellen Leistungen sollte zugleich einen hohen Anteil am Gesamthonorar ausmachen. Dies ist bereits der Fall, wenn sich der Honoraranteil auch gegenüber der Fachgruppe als überdurchschnittlich hoch darstellt.

- **Auf Dauer bestehender besonderer Versorgungsauftrag bzw. Spezialisierung**
  Die als Praxisbesonderheiten festgestellten Leistungen, die eine überdurchschnittliche Leistungsanforderung insgesamt und einen hohen Anteil an speziellen Leistungen bewirken, haben schließlich „dauerhaft" vorzuliegen, um eventuelle Schwankungen zwischen den Quartalen abzufangen. Um auf Dauer anerkannt zu werden, sind obige Voraussetzungen über einen Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen zu erfüllen und können durch die ergangenen Honorarbescheide überprüft werden.

Beispiele anerkannter Praxisbesonderheiten und streitige Fälle

Werden diese aufgeführten Kriterien erfüllt, spricht einiges dafür, dass eine Sonderregelung im RLV/QZV zu erteilen und eine entsprechende Erhöhung der Volumina vorzunehmen ist, sodass eine Nachvergütung zu erfolgen

Genetische Faktoren bestimmen maßgeblich das Risiko zur Entstehung einer Vielzahl von Krankheiten. Die Humangenetik ist in der Praxis angekommen und dient der Sicherung und Differenzierung Ihrer klinischen Diagnose.

Informieren Sie sich über unseren zukunftsweisenden Bereich Humangenetik unter **www.laborarztpraxis.de/humangenetik** oder unter Tel. 069 669 003-367.

KOMPETENZZENTRUM
HUMANGENETIK

UNTER EINEM DACH

DIAGNOSTIK • BERATUNG

- Brust-, Ovarial- und Darmkrebs
- Familiäre Hypercholesterinämie
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Fragiles-X-Syndrom
- Herzrhythmusstörungen u.v.m.

Laborarztpraxis
Dres. Walther, Weindel und Kollegen
•
Humangenetik
Berner Straße

Berner Straße 117 • 60437 Frankfurt
humangenetik@laborarztpraxis.de

hat. Die Umsetzung erfolgt auf Grundlage des zu prüfenden Honorarbescheides und damit erst nachträglich. Regelhaft wird eine solche Anerkennung und Nachvergütung insbesondere bei Schwerpunkttätigkeiten im Bereich von Zusatzweiterbildungen vorgenommen, z.B. den Leistungen der Kardiologie, Nephrologie und weiterer Leistungen in der Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte. Ebenso werden in vielen Fachgruppen die Leistungen der Duplex-Sonographie sowie Zuschläge genauso wie Leistungen der Sonographie und weiterer einzelner QZV anerkannt, wenn die Fachgruppenhäufigkeit der Leistungserbringung gering ist. Aber auch Leistungen, die im Rahmen einzelner Zusatzbezeichnungen erbracht werden, können Berücksichtigung finden, wie z.B. solche der Handchirurgie sowie schmerztherapeutische Leistungen eines Neurochirurgen, die in einem engen Leistungsspektrum konzentriert erbracht werden.

Ermittlung und Durchsetzung bestehender Praxisbesonderheiten

Um die Erfolgsaussicht der Geltendmachung einer solchen Sonderregelung zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten beurteilen zu können, ist es unerlässlich den jeweiligen Honorarbescheid auf Folgendes zu prüfen:

- Vorliegen einer Überschreitung des RLV/QZV sowie einhergehend anteilige Vergütung im sog. Restvolumen
- erzielter durchschnittlicher Fallwert überschreitet Durchschnittsfallwert der Fachgruppe um +20%
- bestehende von der Fachgruppe abweichende Praxisausrichtung, die Leistungserbringung in speziellen Gebieten/Bereichen erfordert
- nur geringe Anzahl der Praxen/Ärzte der Fachgruppe erbringen diese Leistungen
- spezieller Leistungsbereich bewirkt hohen Anteil am Gesamthonorar
- Kriterien werden in wenigstens vier aufeinander folgenden Quartalen erfüllt

Sofern die Durchsicht und Prüfung der Honorarunterlagen zum Ergebnis führen, dass bestimmte Leistungen und -bereiche einen deutlichen Schwerpunkt der Praxis darstellen und durch die Versorgung einer besonderen Patientenklientel verursacht wird, besteht eine Möglichkeit auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit und Anwendung der honorarbegünstigenden Sonderregelung.

Dringend zu beachtende Widerspruchsfrist von einem Monat

In diesen Fällen ist gegen den Honorarbescheid form- und fristgerecht innerhalb eines Monats, nach postalischer Zustellung des Bescheides, Widerspruch einzulegen und mit dem Vorliegen von Praxisbesonderheiten unter Nennung der betreffenden GOP-Ziffern des EBM zu begründen.

→ Wibke Köppler

Frau Wibke Köppler ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht in der Kanzlei Oelmüller & Partner GbR, Frankfurt am Main. Ihre Schwerpunkte sind Honorarverteilung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, ärztliches und zahnärztliches Zulassungsrecht und Berufsrecht.

Oelmüller & Partner GbR
Rechtsanwälte in Bürogemeinschaft
Sonnemannstraße 3, 60314 Frankfurt am Main
Tel. 069-9055977 0, Fax 069-9055977 10
-Kanzlei@oelmueller-rechtsanwaelte.de
oelmueller-rechtsanwaelte.de

OELMÜLLER & PARTNER GbR
RECHTSANWÄLTE

Rechtsanwaltskanzlei mit Tätigkeitsschwerpunkt im Medizinrecht und Gesundheitswesen

- BAG-/MVZ-Gründung
- Ärztenetze
- Wirtschaftlichkeitsverfahren
- Honorarangelegenheiten
- Krankenhauskooperation

Michael Oelmüller
Rechtsanwalt

Wibke Köppler
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Daniela Jelavic-Sako
Rechtsanwältin

Oelmüller & Partner GbR
Rechtsanwälte
Carl-Benz-Straße 21
60386 Frankfurt

T 069.9055977-0
F 069.9055977-10

kanzlei@oelmueller-rechtsanwaelte.de
www.oelmueller-rechtsanwaelte.de

Klarstellende Randnotiz:
Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes bei Arzneimittelverordnungen im Einzelfall – Umfang der Dokumentation

von Wibke Köppler

In Ergänzung zu dem Artikel über Einzelregresse bei Arzneimittelverordnungen am Beispiel AGGRENOX® in der Juniausgabe vergangenen Jahres soll auf die zwischenzeitlich erfolgte juristische Klarstellung hingewiesen werden, nach der eine Anerkennung als Ausnahmefall bei ausgeschlossenen Arzneimittelverordnungen ergehen kann.

In Fällen eines durch Beschluss des G-BA erfolgten und in die Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) aufgenommenen Verordnungsausschlusses eines Arzneimittels ist weiterhin eine zulasten der GKV erfolgende Verordnung grundsätzlich nicht zulässig. Allerdings kann der Vertragsarzt ein von der Verordnung ausgeschlossenes Arzneimittel in Ausnahmefällen entsprechend der gesetzlichen Vorgabe des Fünften Sozialgesetzbuches iVm. § 16 Abs. 5 AM-RL ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Ausnahmefall ist die zwingende Dokumentation der Therapieentscheidung. Im Regelfall genügt die Angabe der Indikation und gegebenenfalls die Benennung der Ausschlusskriterien für die Anwendung wirtschaftlicher Therapiealternativen.

Der bisherigen Annahme, dass die Begründung nach außen kundgetan werden muss, z. B. durch einen entsprechenden Vermerk auf der Verordnung oder eine schriftliche Anfrage bei dem Krankenversicherer, wurde zwischenzeitlich durch den G-BA entgegengetreten. Dieser hat aufgrund der von den Gerichten vertretenen unterschiedlichen Auffassungen klargestellt, dass eine besondere sozialrechtliche Dokumentationspflicht besteht, nicht aber eine Pflicht zur Bekanntgabe der Begründung.

Weiterhin ist die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Verordnung vorzunehmen

Das Upgrade für Ihre Patientenaufklärung.

Bei Patientenfragen unterstützt Sie TheraKey® über die Sprechstunde hinaus. Mit gesicherten Informationen. Ärztlich geprüft. Produktneutral.

www.therakey.info

360° Arzt-Patienten-Kommunikation von
BERLIN-CHEMIE MENARINI

TheraKey®
Ihr Patient. Ihre Antwort.

und entsprechend in der fortlaufenden Patientendokumentation bzw. -kartei zu erfassen. Diese ist bei einem späteren Regressverfahren vollständig vorzulegen, sodass der Vermerk der Einzelfallbegründung zum Zeitpunkt der Verordnung gegenüber den Prüfgremien nachgewiesen werden kann. Eine erst nachträglich angefertigte Begründung entspricht hingegen nicht dem Begründungserfordernis.

Daraus folgt, dass jegliche Umstände darzustellen sind, aus denen der Schluss zu ziehen ist, dass die für den Verordnungsausschluss in der AM-RL tragenden Gründe im konkreten Einzelfall nicht eingreifen. Es sind ausreichende Angaben zum bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie den Behandlungsalternativen zu machen und insbesondere die Gründe in Form bestehender zusätzlicher Komplikationen und Risiken zu benennen, aufgrund derer die Versorgung mit anderen verordnungsfähigen Arzneimitteln im Einzelfall nicht in Betracht kommen. In der jüngsten ergangenen Entscheidung des Sozialgerichts Marburg v. 16.05.2018 – Az.: S 12 KA 505/17 – hat dieses bei einem Verordnungsregress des Arzneimittels SOLVEX® (Reboxetin) die vorgelegte Dokumentation als nicht ausreichend gewertet. Dabei hat das Gericht darauf abgestellt, dass zum Zeitpunkt der Erstverordnung des durch die AM-RL – in diesem Fall erst zu einem späteren Zeitpunkt – ausgeschlossenen Präparates und spätestens zum Zeitpunkt des erfolgten Verordnungsausschlusses zwar die Vorbehandlungen ersichtlich seien, allerdings weder die Gründe der Medikationsumstellung und dem späteren Festhalten an der Medikation noch die Gründe des Fehlens von Therapiealternativen genannt worden seien.

Das Sozialgericht gelangte zu dieser Rechtsauffassung, obwohl in dem angeführten Beispielsfall aus dem über Jahre dokumentierten Behandlungsverlauf im Rahmen einer Gesamtschau ersichtlich war, dass zuvor mehrfache Medikationen zu Komplikationen und Unverträglichkeiten führten. Weitere Therapiealternativen waren aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht vertretbar.

Dies verdeutlicht, dass die Anforderungen an die Anerkennung als Ausnahmefall iSd AM-RL weiterhin hoch sind und eine umfassende, vollständige und zeitnahe Dokumentation zwingend voraussetzen.

GeloMyrtol® forte. 1 magensaftresist. Weichkps. enth. 300 mg Destillat aus einer Mischung v. rektifiziertem Eukalyptusöl, rektifiziertem Süßorangenöl, rektifiziertem Myrtenöl u. rektifiziertem Zitronenöl (66:32:1:1). Sonst. Bestandt.: Raffiniertes Rapsöl, Gelatine, Glycerol 85 %, Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend), Hypromelloseacetatsuccinat, Triethylcitrat, Natriumdodecylsulfat, Talkum, Dextrin, Glycyrrhizinsäure, Ammoniumsalz. **Anw.:** Zur Schleimlösung u. Erleichterung des Abhustens b. ak. u. chron. Bronchitis. Zur Schleimlösung b. Entzündungen der Nasennebenhöhlen (Sinusitis). Zur Anw. b. Erwachsenen, Jugendlichen u. Kindern ab 6 Jahren. **Gegenanz.:** Nicht anwenden b. entzündl. Erkr. i. Bereich Magen-Darm u. d. Gallenwege, schweren Lebererkr., bek. Überempfindlichkeit gg. einen d. Bestandt. des Arzneim., b. Säuglingen u. Kindern unter 6 Jahren. Atemwegserkrankungen, die mit einer ausgeprägten Überempfindlichkeit der Atemwege einhergehen/Schwangerschaft/Stillzeit: Anwendung nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung durch den Arzt. **Nebenwirk.:** Magen- o. Oberbauchschmerzen, allergische Reakt. (wie Atemnot, Gesichtsschwellung, Nesselsucht, Hautausschlag, Juckreiz), Entzündung der Magenschleimhaut o. der Darmschleimhaut, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall o. andere Verdauungsstörungen, Geschmacksveränderungen, Kopfschmerzen o. Schwindel, In-Bewegung-Setzen v. vorh. Nieren- u. Gallensteinen, schwere anaphylaktische Reakt. Enth. Sorbitol. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt (11)

GeloMyrtol® forte

Thromboembolie-Prophylaxe bei Stent-Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern: beide Rivaroxaban-Regime zeigen gutes Sicherheitsprofil

Die offene dreiarmige PIONEER AF-PCI-Studie untersuchte die Sicherheit einer Antikoagulation mit zwei Rivaroxaban-Regimen plus Antiplättchentherapie im Vergleich zu einem Vitamin-K-Antagonisten-Regime plus Antiplättchentherapie bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern (nvVHF), die einer perkutanen Koronarintervention (PCI) mit Stentimplantation unterzogen wurden. Für diese Patienten mit einer komplexen Risikokonstellation erwiesen sich die Rivaroxaban-Regime dabei sicherer als die Tripletherapie.

Patienten mit nvVHF, die sich einer PCI unterziehen, stellen in Bezug auf die Antikoagulation eine besondere therapeutische Herausforderung dar.[1,2] Eine Standardantikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten (VKA) plus dualer Antiplättchentherapie (DAPT) mit einem P_2Y_{12}-Inhibitor und Acetylsalicylsäure (ASS) führt zu einer Reduktion des Risikos für Thrombose und Schlaganfall, geht jedoch mit erhöhtem Blutungsrisiko einher.[1] Nicht-Vitamin-K-antagonistische orale Antikoagulanzien (NOAK) wie z.B. der orale Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto®) haben gegenüber VKA ein vorteilhaftes Nutzen-Risiko-Profil.[3,4]

Vor diesem Hintergrund wurde in der Studie PIONEER AF-PCI primär die Sicherheit von Rivaroxaban als Bestandteil einer Antikoagulationstherapie zusammen mit einem oder zwei Thrombozytenaggregationshemmern untersucht und mit der Triple-Therapie mit VKA verglichen. In die dreiarmige randomisierte, kontrollierte, offene Phase-IIIb-Studie wurden 2.124 Patienten mit nvVHF und Stentimplantation eingeschlossen und in der Ratio 1:1:1 auf drei Behandlungsarme aufgeteilt:[1,3]

- 15 mg Rivaroxaban einmal täglich (bzw. 10 mg einmal täglich bei Patienten mit moderat eingeschränkter Nierenfunktion [KrCl 30 – 49 ml/min]) plus Clopidogrel (oder Prasugrel oder Ticagrelor) über 12 Monate (Arm 1) oder
- 2,5 mg Rivaroxaban zweimal täglich plus DAPT, bestehend aus niedrig dosierter ASS (75-100 mg/Tag) plus Clopidogrel (oder Prasugrel oder Ticagrelor) über einen vorher vom Studienarzt festgelegten Zeitraum von 1, 6 oder 12 Monaten, gefolgt von einmal täglich 15 mg Rivaroxaban (bzw. 10 mg bei Patienten mit moderat eingeschränkter Nierenfunktion) plus niedrig dosierter ASS bis zum Ende des 12. Monats (Arm 2) oder
- Dreifachtherapie, bestehend aus dosisangepasstem VKA (INR-Zielwert 2,0-3,0) plus DAPT (wie in Arm 2) über einen vorher vom Studienarzt festgelegten Zeitraum von 1, 6 oder 12 Monaten, gefolgt von dosisangepasstem VKA (INR-Zielwert 2,0-3,0) in Kombination mit niedrig dosierter ASS bis zum Ende des 12. Monats (Arm 3).

Der primäre Sicherheitsendpunkt – klinisch relevante Blutungen – trat in beiden Rivaroxaban-Armen signifikant seltener auf als im VKA-Arm (Arm 1: 16,8 %; Arm 2: 18 %; Arm 3: 26,7 %; jeweils $p < 0{,}001$ für Arm 1 bzw. 2 vs. Arm 3). Die Inzidenzraten für schwere unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall oder Stentthrombose) insgesamt lagen zwischen 5,6 % und 6,5 %. Die Wirksamkeitsraten waren bei allen drei Behandlungsstrategien vergleichbar. Die Studie war allerdings nicht darauf ausgelegt, eine Überlegenheit oder Nicht-Unterlegenheit hinsichtlich der Wirksamkeit nachzuweisen.[1]

Diese Ergebnisse führten dazu, dass die Fachinformation von Xarelto® 15 mg und 20 mg erweitert wurde mit Erfahrungen bei Patienten mit nvVHF, die eine orale Antikoagulation benötigen und sich einer PCI mit Stentimplantation unterziehen. Danach gibt es begrenzte Erfahrungen mit einer reduzierten Dosis von 15 mg Xarelto® einmal täglich (oder 10 mg einmal täglich bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung [KrCl 30 – 49 ml/min]) in Kombination mit einem P_2Y_{12}-Inhibitor für die Dauer von maximal 12 Monaten.[5]

Mit freundlicher Unterstützung der Bayer Vital GmbH, Leverkusen

Quellen:
1. Gibson CM et al. N Engl J Med 2016; 375: 2423-2434
2. Gibson CM et al. Circulation 2017; 135: 323-333
3. Kirchhof P et al. Eur Heart J 2016; 37(38): 2893-962
4. Ruff CT et al. Lancet 2014; 383: 955-962.
5. Fachinformation Xarelto® 15 mg und 20 mg Filmtabletten. Bayer AG, Stand Okt 2017

PP-XAR-DE-0058-1

VIACORAM®

Ihre optimierte First-Line Therapie in der Hypertonie

Kontrolliert nach unten

VIACORAM®

Perindopril Arginin/ Amlodipin – Essentielle Hypertonie

Von Anfang an mehr Patienten im Zielbereich

1x täglich

Kombinierte Viacoram 3,5 mg/2,5 mg – Viacoram 7 mg/5mg Pflichtinformation. Viacoram 3,5 mg/2,5 mg Tabletten. Viacoram 7 mg/5mg Tabletten. Zusammensetzung: Viacoram 3,5 mg/2,5 mg enthält 2,378 mg Perindopril (entspr. 3,5 mg Perindopril-Arginin) u. 3,4675 mg Amlodipinbesilat (entspr. 2,5 mg Amlodipin). Viacoram 7 mg/5 mg enthält 4,756 mg Perindopril (entspr. 7 mg Perindopril-Arginin) u. 6,935 mg Amlodipinbesilat (entspr. 5 mg Amlodipin). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, mikrokrist. Cellulose (E460), hochdisp. Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat (E470B). **Anwendungsgebiete:** Viacoram wird angewendet zur Behandlung der essentiellen Hypertonie b. Erwachsenen. **Dosierung und Art der Anwendung:** Viacoram 3,5 mg/2,5 mg: First-Line-Therapie b. Pat. m. art. Hypertonie. Empf. Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg 1x tägl. Nach mind. 4 Wo. Beh. kann Dosis auf 7 mg/5 mg 1x tägl. erh. werden, wenn Blutdruck mit 3,5 mg/2,5 mg nicht ausr. kontr. *Eingeschr. Nierenfkt.:* kontraind. b. schw. Nierenfkt.stör. (Cl <30 ml/min). Bei Cl 30 ml/min - 60 ml/min ist empf. Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg jed. 2. Tag. Wenn Blutdruck nicht ausr. kontr., kann 3,5 mg/2,5 mg 1x tägl. geg. werden. Falls erf., kann Dos. erhöht werden. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. *Eingeschr. Leberfkt.:* Vorsicht b. schw. Leberfkt.stör. *Ältere Pat.:* Abh. v. Nierenfkt. Vorsicht b. Behand.beg. Vor Dosiserh. Nierenfkt. überprüfen, v.a. b. Pat. ≥75 Jahre. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. *Kinder u. Jug.:* Sicherh. u. Wirks. nicht erw. **Gegenanzeigen:** Überempf. gegen Wirkstoffe, ACE-Hemmer, Dihydropyridinderivate o. einen d. sonst. Bestandteile; schwere Nierenfkt.stör.; Angioödem in Anamnese im Zus.hang mit vorausgegangener ACE-Hemmer-Therapie; heredit. o. idiopath. Angioödem; 2. u. 3. Schwangerschaftstrimester; schwere Hypotonie; Schock, einschl. kardiogener Schock; Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts (z. B. hochgradige Aortenstenose); hämodynamisch instabile Herzinsuff. nach akutem Myokardinfarkt; gleichz. Anw. m. Aliskiren b. Diabetes mell. o. Nierenfkt.stör. (GFR <60 ml/min/1,73 m^2); Extrakorporale Behandlungen, b. denen Blut mit neg. geladenen Oberflächen in Kontakt kommt; signifikante bilaterale Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere. **Warnhinweise:** Bes. Warnhinw.: *Überempf./ Angioödem/Intest. Angioödem:* Beh. absetzen u. Überwachung bis Sympt. vollst. abgekl. In Verb. mit Kehlkopfödem kann Angioödem tödl. sein. Bei gleichz. Einn. v. mTOR-Inhib. erhöhtes Risiko f. Angioödem mögl. *Anaphylaktoide Reakt. währ. Desensib.:* vorüberg. Absetzen d. Beh. Reakt. traten b. versehentl. erneuter Einn. wieder auf. *Neutropenie/ Agranulozytose/ Thrombozytopenie/ Anämie:* Äußerste Vorsicht b. kollagenösen vask. Erkr., immunsuppr. Ther., Allopurinol o. Procainamid, regelm. Kontr. d. Leukozytenzahl empf. *Duale Blockade RAAS:* gleichz. Anw. von ACE-Hemmern, AT_1-Antagonisten o. Aliskiren kann Risiko f. Hypotonie, Hyperkaliämie u. Abnahme d. Nierenfkt. (einschl. akutes Nierenversagen) erhöhen. Duale Blockade v. RAAS nicht empf. ACE-Hemmer u. AT_1-Antagonisten b. diabet. Nephropathie nicht gleichz. anw. *Primärer Hyperaldosteronismus:* nicht empf. *Schwangersch:* Anw. beenden u. auf altern. blutdrucksenk. Beh. umstellen. *Eingeschr. Nierenfkt.:* moderate Nierenfktstör. (Cl 30 ml/min - 60 ml/min) Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg jed. 2. Tag. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. Bei bilat. Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere Harnstoff- u. Kreatininspiegel mögl. erhöht. Bei gleichz. renovask. Hypertonie Risiko f. schwere Hypotonie u. Niereninsuff. erhöht. *Nierentransplantation:* nicht empf. *Renovask. Hypertonie:* Risiko f. Hypotonie u. Niereninsuff. bei bilat. Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere erhöht. *Eingeschr. Leberfkt.:* ACE-Hemmer selten mit Syndrom in Zus.hang gebracht, das m. cholestat. Ikterus beginnt, sich zu schwerer hepat. Nekrose entwickelt u. (manchmal) z. Tod führt: Absetzen der Beh. b. Gelbsucht o. deutlich erh. Leberenzymwerten. *Ältere Pat.:* Beh.beginn u. Dosiserh. m. Vorsicht, abh. von Nierenfkt. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. Vorsichtsmaßn. für Anw.: *Hypertensive Krise:* Sicherh. u. Wirks. nicht bestätigt. *Herzinsuffizienz:* Vorsicht. *Hypotonie:* Kontr. Blutdruck, Nierenfkt. u. Kalium b. hohem Risiko für symptomat. Hypotonie (reduz. Plasmavol. o. schwerer Renin-abh. Hypotonie), ischäm. Herzerkr. o. zerebrovask. Erkr. Eine vorüberg. Hypotonie ist keine Kontraind. f. weitere Dosen, sobald Blutdruck nach Vol.expansion wieder erhöht. *Aorten-u. Mitralklappenstenose/ Hypertrophe Kardiomyopathie:* Vorsicht. *Ethn. Unterschiede:* B. Pat. m. schw. Hautfarbe ist Perindopril möglicherw. weniger wirksam u. verursacht häufiger Angioödeme. *Nicht-produktiver Husten. Chir. Eingriff/Anästhesie:* Beh. 1 Tag vor Eingriff absetzen. *Hyperkaliämie:* Regelm. Kontr. v. Kalium b. Niereninsuff., verschlecht. Nierenfkt., höherem Alter (>70 Jahre), Diabet. mell., Dehydratation, akuter kardialer Dekomp., metabol. Acidose u. gleichz. Ein. v. kaliumspar. Diur. u. Kaliumsuppl. *Diabetiker:* Kontr. Blutzuckerspiegel während 1. Therapiemonat. Enthält Lactose. **Wechselwirkungen:** *Kontraindiziert:* Aliskiren, extrakorp. Beh. *Nicht empf.:* Estramustin, mTOR-Inhibitoren (z.B. Sirolimus, Everolimus, Temsirolimus), kaliumspar. Diuretika (z.B. Triamteren, Amilorid), Kalium(salze), Lithium, Dantrolen (Infusion). *Bes. Vorsicht:* Antidiabetika (Insulin, orale hypoglyk. AM), Baclofen, nicht-kaliumspar. Diuretika, kaliumspar. Diuretika (Eplerenon, Spironolacton), NSAR inkl. ASS ≥3 g/Tag, CYP3A4-Ind., CYP3A4-Inhib. *Gewisse Vorsicht:* Antihypertensiva (wie z.B. Betablocker) u. Vasodilat., Gliptine (Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin), trizykl. Antidepressiva, Antipsychotika, Anästhetika, Sympathomim., Kortikoide, Tetracosactid, Alphablocker (Prazosin, Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin, Terazosin), Amifostin, Gold, Grapefruit, Tacrolimus, Ciclosporin. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Anw. im 1. Schwangerschaftstrimester u. währ. Stillzeit nicht empf. Anwendung während 2. u. 3. Schwangerschaftstrimesters kontraind. **Fertilität:** Revers. biochem. Veränd. d. Spermatozoen b. einigen m. CCB behandl. Pat. **Verkehrstüchtigkeit und Bedienen von Maschinen:** Kann bei Schwindel, Kopfschmerzen, Ermüdung, Abgeschlagenheit o. Übelkeit beeinträchtigt sein. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Ödeme. *Häufig:* Benommenheit, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit (v.a. zu Behandlungsbeginn), Geschmacksstörungen, Parästhesie, Sehstörungen, Diplopie, Tinnitus, Vertigo, Palpitationen, Flush, Hypotonie (u. Folgeerscheinungen einer Hypotonie), Husten, Dyspnoe, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie, Diarrhö, Verstopfung, veränderte Darmentleerungsgewohnheiten, Ausschlag, Exanthem, Pruritus, Gelenkschwellungen (Knöchelschwellungen), Muskelkrämpfe, periphere Ödeme, Ermüdung, Asthenie. *Gelegentlich:* Rhinitis, Eosinophilie, Überempfindlichkeit, Hyperkaliämie, Hyperglykämie, Hyponatriämie, Hypoglykämie, Stimmungsschwankungen (einschl. Angst), Schlaflosigkeit, Depression, Schlafstörungen, Synkope, Hypästhesie, Tremor, Tachykardie, Arrhythmie (einschl. Bradykardie, ventrikulärer Tachykardie u. Vorhofflimmern), Vaskulitis, Bronchospasmen, Mundtrockenheit, Schwitzen, Alopezie, Purpura, Hautverfärbung, Pemphigoid, Angioödem des Gesichts, der Gliedmaßen, Lippen, Schleimhäute, Zunge, Glottis und/oder des Kehlkopfes, Urtikaria, Lichtempfindlichkeitsreaktionen, Erythema multiforme, Rückenschmerzen, Arthralgie, Myalgie, Störungen beim Wasserlassen, Nykturie, Pollakisurie, Nierenversagen, erektile Dysfunktion, Gynäkomastie, Thoraxschmerzen, Unwohlsein, Schmerzen, Gewicht erhöht, Gewicht erniedrigt, Blutharnstoff erhöht, Kreatinin im Blut erhöht, Leberenzymwerte erhöht. *Sehr selten:* Leukopenie/ Neutropenie, Agranulozytose o. Panzytopenie, Thrombozytopenie, hämolytische Anämie b. Pat. mit kongenitalem G6PD-Mangel, Hypertonie, periphere Neuropathie, zerebrovaskulärer Insult, Angina pectoris, Myokardinfarkt (beides mögl. als Folgeerscheinung einer übermäßigen Hypotonie b. Hochrisikopat.), eosinophile Pneumonie, Gingivahyperplasie, Pankreatitis, Gastritis, Ikterus, Hepatitis, entweder zytolytisch o. cholestatisch, Quincke-Ödem, SJS, exfoliative Dermatitis, akutes Nierenversagen, Hämoglobin u. Hämatokrit erniedrigt. *Unbekannt:* Syndrom einer unangemessenen antidiuretischen Hormonsekretion (SIADH), extrapyramidale Stör. (extrapyr. Syndrom). Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Les Laboratoires Servier; 50, rue Carnot; 92284 Suresnes cedex, Frankreich Örtlicher Vertreter: Servier Deutschland GmbH, Elsenheimerstr. 53, D-80687 München, Tel: +49 (0)89 57095 01. Stand: Februar 2017

SERVIER

Jetzt neu: Rabattvertrag mit der AOK Hessen

Xarelto®. Wenn's drauf ankommt!

- Gutes Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil*
- Bei Ihren multimorbiden nv VHF-Patienten**
  - 15 mg 1 x täglich bei eingeschränkter Nierenfunktion#
  - 15 mg 1 x täglich nach PCI mit Stenteinsatz in der dualen Therapie mit einem P2Y12-Hemmer[1,a,b]

Mehr als 36 Mio. Patienten[c] weltweit vertrauen auf die bewährte Sicherheit von Xarelto.
Besuchen Sie uns auf www.xarelto.de

Xarelto®
Rivaroxaban

1 Gibson, C. M. et al., N Engl J Med 2016; 375(25):2423–34

* Nicht-Unterlegenheit vs. Warfarin in Rocket AF (Patel, M. R. et al., N Engl J Med 2011; 365:883–91) bei Patienten mit nv VHF. In Pioneer AF-PCI bei Patienten mit nv VHF und PCI+Stent wurde die Wirksamkeit explorativ untersucht. Daten zur Wirksamkeit sind daher begrenzt

** Prophylaxe v. Schlaganfällen und system. Embolien bei erwachsenen Patienten m. nicht valvulärem Vorhofflimmern und einem od. mehreren Risikofaktoren wie kongestive Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 J., Diab. mell., vorherigem Schlaganfall od. transitorischer ischämischer Attacke i. d. Anamnese

\# mit einer KrCl von 15–49 ml/min, KrCl 15–29 ml/min – die Anwendung sollte mit Vorsicht erfolgen, KrCl < 15 ml/min – Anwendung nicht empfohlen

a Behandlungsdauer: bis 12 Monate. Therapieschema gilt für Patienten mit KrCl ≥ 50 ml/min. Bei Patienten mit moderat eingeschränkter Nierenfunktion (30–49 ml/min) ist 10 mg (während des max. 12-monatigen Behandlungszeitraumes) empfohlen

b Pioneer AF-PCI ist eine offene, randomisierte, kontrollierte Sicherheitsstudie. Die Studie war nicht darauf ausgelegt, Unterschiede in der Wirksamkeit nachzuweisen. Erfahrungen mit diesem Therapieregime sind daher begrenzt

c Patientenzahl basierend auf Schätzungen aufgrund interner Berechnungen von IMS Health MIDAS. Database Monthly Sales

▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.** Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Website: http://www.bfarm.de. **Xarelto 15 mg/20 mg Filmtabletten.** Wirkstoff: Rivaroxaban. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. **Zusammensetzung:** *Wirkstoff:* 15 mg/20 mg Rivaroxaban. *Sonstige Bestandteile:* Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat, Macrogol (3350), Titanoxid (E171), Eisen(III)oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. *Besondere Patientengruppen:* Für *15 mg/20 mg:* für Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Nierenfunktionsstörung sowie für Patienten mit einer TVT/LE, deren abgeschätztes Blutungsrisiko überwiegt, gelten spezielle Dosisempfehlungen. Patienten, die kardiovertiert werden sollen: Bei Patienten, bei denen eine Kardioversion erforderlich sein kann, kann die Behandlung mit Xarelto begonnen oder fortgesetzt werden. Bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, die eine orale Antikoagulation benötigen und sich einer PCI mit Stentimplantation unterziehen, gibt es begrenzte Erfahrungen mit einer reduzierten Dosis von 15 mg Xarelto einmal täglich (oder 10 mg Xarelto einmal täglich bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung [Kreatinin-Clearance 30–49 ml/min]) in Kombination mit einem P2Y12-Inhibitor für die Dauer von maximal 12 Monaten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Rivaroxaban oder einen d. sonst. Bestandteile; akute, klinisch relevante Blutungen; Läsionen od. Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden; gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzien außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie od. wenn unfrakt. Heparin in Dosen gegeben wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie u. einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise:** Klinische Überwachung in Übereinstimmung mit der antikoagulatorischen Praxis während der gesamten Behandlungsdauer empfohlen. Die Gabe von Xarelto sollte bei Auftreten einer schweren Blutung unterbrochen werden. Mit zunehmendem Alter kann sich d. Blutungsrisiko erhöhen. Xarelto muss beim ersten Auftreten von schwerem Hautausschlag oder jedem anderen Anzeichen von Überempfindlichkeit in Verbindung mit Schleimhautläsionen abgesetzt werden. Die Anwendung von Rivaroxaban wird *nicht empfohlen* bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min), - die gleichzeitig eine systemische Behandlung mit Wirkstoffen erhalten, die sowohl CYP3A4 als auch P-gP stark inhibieren, z. B. Azol-Antimykotika oder HIV-Proteaseinhibitoren, - mit erhöhtem Blutungsrisiko, - die gleichzeitig mit starken CYP3A4 Induktoren behandelt werden, es sei denn, d. Patient wird engmaschig auf Zeichen u. Symptome einer Thrombose überwacht; da keine Daten vorliegen, bei Patienten: - unter 18 Jahren, - mit künstlichen Herzklappen, - mit einer LE, die hämodynamisch instabil sind oder eine Thrombolyse oder pulmonale Embolektomie benötigen, - die zeitgleich mit Dronedaron behandelt werden. Die Anwendung sollte *mit Vorsicht erfolgen* bei Erkrankungen, die mit einem erhöhten Blutungsrisiko einhergehen; bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance 15–29 ml/min), - mit einer Nierenfunktionsstörung, wenn gleichzeitig andere Arzneimittel eingenommen werden, die zu erhöhten Rivaroxaban Plasmaspiegeln führen, - die gleichzeitig auf die Gerinnung wirkende Arzneimittel erhalten; bei Anwendung von neuraxialer Anästhesie oder Spinal/Epiduralpunktion. Bei Patienten mit dem Risiko einer ulzerativen gastrointestinalen Erkrankung kann eine ulkusprophylaktische Behandlung erwogen werden. Obwohl d. Behandlung mit Rivaroxaban keine Routineüberwachung d. Exposition erfordert, können d. mit einem kalibrierten quantitativen Anti-Faktor Xa-Test bestimmten Rivaroxaban-Spiegel in Ausnahmesituationen hilfreich sein. Xarelto enthält Lactose. **Nebenwirkungen:** *Häufig*: Anämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Augeneinblutungen, Hypotonie, Hämatome, Epistaxis, Hämoptyse, Zahnfleischbluten, gastrointestinale Blutungen, gastrointestinale u. abdominale Schmerzen, Dyspepsie, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Pruritus, Hautrötung, Ekchymose, kutane und subkutane Blutung, Schmerzen in den Extremitäten, Blutungen im Urogenitaltrakt (Menorrhagie *sehr häufig* bei Frauen < 55 Jahre b. d. Behandlung d. TVT, LE sowie Prophylaxe von deren Rezidiven), Nierenfunktionseinschränkung, Fieber, periphere Ödeme, verminderte Leistungsfähigkeit, Transaminasenanstieg, postoperative Blutungen, Bluterguss, Wundsekretion. *Gelegentlich*: Thrombozytose, allergische Reaktion, allergische Dermatitis, zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope, Tachykardie, trockener Mund, Leberfunktionsstörung, Urtikaria, Hämarthros, Unwohlsein, Anstieg von: Bilirubin, alkalischer Phosphatase im Blut, LDH, Lipase, Amylase, GGT. *Selten*: Gelbsucht, Blutung in einen Muskel, lokale Ödeme, Anstieg von konjugiertem Bilirubin, vaskuläres Pseudoaneurysma. *Häufigkeit nicht bekannt*: Kompartmentsyndrom oder (akutes) Nierenversagen als Folge einer Blutung. *Erfahrungen seit der Marktzulassung (Häufigkeit nicht abschätzbar)*: Angioödeme u. allergische Ödeme, Cholestase und Hepatitis (einschließlich hepatozelluläre Schädigung), Thrombozytopenie, Steven-Johnson-Syndrom/toxisch epidermale Nekrolyse. Verschreibungspflichtig. Stand: FI(DE/21), Oktober 2017 Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland

PP-XAR-DE-0352-1