

PROFUND 2011

Mit einer Zusammenfassung der Beiträge „Aus der Praxis“ von Mai 2010 bis Januar 2011



PROBLEMFALL ENTLASSMEDIKATION

In der Arztpraxis spielen Schnittstellen zu anderen Versorgungseinrichtungen eine elementare Rolle. Gerade Hausärzte müssen mit vielen Seiten kommunizieren: Krankenhäusern, Heimen, Fachärzten, ambulanten Krankenpflege-diensten etc. Für die Schnittstelle „ambulant-stationär“ stellen die beiden Hausärzte Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer in einer neuen PROFUND-Serie problematische Fallbeispiele aus der Praxis vor und versuchen, Lösungswege aufzuzeigen.

Sicher haben Sie auch schon in Ihrem Arbeitsalltag festgestellt, wie schwierig es mitunter ist, allen Anforderungen nach einem optimalen „Schnittstellenmanagement“ gerecht zu werden. Aus dieser latenten Unzufriedenheit entstand bei uns die Idee, in einer Kolumne kritische Situationen in der Patientenversorgung darzustellen, die sich am Übergang zu anderen Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise der Klinik, abspielen. Unser Ziel ist es, die Aufmerksamkeit auf typische Problemfelder zu lenken und konstruktive Hilfen für die „normale“ Arzt-

praxis anzubieten. Wir freuen uns auf Ihre kollegialen Anmerkungen und Kritik an PROFUND@kvb.de.

Fallbeschreibung

Ein 18-jähriger Mann wird nach einem Tag aus der chirurgischen Abteilung entlassen. Man hatte, nach einer Weber C-Fraktur vor einem Jahr, an seinem linken Sprunggelenk eine Metallentfernung vorgenommen. Beschwerden bestanden weder vorher noch nachher. Hierzu der anonymisierte nebenstehende Ausschnitt aus seinem Entlassungs-brief.

Was fällt uns auf?

Auf den ersten Blick ist nicht verständlich, warum eine konsolidierte Fraktur eine Thromboseprophylaxe erfordert. Der Patient belastet bereits voll, es bestehen auch keine Bewegungseinschränkungen mehr. Damit besteht keine Indikation für Heparin und folglich auch keine für die Kontrolle der Thrombozyten.

Im Brief ist keine Rede von einem postoperativen Wundschmerz, der Patient gibt auch keine Beschwerden an. Daher sehen wir auch keine Indikation für ein nicht-steroidales Antiphlogistikum (NSAP), zumal nicht in der Höchstdosierung von zweimal täglich 75 mg.

Wann sind Protonenpumpen-inhibitoren (PPI) wie Pantoprazol indiziert?

Interessant ist im vorliegenden Fall der fast schon manische Umgang mit Protonenpumpeninhibitoren, insbesondere Pantoprazol. Liest man die Fachinformation, findet sich eine Indikation nur im Zusammenhang mit einem länger dauernden Krankheitsgeschehen: Langzeittherapie bei Refluxkrankheit oder Zollinger-Ellison-Syndrom ferner bei Risikopatienten für gastroduodenale Ulcera in der Langzeitbehandlung(!) mit NSAR. Für diese Patienten sollte laut Fachinformation ein erhöhtes Risiko



Dr. Stephan Gotsmich

Der Facharzt für Allgemeinmedizin betreibt seit zehn Jahren seine Praxis in Landshut. Er ist Lehrbeauftragter an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und unter anderem in zahlreichen Veranstaltungen zum Thema Qualitätsmanagement aktiv.



Dr. Volkhard Pschierer

Der Facharzt für Innere Medizin aus Vilsbiburg ist seit 2001 in eigener Praxis niedergelassen. Aus ökonomischen, aber auch ethischen Gesichtspunkten hält er eine bessere Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors für unbedingt notwendig.

Diagnose:

Konsolidierte Weber C-Fraktur links

ICD-Nr.:**Therapien:**

Vollständige Metallentfernung linkes OSG am 8.1.09
Bedarfsgerechte Schmerzmedikation
Mobilisation

ICPM-Nr.:**Empfohlene Medikation:**

Pantoprazol 40	1-0-0
Diclofenac 75	1-0-1
Enoxaparin Natrium s.c.	0,2 ml, 1 x tgl.

Procedere:

Wir bitten um Fortführung der Thrombose-Prophylaxe unter regelmäßiger Kontrolle der Thrombozytenwerte bis zur gesicherten und dauerhaften Vollbelastung.

Diese ist ab sofort erlaubt.

Wir bitten um das Vermeiden von Sprung- und Stoßbelastungen für 6 Wochen.

Regelmäßige Wundkontrollen, Entfernung des Nahtmaterials um den 14. postoperativen Tag

Um die Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik medizinisch optimal weiterbehandeln zu können, sind die niedergelassenen Ärzte auf aussagekräftige Entlassbriefe angewiesen.

anhand dieser individuellen Risikofaktoren bewertet werden: Alter über 65 Jahre, früher aufgetretene gastroduodenale Ulcera oder Blutungen im oberen Gastrointestinaltrakt. Das alles trifft auf unseren jungen Patienten jedoch nicht zu.

Ob Hypo- oder Achlorhydrie mit Fehlbesiedlung des Dünndarms,

Malabsorption von Vitamin B 12, Eisenmangel, konsekutiver Hypergastrinämie mit erhöhter Säureproduktion nach Absetzen und damit Provokation von Reflux oder Ulcera, oder ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit Salmonellen und Campylobacter – bei der Langzeittherapie gilt es viele Risiken zu beachten. Kommt hier der Arzt nicht seiner

Sorgfaltspflicht nach, kann es schnell teuer und vielleicht auch gefährlich für den Patienten werden. Prüfen Sie daher auf jeden Fall die Indikation für PPI!

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Welche Pflichten hat das Krankenhaus?

Der Paragraph 115 c des Sozialgesetzbuches V regelt die Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach der Krankenhausbehandlung. Da im Krankenhaus zum Teil andere Medikamente verwendet werden als in der ambulanten Versorgung, ist es wichtig, den Entlassbrief mit der Entlassmedikation so zu gestalten, dass ein unkomplizierter Übergang in die ambulante Versorgung möglich ist. So hat die Klinik dem weiterbehandelnden Vertragsarzt Therapievorschlüsse unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung zur Verfügung stehen, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapieverschlus anzugeben. Abweichungen davon sind nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.

Falls im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der in der Klinik begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig ist, soll das Krankenhaus bereits bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei der Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.

Johann Fischaleck (KVB)

KONTROLLE UND VERWENDUNG VON PATIENTENDATEN

Im zweiten Beitrag ihrer PROFUND-Serie „Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen“ geht es den beiden Hausärzten Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer um den Umgang mit sensiblen Patientendaten.

Dabei beschreiben die beiden Ärzte den täglichen Spagat zwischen beruflicher Schweigepflicht und dem Wunsch, im Interesse des Patienten zu handeln.



Sie erinnern sich: Die Idee dieser Kolumne basiert auf der Erfahrung, dass es im Arbeitsalltag eines Arztes mitunter sehr schwierig ist, allen Anforderungen nach einem optimalen „Schnittstellenmanagement“ gerecht zu werden. Aus dieser latenten Unzufriedenheit ist der Wunsch entstanden, regelmäßig über kritische Situationen in der Patientenversorgung zu berichten, die sich am Übergang zu anderen Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens – zum Beispiel der Klinik – abspielen. Wir möchten damit die Aufmerksamkeit auf typische Problemfelder lenken und konstruktive Hilfen für die „normale“ Arztpraxis anbieten. Wir freuen uns über kollegiale Kritik und Anmerkungen.

Fallbeschreibung

Eine 36-jährige Patientin erkrankte an einem Mammakarzinom. Wäh-

rend der Behandlungszeit mit Bestrahlung und Chemotherapie war sie von der Arbeit freigestellt. Um ihre finanziellen Belastungen zu reduzieren, wandte sie sich an ihre Berufsunfähigkeitsversicherung, um wenigstens die Versicherungsbeiträge für die Zeit der Erkrankung aussetzen zu können. Die Versicherung verlangte von der Patientin Einsicht in die Krankenakten. Also legte die Patientin alle aktuellen Befunde vor. Trotzdem forderte die Versicherung vom Hausarzt mit folgenden Schreiben weitere Informationen an:

Bitte unterstützen Sie uns bei der Prüfung des eingetretenen Versicherungsfalles. Bitte senden Sie uns alle vorliegenden Befundberichte. Wenn möglich, reichen Sie uns bitte einen Computerausdruck der kompletten Krankenakte ein. Wir sind berechtigt, Sie zu befragen, da uns die versicherte Person ermächtigt hat, alle Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Die entsprechende Erklärung der Versicherten ist beigelegt.

Was fällt auf?

Es geht gar nicht um die Prüfung der Berufsunfähigkeit. Die erwähnte Schweigepflichtenbindung lag nicht bei. Prinzipiell geht es auch nur um

eine Beitragsfreistellung, nicht um den Leistungsfall. Es ist folglich nicht verständlich, warum ein Computerausdruck der kompletten Krankenakte zur Prüfung notwendig sein sollte. Übrigens vertrauen auch heute noch viele Ärzte auf handschriftliche Aufzeichnungen, die mitunter auch von erfahrenen Fachleuten nicht immer komplett dechiffriert werden können – und vielleicht auch gar nicht müssen! Ärzte genießen das besondere Vertrauen ihrer Patienten und es ist gut, dass nicht jeder Zugang zu diesen Daten erhält.

In diesem Fall galt es also, zunächst die unterschriebene Schweigepflichtenbindung zu ergattern. Diese traf 17 Tage später ein und lautete:

Ich ermächtige zur Prüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, andere Personenversicherer und Pflegepersonen. Sozialversicherungsträger unter Befreiung der Paragraphen 35 SGB I, 67 ff. SGB X (z.B. gesetzlicher Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften), Be-

hörden (z.B. Versorgungsamt) über meine Gesundheitsverhältnisse, Ursachen, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit und über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, zu befragen sowie sachdienliche Auskünfte bei derzeitigen und früheren Arbeitgebern zur Prüfung des Versicherungsfalles einzuholen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, ausdrücklich von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Zugleich ermächtige ich den Leistungsträger Auskünfte und Unterlagen an andere mit der Prüfung befasste medizinische und berufskundliche, vom Versicherer beauftragte Sachverständige und Versicherungsunternehmen, die ebenfalls mit der Prüfung betraut sind, weiterzugeben.

Die versicherte Person wurde über die Möglichkeit der Erteilung von Einzelermächtigungen aufgeklärt. Sie erklärt sich jedoch mit der Verwendung dieser Entbindungserklärung ausdrücklich einverstanden.

Hilft das der Praxis?

Nein. Es geht nach wie vor nicht um Prüfung der Berufsunfähigkeit. Textgemäß sind nur die von der Patientin gemachten Angaben zu unterlegen. Diese sind dem Hausarzt aber nicht bekannt, genauso wenig das Sozialgesetzbuch in der detaillierten Paragraphenform. Dies scheint aber umso wichtiger, da die Angaben auch an primär nicht involvierte Versicherungsunternehmen weitergegeben werden/sollen/können/dürfen.

Erst im letzten Absatz findet sich der Hinweis auf mögliche Einzelermächtigungen, was dem Hausarzt das Verständnis für die Situation etwas erleichtern könnte. Die Bedeutung einer Einzelermächtigung hat die Patientin nicht erkannt. Daraufhin erhielt die Versicherung Auskunft zum Verlauf der aktuellen Erkrankung, womit das Aussetzen der Beiträge medizinisch ausreichend begründet wurde. Wiederum zwei Wochen später stellte sich heraus, dass bei der Versicherung weiterer Informationsbedarf bestand:

Wir sind jedoch erneut auf Ihre Unterstützung bei der Prüfung des eingetretenen Leistungsfalles angewiesen. Wir haben festgestellt, dass Sie Frau XY auch schon im Jahre 2006 und früher behandelt haben. Bitte senden Sie uns auch Kopien aller damaligen Befundberichte zu. Am besten senden Sie uns zusätzlich einen Computerausdruck der kompletten Krankenakte ein. In den Jahren 2001 bis 2006 hat Frau XY regelmäßig Massagen verschrieben bekommen. Bitte teilen Sie uns den Grund hierfür mit.

Ist das eine belastbare Aussage für die Praxis?

Nein. Es geht immer noch nicht um die Prüfung der Berufsunfähigkeit, also auch nicht um einen „eingetretenen Leistungsfall“. Der Computerausdruck der kompletten Krankenakte hat trotzdem nicht an Attraktivität verloren. Besonderes Interesse wecken die Massagen, die bis zum Jahr 2006 zurückliegen und übrigens nicht regelmäßig verordnet wurden. Hier einen logischen Zusammenhang mit der Grunderkrankung zu finden, bleibt der Phantasie des Lesers überlassen.

Unsere Empfehlung

Lesen Sie alle Anfragen von Versicherungen ganz genau durch. Lassen Sie sich zitierte Schweigepflichtbindungen in Kopie vorlegen. Identifizieren Sie das Anliegen der Versicherung und hinterfragen Sie dieses im eigenen und im Interesse des Patienten. Geben Sie nur die Informationen weiter, die die Versicherung benötigt, um ihre vertraglich festgesetzte Leistungspflicht klären zu können. Stimmen Sie sich immer mit dem Patienten ab. Das kann im Tagesgeschäft zwar manchmal lästig sein; andernfalls kann das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten Schaden nehmen.

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Rechtliche Grundlagen zur Auskunftspflicht

Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten erfolgen. Sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat (Paragraph 213 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz). Die Einwilligungserklärung ist nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des Betroffenen beruht. Er ist auf den vorgesehenen Zweck der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sowie, soweit nach den Umständen des Einzelfalles erforderlich oder auf Verlangen, auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung bedarf in der Regel der Schriftform (Paragraph 4a Bundesdatenschutzgesetz). Eine gesetzlich normierte Pflicht zur Auskunft gegenüber privaten Versicherungsunternehmen existiert nicht. Sie wird aber als eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten angesehen. Die bei Vertragsabschluss erfolgte Einwilligungserklärung erfolgt grundsätzlich nur zum Zweck der Risikoprüfung. Datenübermittlungen zur Leistungsprüfung erfordern in der Regel eine erneute Einwilligungserklärung (siehe auch www.datenschutzzentrum.de/material/themen/gesund/versentib.htm). Umfassende Informationen zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Sonstige Bestimmungen/Datenschutz*.

Herbert Baus (KVB)

KÖNNEN BISPHOSPHONATE KNOCHENBRÜCHE VERHINDERN?

Die Frage nach dem Nutzen von Bisphosphonaten stellten sich Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer – beide niedergelassene Hausärzte in Landshut – anlässlich der vorliegenden Medikation einer 80-jährigen Patientin. Einmal mehr wünschen sie sich, alle Patienteninformationen von Fachärzten, Heimen und Kliniken würden zentral bei ihnen zusammenlaufen, damit sie ihre Funktion als Lotsen im Gesundheitswesen optimal wahrnehmen können, um problematische Situationen, gerade in der Medikation, zu verhindern.



Nur bei einer kleinen, streng definierten Patientengruppe können Bisphosphonate Knochenbrüche eventuell verhindern. Der generelle Einsatz bei verringertem Knochendichte ist eher fragwürdig.

Im Arbeitsalltag eines Hausarztes ist es oft schwierig, allen Anforderungen nach einem optimalen „Schnittstellenmanagement“ gerecht zu werden. Aus dieser latenten Unzufriedenheit ist der Wunsch entstanden, regelmäßig über kritische Situationen in der Patientenversorgung zu berichten, die sich am Übergang zu anderen Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens – zum Beispiel der Klinik – abspielen. Wir möchten damit die Aufmerksamkeit auf typische Problemfelder lenken und konstruktive Hilfen für die „normale“ Arztpraxis anbieten. Dabei sind wir offen für kollegiale Kritik und Anmerkungen.

Fallbeschreibung

Eine 80-jährige Patientin mit dementieller Erkrankung, essentiellen Hypertonus und Koronarer Herzerkrankung wird wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Exsikkose im Bereitschaftsdienst stationär eingewiesen. Die Privatpatientin war bisher vom fachärztlichen Kollegen betreut worden. Da dieser keine Hausbesuche anbot, bat die Tochter noch während des Aufenthaltes um Übernahme der hausärztlichen Betreuung. Die Patientin erhielt Schleifendiuretika, HCT, ACE Hemmer, Ginko biloba, Statin, ASS und bei Sturzgefahr einmal wöchentlich das Bisphosphonat Alendronat.

Was fällt auf?

Als Indikation für Bisphosphonate steht in der Arzneimittelinformation:

Zur Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen, um das Risiko für Wirbel- und Hüftfrakturen zu vermindern.

Zweifellos befindet sich die Patientin in der Postmenopause. Bei Demenz besteht sicher auch ein erhöhtes Risiko für Wirbel- und Hüftfrakturen. Aber ist auch eine 30-minütige Ruhe-

pause im Sitzen und eine intensive Flüssigkeitszufuhr nach Einnahme des Medikaments gewährleistet?

Warum dies notwendig ist, steht in den Gegenanzeigen:

Erkrankungen des Ösophagus und andere Faktoren, welche die ösophageale Entleerung verzögern; Unfähigkeit für mindestens 30 Minuten aufrecht zu stehen oder zu sitzen.

Hier stellt sich auch die Frage, ob bei dieser Patientin überhaupt die entsprechende Compliance vorhanden ist, das Medikament regelmäßig zu nehmen. Denn der auch in Studien erwiesene eher marginale Nutzen der Bisphosphonattherapie lässt sich nur bei regelmäßiger Einnahme erzielen.

Wie funktioniert die Osteoporose-Diagnostik?

In den Veröffentlichungen taucht häufig die Buchstabenkombination DXA auf. Diese steht für Dual-Energy-X-Ray-Absorptiometry. Vereinfacht ausgedrückt werden dabei Röntgenstrahlen durch den Knochen geschickt. Anschließend wird gemessen, wie viel davon auf der ande-

ren Seite ankommt. Dafür gibt es besonders wichtige Messpunkte, zum Beispiel die Wirbel- und Hüftknochen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert ein signifikantes Ergebnis mit einem T-Wert < 2,5. Klinisch relevant ist aber ausschließlich die manifeste Osteoporose. Die Leitlinien definieren diese ganz klar in Zusammenhang mit stattgefundenen Spontanfrakturen. Ohne Fraktur also keine manifeste Osteoporose. Und ohne manifeste Osteoporose keine Bisphosphonate. Hatte die Patientin eine Spontanfraktur? Nein! Und die Knochendichtemessung? Die ist als alleinige Argumentation zur Verordnung von Bisphosphonaten überhaupt nicht relevant.

Haben Bisphosphonate Nebenwirkungen?

Zumindest scheinen die Wechselwirkungen nicht so gravierend:

Nahrungsmittel, Getränke und einige orale Arzneimittel können die Resorption von Alendronat beeinträchtigen. Eine gleichzeitige Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) wird nicht empfohlen.

NSAR sind bei Schmerzen von älteren Patienten am Bewegungsapparat wegen einer Exsikkose der Niere sowieso nicht angezeigt. Aber viel erstaunlicher sind die vielen Nebenwirkungen von Alendronsäure in der Roten Liste, wie Angioödem, ösophageales Ulkus, Dysphagie, saures Aufstoßen, **ösophagopharyngeale Ulceration, Perforation**, Blutung im oberen GIT (PUBs), muskuloskelettaler (Knochen-, Muskel- oder Gelenk-)schmerz, Osteonekrose des Kiefers, meist bei Krebspatienten, aber auch bei Osteoporosepatienten (kieferchirurgische Eingriffe vermeiden); Osteomyelitis, Schwindel, Vertigo und Niedrig-Energie-Fraktur des proximalen Femurschaftes.

Welcher Nutzen von der Medikation überhaupt zu erwarten ist, scheint diskussionswürdig. Bisphosphonate können nicht durch ein körpereigenes Enzym abgebaut werden. Dies ist das Wirkprinzip. Aber was bewirkt die komplette irreversible Blockade eines Stoffwechselweges? Der nicht forschende Arzt denkt sich: Der Knochen wird wie eine Stadt ständig auf- und abgebaut. Würde man den Abriss alter Gebäude dauerhaft verbieten (oder die Osteoklasten hemmen), würde Platz für neue Häuser fehlen. Sonst müsste man sie direkt auf die alten bauen. Ist also Knochenmasse auch Knochen-Klasse? Die Formulierung „eventueller Abbruch der Therapie bei Niedrig-Energie-Fraktur“ lässt darauf schließen, dass ein irreversibler Eingriff in den Knochenstoffwechsel nicht immer gesund ist.

Im vorliegenden Fall kam es leider nicht mehr zur hausärztlichen Betreuung. Während des stationären Aufenthaltes entwickelte die Patientin plötzlich Schluckbeschwerden, Atemnot und Brustschmerzen. Sie verstarb auf der Intensivstation.

Unsere Empfehlung

Bisphosphonate sind keine harmlosen Medikamente, die zuverlässig Brüche verhindern. Ein geringer Nutzen kann wohl nur bei einer sehr kleinen streng definierten Patientengruppe erzielt werden. Allein aus der technischen Diagnostik kann keine Indikation zur Therapie hergeleitet werden. Bei allen Schluckbeschwerden, egal welcher Ursache – auch wenn „nur“ infolge von Exsikkose –, sollten Bisphosphonate auf keinen Fall verschrieben werden.

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Therapie der Osteoporose

Für den Therapiebeginn bei einer Osteoporose muss nicht zwangsweise ein Bruch ohne adäquates Trauma vorliegen. Vielmehr ergibt sich der Beginn einer Behandlung aus der Berechnung des individuellen Risikos unter Einbeziehung von **Alter, Geschlecht, Knochendichte** und **weiteren Risikofaktoren***.

Eine medikamentöse Therapie wird empfohlen

- nach einer inadäquaten singulären Wirbelkörperfraktur zweiten oder dritten Grades nach Genant (25 bis 40 Prozent beziehungsweise > 40 Prozent Höhenminderung) oder multiplen Wirbelkörperfrakturen ersten bis dritten Grades, wenn gleichzeitig ein T-Wert von –2,0 oder geringer vorliegt,
- bei einer Therapie mit oralen Glukokortikoiden in einer Tagesdosis von $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent für drei Monate oder länger, wenn gleichzeitig ein T-Wert von –1,5 oder geringer vorliegt,
- bei Unterschreitung bestimmter T-Werte der Knochendichte in Abhängigkeit vom Geschlecht und vom Lebensalter ohne prävalente Frakturen oder andere frakturspezifischen Risiken.

Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren wird eine Anhebung der Therapieschwelle um 0,5 T-Werte (**ein** weiterer Risikofaktor) bis 1,0 T-Werte (bei **mehreren** Risikofaktoren) bis zu einem T-Wert von maximal –2,0 empfohlen. Solche zusätzlichen Risikofaktoren* sind beispielsweise eine periphere Fraktur nach dem 50. Lebensjahr, multiple Stürze, Nikotinkonsum oder Diabetes mellitus Typ 1.

Die Messung der Knochendichte ist ausschließlich mit der DXA-Methode evaluiert. Diese Messung ist allerdings noch keine Kassenleistung, solange kein Bruch vorliegt.

Zur Therapie werden Bisphosphonate, Raloxifen, Strontiumranelat, Teriparatid, Parathormon, Östrogene und Tibolon verwendet. Neu auf den Markt kommt im Juli Denosumab, ein humaner monoklonaler Antikörper, der mit hoher Affinität und Spezifität an den RANKL bindet. Eine Verminderung von Wirbelkörperfrakturen ist für sämtliche Therapeutika belegt. Für nicht vertebrale Frakturen liegt dieser Nachweis allerdings für Raloxifen und Parathormon nicht vor.

Johann Fischaleck (KVB)

*siehe vollständige tabellarische Aufstellung in der DVO-Leitlinie 2009 unter www.dv-osteologie.org in der Rubrik „Leitlinie 2009“

KEINE STATIONÄRE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS TROTZ EINWEISUNG

Schnittstellen zu Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern spielen in der Hausarztpraxis eine wichtige Rolle. Was passieren kann, wenn ein Patient von seinem Hausarzt zur stationären Behandlung in die Klinik überwiesen wird, dort dann aber keine stationäre Leistung erhält, beschreiben die beiden niedergelassenen Hausärzte Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer aus Landshut. In PROFUND gehen sie regelmäßig der Frage nach, wie sich die Schnittstelle „ambulant-stationär“ verbessern lässt.



Obwohl der Patient vom Hausarzt zur stationären Aufnahme eingewiesen wurde, bleibt das Klinikbett oft leer und es erfolgt nur eine ambulante Behandlung.

Fallbeschreibungen

- Einer 40-jährigen Patientin, die im Rahmen einer Chemotherapie einen Port erhielt, wird eine ambulante Spülung im örtlichen Krankenhaus angeboten, aber nur unter Vorlage eines **stationären Einweisungsscheines**, der alle vier Wochen neu ausgestellt werden muss.
- Eine 74-jährige Patientin fordert am Freitagnachmittag einen Hausbesuch an. Sie ist einen Monat zuvor gestürzt und klagt nun immer noch über Schmerzen im linken Knie. Da das Wochenende bevorsteht und sie sich nicht selbst versorgen kann, wendet sie sich in ihrer Not an ihren Hausarzt. Dieser untersucht sie zu Hause und beginnt mit einer Schmerztherapie. Diese schlägt jedoch nicht ausreichend an, also wird am gleichen Tag nach der Sprechstunde noch ein zweiter Hausbesuch durchgeführt. Bei diesem hält der erfahrene Kollege die stationäre Behandlung für notwendig, da das Behandlungsziel Schmerzfreiheit nicht ambulant zu erreichen ist, und stellt einen Einweisungsschein aus. Am Montag fordert die verzweifelte Patientin erneut einen Hausbesuch an. Im Krankenhaus, so berichtet sie, sei lediglich eine Röntgenaufnahme gemacht worden. Anschließend habe sie einen Termin zur Operation ihrer Kniegelenksarthrose erhalten. Die Operation solle in vier Wochen stattfinden, Medikamente habe sie nicht verordnet bekommen. Am späten Freitagabend sei sie mit dem Krankentransport wieder nach Hause gebracht worden.
- Bei einer 78-jährigen Patientin ist eine Varizen-Operation bei gesicherter chronisch venöser Insuffizienz vorgesehen. Sie möchte diese Operation stationär vornehmen lassen, da sie sich zu Hause nicht selbst versorgen kann. Auch sie erhält eine **stationäre Einweisung**. Vier Stunden später sitzt sie mit einem Begleitbrief zur Vorbereitung ihrer in vier Wochen geplanten Operation und der Bitte um „aktuelle ambulante OP-Vorbereitung“ wieder zu Hause.

Was fällt auf?

In all den hier beschriebenen Fällen kam das rote Formular Muster 2 (vulgo „stationäre Einweisung“) zum Einsatz. Dennoch fand keine stationäre Behandlung statt. Hat der einweisende Kollege nur die Formulare verwechselt? Sicher nicht! Warum deutet die Klinik den Einweisungsschein dann anders? Wir gehen davon aus, dass es sich auch hierbei nicht um eine Verwechslung handelt.

Welche Auswirkungen hat der rote Schein?

Auch wenn Patienten nur wenige Stunden in einem Krankenhaus behandelt werden, löst dies nicht unerhebliche Kosten aus. Ambulante Leistungen sollten deshalb ambulant erbracht werden, denn die stationäre Durchführung verursacht naturgemäß mehr Kosten – und das bei jeder einzelnen Einweisung. Übrigens auch, wenn auf dem Schein der Hinweis „kurz“ oder „prästationär“ vermerkt ist.

Darüber hinaus können Klinikärzte keine Verantwortung für Leistungen des Vertragsarztsystems übernehmen, weshalb sie empfehlen, nach der Entlassung des Patienten eine weitere Diagnostik zu veranlassen. Sie beziehen sich auf die Vorge-

hensweise in einer Klinik, berücksichtigen jedoch oft nicht die vertragsärztlichen Verpflichtungen hinsichtlich Arzneimittelrichtlinie, Wirtschaftslichkeitsgebot, Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Richtig kompliziert wird es, wenn nach Abschluss der Untersuchungen nochmals eine Einweisung gefordert wird, um „die Ergebnisse zu besprechen“, obwohl keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Dies würde man dann gerne wieder prästationär machen. Aber bei prästationären Leistungen ist entweder abzuklären, ob in Spezialfällen, die definitionsgemäß selten sind, eine stationäre Behandlung notwendig ist oder es ist die vollstationäre Behandlung vorzubereiten. Eine prästationäre Behandlung kann es nicht geben, um ausschließlich Befunde zu besprechen. Umgekehrt auch nicht, wenn die Indikation für einen stationären Aufenthalt schon eindeutig durch den niedergelassenen Facharzt geklärt wurde.

Präoperatives Labor fürs Krankenhaus?

Bei einem mehrtägigen Aufenthalt auf Grund einer Operation ist die präoperative Diagnostik (einschließlich Labor) in der gezahlten Fall-

pauschale DRG (Diagnosis Related Group) enthalten. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, sieht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) keine Erbringung von Leistungen in Vorbereitung der stationären Aufnahme vor. Hier steht explizit: „ (...) nur für ambulante und belegärztliche Eingriffe honorierbar.“ (Ziffer 31010 ff.)

Unsere Empfehlung

Prüfen Sie bei der Ausstellung eines Einweisungsscheines jedes Mal streng die Notwendigkeit. Melden Sie vorsorglich bei Notwendigkeit die Patienten beim Kollegen im Krankenhaus an. Erkundigen Sie sich, ob das Krankenhaus tatsächlich auf Überweisungsschein ambulant behandeln darf. Hinterfragen Sie kritisch die Anforderungen des Krankenhauses aus dem ambulanten Leistungskatalog (Kernspin, Labor, präoperative Leistung). Denken Sie an Ihre niedergelassenen Kollegen! Wenn Krankenhäuser eingewiesene Patienten nicht aufnehmen, sprechen Sie die Chefarzte darauf an. Es geht um die Versorgungssicherheit Ihres Patienten – erst recht, wenn der Rücktransport mit Krankenwagen erfolgt.

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Rechtliche Hinweise

Der Krankenhausarzt ist bei der Entscheidung über die Aufnahme zur vollstationären Behandlung des Patienten nicht an die Einweisung des Vertragsarztes gebunden. Der Krankenhausarzt hat aber die Bewertung des einweisenden Vertragsarztes – der seine Entscheidung für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu begründen hat (Paragraph 73, Absatz 4, Satz 2 SGB V) – fachlich zu werten. Bestehen wegen unter-

schiedlicher Auffassungen zwischen dem einweisenden Vertragsarzt und dem aufnehmenden Krankenhausarzt Zweifel an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, kann eine vorstationäre Behandlung durchgeführt werden (Paragraph 115a, Absatz 1, Nr. 1 SGB V). Ein Krankenhaus kann nicht ohne Weiteres vorstationäre Leistungen nach Paragraph 115a, Abs. 1, Nr. 1 SGB V erbringen. Eine vorstationäre Krankenhausbehandlung ohne Unter-

kunft und Verpflegung kann – wenn eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde – nur in medizinisch geeigneten Fällen erbracht werden. Entweder, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären (siehe oben) oder um die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten.

*Ronny Rudi Richter
(Rechtsabteilung der KVB)*

KLINISCHE UNTERSUCHUNGEN SIND WERTVOLLER ALS JEDES SCHWARZ-WEISS-BILD

Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer – beide niedergelassene Hausärzte aus Landshut – gehen in PROFUND regelmäßig der Frage nach, wie sich die Schnittstelle „ambulant-stationär“ verbessern lässt. Diesmal beschäftigen sie sich mit dem Thema „Kernspin-Anordnung“. Wann ist ein Kernspin wirklich indiziert? Und in welchen Fällen sollte man als Arzt schlicht und einfach darauf verzichten?

Fallbeispiel 1: Ein 62-jähriger Patient knickt mit dem rechten Sprunggelenk beim Fußballspielen mit seinem Enkel um. Leider ist es 17 Uhr am Mittwochnachmittag und so führt ihn sein Weg in die chirurgische Ambulanz eines großen Krankenhauses. Dort trifft er auf einen jungen, orthopädisch vorgebildeten Kollegen, der noch vor der Untersuchung des Patienten eine Röntgenaufnahme anweist. Letztendlich verlässt der Patient mit einem Unterschenkelgips das Krankenhaus – natürlich mit Gehhilfen, Thromboseprophylaxe und nichtsteroidalen Antirheumatika. Am nächsten Tag stellt sich der Patient in der Hausarztpraxis vor, weil ihn der Gips am Außenknöchel drückt. Ein Blick auf das Bein zeigt einen zirkulären Gips, der lediglich einen zirka vier Millimeter breiten Spalt an der Tibiavorderkante aufweist. Dem Arztbrief ist hierzu Folgendes zu entnehmen:

„Distorsion Lig. fibulotalare ant.; Rö OSG re.: keine sichere Fraktur; gespaltener Unterschenkelgips und NMH 1x tgl. sc, Diclofenac 150 mg ret. bei Bedarf; Kernspin empfohlen; morgen Gipskontrolle, sofortige Vorstellung bei Beschwerden.“

Fallbeispiel 2: Eine 47-jährige Pflegepflegerin erleidet an ihrem Arbeitsplatz einen Unfall – in einer Schrecksekunde tritt ihr ein Hengst gegen das rechte Kniegelenk. Ein Knirschen und eine deutliche Verschiebung der Anatomie lassen eine größere Verletzung vermuten. Die Patientin, die bei einer Berufsgenossenschaft versichert ist, kommt in die chirurgische Ambulanz eines großen Krankenhauses. Hier wird eine viertägige ausführliche Diagnostik (Röntgen, Sonographie, Kernspin) durchgeführt. An Verdachtsdiagnosen steht Folgendes im Raum:

„V. a. Patellafraktur, V. a. vorderen Kreuzbandriss, V. a. Innenbandriss, V. a. Meniskusvorderhornläsion“

Der Patientin wird eine spezielle Schiene angelegt. Eine gesicherte Diagnose ist auch nach vier Tagen nicht zu erheben. Dafür klopft nach zwei Tagen ein Physiotherapeut an die Tür ihres Krankenzimmers. Am vierten Tag wird die Patientin mit besagter Schiene entlassen. Diese soll sie bis zur geplanten Operation in drei Wochen tragen.

Fallbeispiel 3: Ein 74-jähriger Patient stürzt in seinem Badezimmer und zieht sich eine Prellung der rechten Ferse zu. Im Krankenhaus kann der Dienst habende Arzt eine „sichere Fraktur im Röntgenbild ausschließen“. Der Patient wird mit Gehhilfe, Diclofenac-Salbenverband und der Empfehlung nach Hause geschickt, zur weiteren Abklärung beim Hausarzt eine Kernspinuntersuchung machen zu lassen.

Was fällt auf?

Trotz des Einsatzes moderner bildgebender Verfahren in unseren Kliniken – angefangen beim Röntgen über die Sonographie bis zum Kernspin – erfolgt immer seltener eine Festlegung auf eine eindeutige Diagnose und eine sich daraus ergebende therapeutische Konsequenz. So wird als ultima ratio der Diagnostik inzwischen routinemäßig eine Kernspinresonanztomographie (NMR) oder auch eine wiederholte NMR-Tomographie empfohlen. Dass Kollegen im Nachtdienst sich möglicherweise scheuen, sich klar festzulegen, ist in Anbetracht der Arbeitszeiten und der Arbeitsbelastung absolut nachvollziehbar. Dass gerade nachts nicht bei jeder Unklarheit der



Oberarzt hinzugezogen wird, ist allerdings eher fragwürdig. Vielleicht sind ja die Diagnosebezogenen Fallgruppen, kurz DRGs, schuld daran? Und deshalb erfolgt „zur Sicherheit“ die Empfehlung Kernspin, Kernspin, Kernspin. Ein Kernspin ist aber wertlos, wenn keine klare Fragestellung nach körperlicher Untersuchung und Anamnese zugrunde liegt.

Probleme, die sich hieraus ergeben

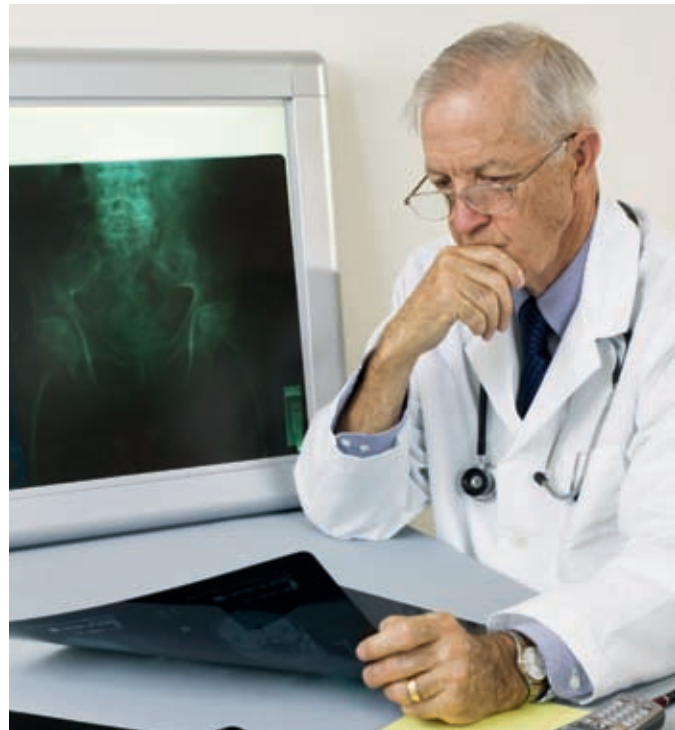
Ein Arzt bekommt wegen der zahlreichen Untersuchungen – ganz abgesehen von den Kosten – in wirklich dringenden Fällen keinen zeitnahen Kernspinttermin mehr. Grenzfälle wird es immer geben, aber diese können nicht die Regel sein. Folglich sind Kontrollen des Kernspins (oder eine Kontrolle der Kontrolle) nicht zielführend. Die Radiologie beschreibt anatomische Verhältnisse und bedarf zwingend des Abgleichs mit den Beschwerden des Patienten. Es soll zwar Leute geben, die bezweifeln, dass die Schwarz-Weiß-Bilder der Mondlandung real waren. Aber der Patient ist real, soviel ist sicher. Wir Hausärzte stehen aber vor dem Problem, dass eine quasi von „der höheren Instanz Krankenhaus“ einmal ausgesprochene

NMR-Empfehlung vom Patienten als dringend notwendig zur Genesung empfunden wird. Und dass eine Unterlassung durch den Hausarzt einem Kunstfehler oder unterlassener Hilfeleistung gleich kommt.

Unsere Bitte und Anregung

Liebe Krankenhausassistenten, bitte trauen Sie sich, Diagnosen zu stellen. Niemand wird Sie deshalb verklagen. Wenn Sie unsicher sind, holen Sie nachts notfalls Ihren Oberarzt aus dem Bett. Eine Klinik gewährleistet schließlich Facharztstandard und wird dafür bezahlt. Vergessen Sie nicht, dass eine klinische Untersuchung wertvoller ist als jedes Schwarz-Weiß-Bild. 90 Prozent der Diagnosen können durch sorgfältige Anamnese und Untersuchung des Patienten gestellt werden. Achten Sie darauf, dass Diagnose und Therapie zusammenpassen. Wenn Sie Bedenken haben, wenden Sie sich an den Hausarzt Ihres Patienten. Wir Hausärzte beißen nämlich nicht.

Aber auch für uns gilt, genau zu prüfen, wann ein Kniegelenks-, Sprunggelenks-, Handgelenks-, oder Wirbelsäulen-Kernspin indiziert ist. Nicht die Kontrollen der Kontrollen sollten



im Vordergrund stehen. Sparen wir uns den Kernspin für wichtigere Dinge als für die 95 Prozent nicht operationsbedürftigen Bandscheibenvorfälle.

Ein Kernspin sollte nur in dringenden Fällen angeordnet werden.

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Facharztstandard

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) hat der Patient einen Anspruch darauf, nach dem „Facharztstandard“ behandelt zu werden. Damit ist nicht der Facharztstatus gemeint, sondern der „Standard guter ärztlicher Versorgung“. Danach schuldet der Arzt seinem Patienten auf Grund des Behandlungsvertrags die im jeweiligen Zeitpunkt der Behandlung berufsfachlich gebotene Sorgfalt. Die Einhaltung des Facharztstandards ist auch und gerade im Krankenhaus geboten. Der BGH hat wiederholt entschieden, dass der Patient auf Grund der Übernahme der Behandlung durch das Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung hat, die dem Stand eines erfahrenen Facharztes entspricht. Maßgebend sind die im jeweiligen Fachgebiet vor-

auszusetzenden Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten, ohne Rücksicht darauf, ob der behandelnde Arzt diesen tatsächlich auch entspricht. Wird dieser Standard missachtet und kommt ein Patient zu Schaden, tritt eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ein. Hat beispielsweise ein Assistenzarzt den Bereitschaftsdienst alleine durchgeführt, ohne dass ein Facharzt in angemessener Zeit erreichbar war, muss im Schadensersatzprozess nicht der Patient beweisen, dass die unzureichende Ausbildung des Arztes ursächlich für den Schadenseintritt war, sondern umgekehrt muss der Arzt beziehungsweise das Krankenhaus beweisen, dass der Schaden andere Ursachen hatte.

Klaus Joos (KVB)

DIE WUNDERSAME DIAGNOSENVERMEHRUNG

Weshalb kann ein und derselbe Patient nach einem Krankenhausaufenthalt plötzlich mit so vielen Diagnosen mehr aufwarten, als bei seinem Hausarztbesuch, der zwei Wochen zurückliegt? Die beiden niedergelassenen Allgemeinärzte Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer aus Landshut gehen in PROFUND regelmäßig diesen und anderen Schnittstellenphänomenen nach.

Fallbeschreibung

An einem Freitagvormittag kollabiert ein 83-jähriger Patient in der Arztpraxis. An wesentlichen Vorerkrankungen sind eine chronisch obstruk-

tive Lungenerkrankung (COPD), eine koronare Herzkrankheit, eine Hypertonie und ein Diabetes mellitus Typ II bekannt. Durch das Hochlagern der Beine kommt es zu einer schnellen Kreislaufstabilisierung. Was bleibt,

ist die Atemnot, die bereits seit einem Tag besteht und wegen der der Patient die Praxis überhaupt aufgesucht hat. Es erfolgt die stationäre Einweisung mit der Verdachtsdiagnose Lungenembolie DD Infektexazerba-

Diagnosen:

I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
J44.88	COPD Stadium Gold III
J96.1	Chronische respiratorische Insuffizienz
I10.00	Hypertonie
I25.9	Chronische ischämische Herzkrankheit
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
I20.9	Angina pectoris
Z95.5	Z. n. PTCA/Stenting einer 75%-Bifurkationsstenose RIVA 02/2009 mit konventionellem Stent, plain-PTCA einer hochgradigen Martinalaststenose 08/2009
I35.0	Aortenklappenstenose
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 nicht näher bezeichnet
J96.1	Chronische respiratorische Insuffizienz
E11.91	Diabetes mellitus II Rez. Urothelcarcinom der Blase, Mitamycin Instillation

Gesamtbefund-Angio vom 11.06.2010

Abdomensonographie: Mehrere Konkremente in der reizlosen Gallenblase,
Thorax-Sonographie: Kleiner Erguß links
Echokardiographie: Grenzwertig grosser linker Vorhof, MI 1
Mittelgrade SA Gradient 45 mm Hg, geringe AI
Rechtes Herz nicht dilatiert, keine TI,
pulmonale Ausflussbahn o.B.
Beinvenen Duplex: Kein Hinweis für eine frische TVT beidseits einschliesslich V. poplitea.

Zusammenfassung / Aufnahmegrund:

Herr [REDACTED] kam zu uns mit Dyspnoe - Verdacht auf Globalinsuffizienz/Lungenembolie. Eine Lungenembolie konnte ausgeschlossen werden. Die Beschwerden besserten sich in Ruhe. Wir würden für zu Hause ein Sauerstoffgerät empfehlen. Wichtig wäre in nächster Zeit die Durchführung einer Coloskopie.

Um die Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik medizinisch optimal weiterbehandeln zu können, sind die niedergelassenen Ärzte auf aussagekräftige Entlassbriefe angewiesen.

tion bei COPD. Nach der Entlassung des Patienten zwölf Tage später haben sich durch offensichtlich gründlichste „Aufarbeitung“ des Patienten die Diagnosen vermehrt (siehe Abbildung).

Was fällt auf?

Warum der Patient eigentlich in die Klinik überwiesen wurde, geht aus dem Brief nicht schlüssig hervor. Die Medikation des Patienten blieb unverändert, er erhielt aber i.v.-Antibiotika, die als Therapie (oder indirekt über die Diagnose) allerdings gar nicht erwähnt wurden. Offensichtlich erfolgte die Behandlung einer Infektexazerbation, was allerdings nach seiner Entlassung nur vom Patienten selbst berichtet wurde. Aber sei's drum, dafür stehen ja viele andere Diagnosen im Brief, inklusive des interessanten „Gesamtangiobefundes“. Doch dieser Befund hat gar nichts mit einer „Angiographie“ zu tun. Schauen Sie sich nur mal an, wie der Befund zur Diagnoseliste passt! Der Patient hat keine Aortenstenose, sondern eine -insuffizienz, keine Rechts- und keine Linksinsuffizienz, keine pulmonale Stauung, aber Gallensteine.

Das macht aber auch nichts, denn bei „Zusammenfassung/Aufnahmegrund“ sollte sich alles aufklären. Wir finden aber nur Verdachtsmomente und den konjunktivischen, kollegialen Rat zur Koloskopie. Wir wissen jedoch nicht genau, was bei einem diesbezüglich beschwerdefreien 83-jährigen Patienten Anlass zu einer Darmspiegelung geben sollte. Ganz sicher kann man das aber prästationär abklären.

Unsere Empfehlung

Bei Vorlage eines Klinikentlassungsbriefes sollten Sie grundsätzlich auch den Patienten anhören. Falls nötig, sprechen Sie darüber hinaus mit dem zuletzt behandelnden Stationsarzt.

Klassifikation von Krankheiten

Bereit 1853 wurde der Grundstock für ein allgemein anwendbares Verzeichnis für Krankheitsbegriffe und Todesursachen gelegt. Heute ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) das wichtigste weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde 1986 erstmals die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend eingesetzt. Seit 1996 sind auch die Vertragsärzte gesetzlich verpflichtet, die Diagnosen von Patienten zu verschlüsseln. Eine deutschlandspezifische, von der WHO-Version abweichende Version wird seit 2000 eingesetzt. Aktuell ist in Deutschland die ICD-10-GM, Version 2010, gültig. Die deutsche Ausgabe wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben.

Katarzyna Kozłowska (KVB)

Gehen Sie nicht davon aus, dass die Diagnosen der zwischenärztlichen Kommunikation dienen. Beachten Sie, dass technische Befunde nicht zwangsläufig mit den Diagnosen zusammenpassen müssen. Woran das liegt? In Zeiten Diagnosebezogener Fallgruppen (DRGs) sind Assistenten zum Erhalt ihres Arbeitsplatzes gezwungen, den Verschlüsselungsvorgaben ihrer Klinikleitung zu folgen. Leider gibt es auch nur wenig Schreibkräfte, sodass die Kollegen selbst die Briefe tippen müssen. Unglücklicherweise werden häufig Vorlagen beziehungsweise die Kopierfunktion genutzt. Dabei bleibt schnell die wesentliche medizinische Information auf der Strecke. Ohne DRGs wäre dem vielleicht nicht so.

Unsere Bitte

Liebe Krankenhausassistenten, bitte schreiben Sie nur noch Diagnosen für die Verwaltung oder die Kostenträger. Tun Sie sich etwas Gutes und beschränken Sie sich bei den Arztbriefen auf das wirklich Wesentliche. Weniger ist mehr. Wenn Sie Lust haben, rufen Sie vorher (gerade

bei Freitagsentlassungen) den Hausarzt an. Der freut sich über ein persönliches und aussagekräftiges Gespräch. Und nebenbei wird auch noch die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis gefördert. Im Übrigen gehören die DRGs abgeschafft!

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Wenn die eigentliche Krankheit in den Hintergrund tritt und sich stattdessen Diagnose an Diagnose reiht, kann dies besonders in Arztbriefen zu viel des Guten sein.



FORTBILDUNGEN BRAUCHEN PERSÖNLICHEN ZUGANG

Schnittstelle Fortbildung – ein weites Feld und nicht gerade ein reizarmes Thema für die beiden Autoren dieser Praxiskolumne. Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer, Hausärzte aus Landshut, schildern, warum es ihnen lieber ist, ohne festliches Buffet mit Kollegen auf Augenhöhe fachlich zu diskutieren als sich dem Blendwerk des Pharmasponsorings auszusetzen.

Kennen Sie das? Am Abend kommen Sie erschöpft aus der Praxis. Hunger? Ja. Feierabend? Nein. Da war doch heute noch eine Fortbildung. Sie durchforsten das einschlägige Mitteilungsblatt und werden tatsächlich fündig: Ein Kliniker des Kreiskrankenhauses spricht zum Thema „Moderne Antikoagulantientherapie“. Das ist doch mal was anderes. In freudiger Erwartung machen Sie sich auf den Weg ins Krankenhaus.

Fortbildung ohne Firmenlogo und Festbankett. Ein ehrlicher Erfahrungsaustausch unter Kollegen bringt oft mehr als opulente Pharmaveranstaltungen.

Der dortige Pförtner blickt äußerst indigniert drein. Er habe nichts von einer Fortbildung gehört und außerdem kämen Sie bereits eine Viertelstunde zu spät. Weil man sich aber nicht abwimmeln lässt, ruft er schließlich den Oberarzt an. Dieser hat gerade eine OP beendet und kommt

15 Minuten später verschwitzt im Foyer an. Inzwischen hat sich noch ein zweiter interessierter Kollege eingefunden. Auch sein Magen knurrt. Nach einem weiteren Telefonat lässt sich tatsächlich noch ein junger Kollege aus der Klinik mobilisieren, völlig erschöpft von der DRG-Kodierung. Wir sind zu viert, es geht los und es gibt keine Kanapees.

Dafür trainiert der fleißige Oberarzt unsere nach Glukose lechzenden Gehirne mit einem hervorragenden, selbst entworfenen Vortrag zu den S3-Leitlinien der Behandlung und Prophylaxe von Thrombosen. Man hört keinerlei Empfehlungen, die auf einen konkreten Wirkstoff oder ein Präparat hinweisen, sieht keine Firmenlogos. Aha, deshalb also nichts zu essen.

Anschließend entspinnt sich ein einstündiger, ehrlicher Erfahrungsaustausch zur praktischen Umsetzung der Leitlinien, jeweils aus der Perspektive des Krankenhauses und des Hausarztes. Im Gespräch kommt man zwar darauf, dass keiner wirklich weiß, was die S3-Leitlinien sind, was wir uns gegenseitig aber nicht vorwerfen. Wirklich schade ist, dass nur drei Zuhörer anwesend waren. An dieser Stelle herzlichen Dank an Dr. Thomas Lorenz, Oberarzt am Vilsbiburger Kreiskrankenhaus!

Was fällt uns auf?

Häufig lassen sich bei Fortbildungen die fachlichen Inhalte besser im kollegialen Miteinander im kleinen Kreis erarbeiten, was sicher auch einer Vertrauen stiftenden Kommunikation dienlich ist. Ein Szenario offener Diskussion im großen Rahmen, wie man es laienhaft bei einem naturwissenschaftlichen Kongress erwarten würde, ist doch wohl eher die Ausnahme. Oder können Sie sich vorstellen, dass es in einem Festsaal mit vielen Teilnehmern, die auf das Ende eines Vortrags warten, jemand wagen würde, fachliche oder gar kritische Fragen zu stellen?

Unsere Empfehlung

Warum hören wir uns eigentlich gesponserte Vorträge in schicker Hotelumgebung an? Die vorgefertigten



Referate bleiben trotz extra eingeflogener Eminenz oft unpersönlich. Sollten wir da nicht besser gleich mit den Kollegen zum Essen gehen? Sponsoring ist nun mal keine karitative Aktion. Legionen von Marketingexperten wissen das genau und hoffen, dass sich in der warmen, gemütlichen Atmosphäre des Dinners der Präparatename tief in unser limbisches System einbrennt.

Warum gibt es eigentlich so wenig Fortbildungen ohne Firmenlogo, wo doch in der nächsten Klinik unzählige lehrbeauftragte, habilitierte Chefarzte mit jahre- und jahrzehntelanger Erfahrung sitzen? Sie könnten unab-

hängige Informationen geben und möchten vielleicht den Kontakt zu den Niedergelassenen verbessern. Wenn nach so einem Input – selbst im muffigen Konferenzraum einer Klinik – auch noch Angehörige verschiedener Versorgungsebenen miteinander reden, spart dies Zeit, Geld und Nerven und ein persönlicher Kontakt entsteht.

Übrigens: S3- Leitlinien sind solche, die mit zusätzlichen beziehungsweise allen Elementen einer systematischen Entwicklung aufwarten (Logik, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien) und

einer regelmäßigen Überprüfung unterliegen. Wegen des enormen methodischen Aufwands findet man diese hohen Evidenzgrade nur zu häufigen Krankheitsbildern.

Im Übrigen gehören die DRG abgeschrieben.

Es freut uns, wenn Sie uns Ihre Erfahrungen und Meinung zum Thema Fortbildungen mitteilen.

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*

Mein Essen zahle ich selbst

Mit dem Verein MEZIS – „Mein Essen zahle ich selbst“ hat sich eine Ärzte-Initiative zum Ziel gesetzt, Therapieentscheidungen ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu treffen. Beeindruckt von der US-Bewegung „No free lunch“ gründete vor vier Jahren eine Gruppe von engagierten Mediziner ein deutsches Pendant, das die wissenschaftliche und unabhängige Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der rationalen Arzneimitteltherapie und evidenzbasierten Medizin verbessern will. Es soll dadurch Schaden für Patienten durch unzumutbare Arzneiverordnungen abgewendet und die derzeit vorhandene intransparente und irreführende Beeinflussung des Ordnungsverhaltens offengelegt und zurückgedrängt werden. Eigene, industrieunabhängige Publikationen, Beratungsangebote für Fachjournalisten und eine breite Öffentlichkeitsarbeit sollen dabei helfen.

20 Millionen Mal pro Jahr besuchen laut MEZIS 15.000 Pharmareferenten die Arztpraxen und Krankenhäuser in Deutschland. Sie analysieren das Verschreibungsverhalten und versuchen, es durch Gespräche, Muster und andere geldwerte Leistungen zu beeinflussen. Deshalb sieht die Initiative ihre Hauptaufgabe in der Entwicklung von Strategien, die eine nichtmedizinische Beeinflussung des Arztes bei der Medikamentenverordnung ausschließen. Die Aktivisten sind beispielsweise überzeugt, dass der Verzicht auf Besuche von Pharmareferenten keinesfalls zu einem Wissensdefizit führt. Die gewonnene Zeit



könne viel besser zur Recherche in neutralen Quellen genutzt werden. Auch die Annahme von kleinen Geschenken wie Kulis oder von Essenseinladungen und Reisespesen ist verpönt. Die Finanzierung von Studien durch die Industrie wird abgelehnt, die Therapie soll allein am Wohl des Patienten ausgerichtet sein. Auch die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen und pharmagesponserte Praxissoftware sind MEZIS ein Dorn im Auge. Der Verein plädiert dafür, herstellerunabhängige Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen und Fortbildungspunkte nur für herstellerunabhängigen Veranstaltungen und Fachzeitschriften zu vergeben.

Die KV Bayerns ist Gründungsmitglied von MEZIS und unterstützt die Ziele der Organisation. Sie bietet auch 2011 wieder Vorträge und Seminare zur evidenzbasierten Medizin an, um den Vertragsärzten die Grundmuster der Darstellung von Studienergebnissen und deren Bedeutung für die Praxis aufzuzeigen. Die Vorträge starten im Rahmen der Vorstellung der neuen Arzneimittelvereinbarung 2011.

Johann Fischaleck (KVB)

TRAUE KEINER STATISTIK, DIE DU ...

In der heutigen Kolumne beschäftigen sich die beiden Autoren unserer Praxiskolumne, Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer, beide Hausärzte in Niederbayern, mit der Schnittstelle Arztpraxis und Pharmavertreter. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass man in der Alltagshektik des Praxisbetriebs gar nicht genug aufpassen kann, damit einem nicht geschönte und irreführende Statistiken untergejubelt werden.

Kennen Sie das? Manchmal besuchen Sie in der Praxis nicht nur Patienten, sondern auch kerngesunde Menschen mit ganz speziellen Anliegen. Die Rede ist vom Typus der wasserstoffblondierten Pharmamitarbeiterin im figurbetonten schwarzen Kostüm, in deren Gucci-Laptop-Ledertäschchen sich die allerneuesten Informationen zu *dem* neuen Wunderwirkstoff verbergen. Sie selbst überfliegen dann mit gläubigem Schafsblick die unter die Nase gehaltene Hochglanzbroschüre, aus der Sie Aufmerksamkeit erheischende Grafiken und Statistiken regelrecht anspringen. Wie etwa zum Thema „Cho-

lesterinsenker“, das wir – aus dem Zusammenhang gerissen, wie man es ja auch in der Praxis präsentiert bekommt – als ein Beispiel unter vielen etwas näher betrachten wollen.

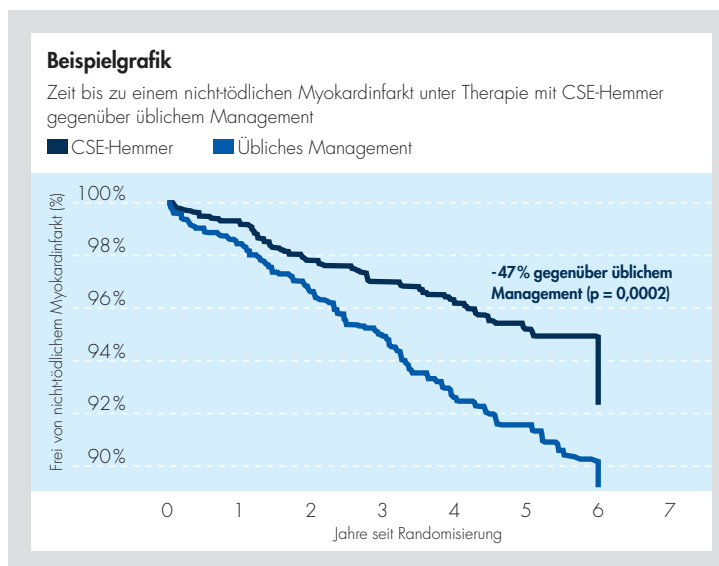
Was fällt uns auf?

Die Grafik vergleicht anscheinend das Nicht-Auftreten von Herzinfarkten unter einer nicht genau erkennbaren „herkömmlichen Therapie“ und dem beworbenen Statin. Zur Erleichterung des Verständnisses beginnt die Abbildung erst bei 90 Prozent. Erläuternd steht als Kernbotschaft eine Risikoreduktion um 47 Prozent in der Kurve (wohlge-

merkt relativ, die absoluten Zahlen sind selbstverständlich viel, viel kleiner – es sind je nach Laufzeit der Studie zwischen zwei und drei Prozent). Die Angabe „ $p=0,0002$ “ krönt das Ganze als Garnierung. Es war also wohl ein Statistiker mit am Werk. Die Originalstudie könne gerne nachgeliefert werden. Aber mal ehrlich: Wer hat schon Lust und Zeit, englischsprachige Literatur zu zerpfücken? Da speichert man doch lieber Kernbotschaften. Wir sind doch alle kritische Akademiker, oder?

Mit dem Medikament leben also angeblich viel mehr Leute viel länger als Patienten mit herkömmlichem Management. Aber was das „herkömmliche Management“ ist, bleibt unklar, obwohl es für den Vergleich entscheidend wäre. Vielleicht ist es ja ein Placebo? Zumindest scheint mit dem Medikament zwischen dem fünften und sechsten Jahr keiner mehr zu sterben (wobei sowieso keiner sterben kann, da es ja um nichttödliche Myokardinfarkte geht). Im sechsten Jahr geht es dafür dann aber richtig steil bergab.

Jetzt betrachten Sie den Zeitpunkt nach fünf Jahren: Wieviel beträgt der Unterschied der beiden Kurven? 47 Prozent oder doch nur drei Prozent?



Unsere Erfahrung

90 Prozent der spontanen Aussagen eines Pharmareferenten sind entweder völlig frei erfunden oder halbwahr. Pharmainformationen sind auch nicht justiziabel. Allein wir als behandelnde Ärzte tragen die Verantwortung für eine Verordnung. Können wir es uns also tatsächlich leisten, kritiklos Werbebotschaften zu glauben, weil es wegen der Versorgung unserer Patienten schwer ist, genug Zeit zu finden, objektive Informationen über Medikamente einzuholen?

Wenn Sie Ihre praxiseigene Honorarstatistik mit Ihren Verordnungskosten vergleichen, stellen Sie interessante Relationen fest. Das Budget für Arzneimittel übersteigt in den meisten Fällen Ihre Praxiseinnahmen um 30 bis 40 Prozent. Warum tauschen wir nicht einfach mal die Bud-

gets? Die Patientenversorgung würde mit Sicherheit nicht darunter leiden. Medikamente der Reserve sind wie der Name sagt für die Reserve. Oder fahren Sie ein Auto mit vier Reserverädern?

Unsere Anregung

Prüfen Sie bei jeder Verordnung, ob die Vorteile des „neuen“ Präparats gegenüber dem Standardpräparat tatsächlich so gravierend sind. Lassen Sie sich keine Pseudoinnovationen aufschwätzen. Werden Sie kritisch, wenn bei bisher patentgeschützten Präparaten sich plötzlich „Therapieversager“ häufen, oder neuerdings in Bayern links drehende Formen („esinistre“ Präparate) oder Atypica als Analogon in bislang typischen Indikationen „eminenz“-basiert besser wirken sollen. Oder nunmehr unbemerkte pleiotrope Effekte auftauchen.

Nutzen Sie, auch wenn es Zeit kostet, unabhängige Publikationen wie Arzneitelegramm oder Arzneimittelbrief. Auch die Informationen der KV zur Pharmakotherapie zeichnen sich durch hohe Professionalität und Zuverlässigkeit aus. Kein Mensch kann alle Studien lesen und sich eine fundierte Meinung dazu bilden. Wer kennt schon die Studienverläufe, Drop-outs, Subgruppenunterschiede et cetera? Aber genau dieses Wissensdefizit wird gegen Sie verwendet, damit Sie den Rezeptblock zücken.

Gönnen Sie also der Pharmareferentin eine Pause außerhalb Ihrer Praxis und verbringen Sie die gesparte Zeit mit der Lektüre wirklich nützlicher Informationen.

*Dr. Stephan Gotsmich
Dr. Volkhard Pschierer*



stockphoto.com

HAUSBESUCHE AN HEILIGABEND?

So kurz vor Weihnachten beschäftigen sich die beiden Landshuter Hausärzte Dr. Stephan Gotsmich und Dr. Volkhard Pschierer mit der wichtigsten Schnittstelle in ihrem Berufsleben: ihrer eigenen Familie. Gerade die Angehörigen von Ärzten müssen oft zugunsten der Pflichterfüllung zurückstecken.



Kein Arzt freut sich, wenn er an Weihnachten bei Eis und Schnee beruflich unterwegs sein muss. Bei allem Engagement sollte man dabei die wichtigste „Schnittstelle“ in seinem Leben nicht vergessen: die eigene Familie.

Die meisten Ärzte kennen das: Es ist Heiligabend, Sie sitzen mit der Familie gemütlich beim Abendessen. Die Praxis ist geschlossen, alle Ihre Patienten sind versorgt, ein Kollege hat Bereitschaftsdienst. Da klingelt das Telefon. Sie rechnen mit Tante Frieda. Doch statt der lieben Tante ist eine aufgeregte Mitbürgerin am Apparat: „Bitte entschuldigen Sie die Störung, Herr Doktor. Aber meine Schwiegermutter hat schon seit drei Tagen Durchfall und irgendwie geht’s ihr gar nicht gut. Könnten Sie nicht vielleicht gleich mal bei ihr vorbeischauen?“. „Ja hat sie denn auch starke Schmerzen, Koliken zum Beispiel?“ „Weiß nicht, wir reden ja nicht miteinander – Weihnachten gibt’s immer Streit.“

Sofort denken Sie an den Kollegen, der Notdienst hat, verwerfen den Gedanken aber gleich wieder. Statt

dessen schnappen Sie sich Ihren Mantel und machen sich mit knurrendem Magen auf den Weg. Draußen kratzen Sie mit klammen Fingern die Autoscheiben frei. In der Zwischenzeit trägt Ihnen Ihre verständnisvolle Ehefrau Gott-sei-Dank noch die vergessene Arzttasche hinterher. Dann bahnen Sie sich mit Ihrem Auto den Weg durch die verschneite Nacht.

Unsere Empfehlung für die Festtage

Als Ärzte tun wir täglich alles für unsere Patienten. Vieles ist notwendig, doch manches geht an die Substanz. Unabhängig von jeder Honorardiskussion erbringen wir Leistungen, die in Euro und Cent nicht zu messen sind. Doch woher nehmen wir alle hierfür eigentlich die Energie? Gerade an den Festtagen merken wir, wie wichtig eine gute „Erdung“ ist. Manchmal helfen uns unsere Kolle-

gen dabei, aber noch viel häufiger sind es unsere verständnisvollen Familien, bei denen wir immer wieder auftanken können.

Vergessen Sie daher nicht die wichtigste Schnittstelle in Ihrem Leben: Ihre Familie. Sagen Sie Ihrer Frau, Ihrem Ehemann, Ihren Kindern, Ihren Eltern, wie wichtig sie für Sie sind. Sorgen Sie dafür, dass Sie selbst genügend Zeit für Ihre Lieben finden. „Nein“ sagen, heißt „Ja“ sagen zu sich selbst. Und bitte auch mal an die lieben Kollegen denken, die Ihnen regelmäßig den Rücken freihalten. Auch die freuen sich besonders an Weihnachten über ein kleines Dankeschön. In diesem Sinne „Schöne Feiertage!“

*Dr. Stephan Gotsmich,
Dr. Volkhard Pschierer*