



Schönebeck, Juli 2013

Hausärztliche Neuigkeiten aus Sachsen-Anhalt

Margaretenstraße 2
39218 Schönebeck
Tel.: 03928 / 69 170
Fax: 03928 / 90 05 55
E-Mail: BdaSA@t-online.de
Homepage:
www.hausaerzteverband-sachsen-anhalt.de

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Neuer Hausarztvertrag mit den Ersatzkassen (BARMER GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse, hkk) – ohne TK

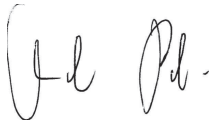
Nach zähen Verhandlungen ist es uns gelungen, mit den restlichen Ersatzkassen einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung zu vereinbaren. Damit können wir für den überwiegenden Anteil der Sachsen-Anhalter eine strukturierte und koordinierte hausärztliche Versorgung anbieten. In Zeiten von Ärztemangel und teilweise drohender bzw. bestehender Unterversorgung bietet sich dadurch ein Instrument der Planungssicherheit sowohl für die Patienten als auch für uns Hausärzte. Die Bindung an den Hausarzt mit unserer Koordinierungsfunktion für Facharztbesuche und damit die Sicherheit, dass wir auch zukünftig weiter tätig sein werden, sollte das Hauptargument für eine Teilnahme am HZV-Vertrag sein. Es ist wichtig, dass einer den Überblick über alle Krankheiten behält und das funktioniert in Zeiten ohne Praxisgebühr am besten in Hausarztverträgen.

Wir haben wieder versucht den Vertrag einfach und bürokratiearm zu vereinbaren. In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Bestandteile des HZV-Vertrages mit den Ersatzkassen dargestellt. Weitergehende Informationen können Sie dem Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt entnehmen.

Pseudo-Ziffer	Inhalt	Vergütung
98700	Einschreibung	5,00 EUR
98701	Grundpauschale	5,00 EUR
98702	Zuschlag bei VERAH	1,50 EUR
98703	Hausbesuch durch VERAH	17,00 EUR
98704	Hausbesuch durch VERAH bei weiterer Person in derselben häuslichen Gemeinschaft	12,50 EUR
98705	Medikationsscheck ab 01.10.2013	17,50 EUR

Die Grundpauschale und den VERAH-Zuschlag wird die KV automatisch bei den eingeschriebenen Versicherten dazu setzen, die VERAH-Hausbesuche und den Mediceck müssen Sie bitte entsprechend abrechnen. Ich bitte Sie um die Erklärung Ihrer Teilnahme am Vertrag und hoffe, dass wir wieder möglichst viele Patienten einschreiben werden.

Mit kollegialen Grüßen



Andreas Petri
Vorsitzender des Hausärzteverbandes Sachsen – Anhalt e. V.

Bitte vormerken:



Sangerhausen

Thementag in Halle
18.09.2013 im Ramada Hotel, Hansaplatz 1, 06188 Halle

Thementag in Sangerhausen
25.09.2013 im Rosenhotel, Juri-Gagarin-Str. 31, 06526

Hausärztetag Sachsen-Anhalt
29.11.-01.12.2013 im HKK Hotel Wernigerode



Unser Kooperationspartner



Die systemische Komponente bei COPD: Einblicke in ein erweitertes Konzept

Bronchitis, Obstruktion und Emphysem liegen bei COPD-Patienten zu unterschiedlichen Anteilen vor. Veranschaulicht wird dies durch die beiden klassischen Phänotypen „Blue Bloater“ und „Pink Puffer“ – in der Praxis zeigt sich häufig ein Mischbild. Aktuelle Ergebnisse der ECLIPSE-Studie unterstreichen außerdem die Bedeutung einer systemischen Komponente. In einer Kohorte mit 1.755 COPD-Patienten und einer Kontrollgruppe von 499 Personen (normwertige Spirometrie) wurden sechs systemische Entzündungsmarker untersucht: WBC (White Blood Cell Count), hs-CRP, IL-6, IL-8, Fibrinogen und TNF- α . Unter den COPD-Patienten waren zu Beobachtungsbeginn 36% aktuelle Raucher, 34% hatten eine chronische Bronchitis, 71% erhielten eine Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden und bei 33% war eine kardiovaskuläre Erkrankung bekannt. Die Analyse ergab, dass **bei 28% der COPD-Patienten mindestens zwei** der genannten **Marker in der obersten Quartile** lagen. Diese Erhöhung von zwei oder mehr Entzündungsmarkern wurde als **systemische Inflammation** gewertet. Nur 30% der Patienten wiesen keinerlei abnormale Werte auf. Bei einer Folgeuntersuchung nach einem Jahr zeigten 16% aller COPD-Patienten erneut erhöhte Spiegel im Sinne einer systemischen Inflammation. Betroffen waren vor allem Patienten mit **Übergewicht**, einer höheren **Exazerbationsrate** und **kardiovaskulären Komorbiditäten**. Interessanterweise bestand kein Zusammenhang zum Ausmaß eines Lungenemphysems. Die COPD-Patienten mit persistierender systemischer Inflammation wiesen über insgesamt drei Beobachtungsjahre eine signifikant höhere **Mortalität** auf (13% vs. 2% bei fehlender systemischer Inflammation, $p < 0.001$) und entwickelten signifikant häufiger Exazerbationen (1,5 vs. 0,9 pro Jahr, $p < 0.001$).

Der übergewichtige Blue Bloater: Ein „erweiterter“ Phänotyp, der die systemische Komponente mit einbezieht

Nur bei 30 Prozent

der COPD-Patienten lagen zu Studienbeginn

alle Entzündungsmarker innerhalb des 95. Perzentils für gesunde Nichtraucher

Eine **systemische Inflammation** (≥ 2 Entzündungsmarker in oberster Quartile) persistierte im Beobachtungszeitraum v. a. bei folgenden Merkmalen:

- BMI \uparrow
 - Rauchen \uparrow
 - Symptome \uparrow
 - Exazerbationen \uparrow
 - Kardiovaskuläre Erkrankung
- „Blue Bloater“

Emphysematiker zeigten keine
Tendenz zur systemischen
Inflammation

Agusti et al. PLoS ONE 2012; 7: e37483, doi:10.1371/journal.pone.0037483

Quelle: Agusti A et al. Persistent Systemic Inflammation is Associated with Poor Clinical Outcomes in COPD: A Novel Phenotype. PLoS ONE 2012; 7: e37483, doi:10.1371/journal.pone.0037483