



// NEWSLETTER

BIOSCIENTIA BESTIMMT DEN FETALEN RHESUSFAKTOR

Schwangeren mit rhesus-negativem Blutgruppenmerkmal kann jetzt ein sicheres Verfahren zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden. Die molekularbiologische Untersuchung erfolgt an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut. Labor- diagnostik (01869) und fachgebundene genetische Beratung (01788) wurden zum 1. Juli als neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Die GOP 01869 für die Laboruntersuchung ist einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig und mit 905 Punkten bewertet.

Zuverlässig ab der achtzehnten Schwangerschaftswoche

Etwa 17% der schwangeren Frauen in Deutschland sind Rhesus-D-negativ (RhD-negativ). Davon tragen ca. 60 % einen RhD-positiven Feten aus, was eine Immunreaktion bei der RhD-negativen Schwangeren auslösen und einen Morbus haemolyticus neonatorum beim Kind hervorrufen kann. Bisher erhielten alle RhD-negativen Schwangeren in der 28.-30. Schwangerschaftswoche eine Anti-D-Prophylaxe um eine Immunreaktion zu verhindern.

Der Test ermöglicht nun eine gezielte Rhesusprophylaxe und darf vorerst nur bei Einlings-Schwangerschaften durchgeführt werden. Er belastet nicht Ihren praxisspezifischen Fallwert.

Weitere Informationen - auch für Ihre Patientinnen - hält unser Außendienst für Sie bereit.

UNSERE ONLINE-FORTBILDUNG: ERFOLGREICH NEUE PATIENTEN GEWINNEN

Bestandspatienten überzeugen, Neupatienten gewinnen, Mitarbeiterinnen motivieren: Das ist das Thema unserer Online-Fortbildung „Ihr Markenkern“ am 10. November, zu der wir Sie bereits jetzt herzlich einladen. Die Referentin Nadja Alin Jung, Gründerin und Geschäftsführerin der Frankfurter Agentur medical concepts and consulting (m2c), informiert Sie über verschiedene Strategien für ein erfolgreiches Praxismarketing – und darüber, welche Vorteile Ihnen konsequente Markenbildung bringt.

Diese Fortbildung richtet sich an Ärztinnen, Ärzte und das Praxisteam. Die Kosten betragen 35 € pro TeilnehmerIn.

Sprechen Sie unsere Außendienstmitarbeiterinnen gerne heute schon auf diese Veranstaltung an. Ein Flyer mit Zugangslink etc. erscheint in Kürze, ebenso die Anmeldemöglichkeit über unsere Homepage: www.bioscientia.de/service/fortbildungen/fortbildungen-bioscientia/



DIGITALISIERUNG IN DER ARZTPRAXIS: DAS ÄNDERT SICH ZUM 1. JULI

Zur Erinnerung: Ab 1. Juli müssen alle Vertragsarztpraxen weitere digitale Anwendungen in ihr Praxisverwaltungssystem implementieren. Geschieht dies nicht rechtzeitig, drohen pauschale Honorarkürzungen ¹. Ein Überblick:

• **Elektronischer Heilberufsausweis**

Der eHBA zählt jetzt zur notwendigen technischen Ausstattung – unter anderem für die elektronische Patientenakte (ePA), die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das elektronische Rezept (eRezept). Er muss bei der Landesärztekammer beantragt werden ².

• **Elektronische Patientenakte**

Vertragsärzte müssen bis zum 30. Juni 2021 nachweisen, dass sie über die erforderliche Ausstattung für die ePA verfügen. Befüllt werden kann die ePA voraussichtlich nach Abschluss der Testphase im dritten Quartal 2021.

• **Elektronisches Rezept**

Als freiwillige Anwendung startet das eRezept am 1. Juli für Testteilnehmer (50 Arztpraxen und 120 Apotheken) in der Fokusregion Berlin-Brandenburg. Ab Oktober soll die freiwillige Teilnahme bundesweit möglich sein – verpflichtend wird's dann zum Jahreswechsel 2021/22.

Die KBV erklärt, dass für die Ausdrücke von eRezepten und eAu im Normalfall die vorhandenen Laser-, Tintenstrahl- oder Nadeldrucker verwendet werden können. Sie mache somit keine Vorgaben zur Nutzung bestimmter Druckermodelle ³.

Eine grafische Übersicht zur Einführung der TI-Anwendungen findet sich auf der Webseite <https://digitales-gesundheitswesen.de/vom-stammdatenabgleich-zur-patientenakte-der-plan-zur-einfuehrung-der-ti-anwendungen-im-ueberblick/>

Wir haben bereits online-Seminare zu diesem Themenbereich angeboten; das nächste folgt am 7.9.21.

¹ www.frielingsdorf.de/newsletterarchiv/digitalisierung-in-der-arztpraxis-ein-ueberblick

² www.aerzteblatt.de/ehba

³ www.frielingsdorf.de/newsletterarchiv/keine-neuen-drucker-fuer-erezept-und-eau-erforderlich

DARMKREBSVORSORGE WIRKT

2019 wurde in Deutschland das Einladungsverfahren zur Darmkrebsvorsorge für alle gesetzlich versicherten Frauen und Männer eingeführt. Eine großangelegte europaweite Studie, die in *The Lancet Oncology* veröffentlicht wurde⁴, konnte nun erstmals zeigen, dass in allen Ländern, in denen es ein strukturiertes Vorsorgeangebot gibt, die Zahl der Erkrankten deutlich sinkt.

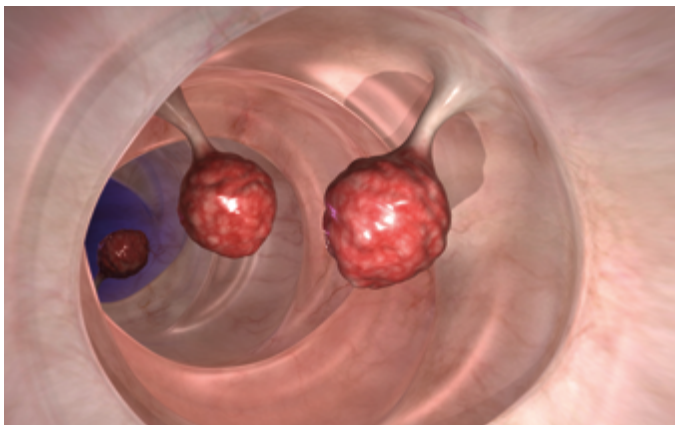
Die Forscher werteten die Daten von rund 3,1 Millionen Patienten aus 21 europäischen Ländern aus, bei denen seit dem Jahr 2000 Darmkrebs diagnostiziert worden war. Wie sich zeigte, ging in den Ländern, die das Darmkrebscreening mittels Darmspiegelung und Test auf verborgenes Blut im Stuhl schon vor längerer Zeit eingeführt hatten – wie in Österreich (minus 3,2 Prozentpunkte pro Jahr bei Männern; minus 3,5 bei Frauen), Tschechien (Männer: minus 3,8; Frauen: minus 3,9) und Deutschland (Männer: minus 2,6; Frauen: minus 3,1) –, die Häufigkeit von Darmkrebs im Zeitraum zwischen 2000 und 2016 gemessen an der Bevölkerungszahl substantiell zurück.

Halbierung der Erkrankungs- und Sterbefälle in den nächsten zehn Jahren

In Ländern, die kein Screening anbieten, ging die Darmkrebssterblichkeit zwar auch geringfügig zurück, was die Autoren mit Fortschritten in der Diagnose und Behandlung der Erkrankung erklären. „Insgesamt gilt aber in allen Ländern: Je höher die Teilnahmeraten an den Screening-Programmen, desto deutlicher sinken Inzidenz und Sterblichkeit“, sagte der Studienleiter Prof. Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ). Für Deutschland gab er das Ziel eine Halbierung der Erkrankungs- und Sterbefälle innerhalb der nächsten zehn Jahre aus.

Unsere Laborinformation „Darmkrebsvorsorge mit iFOBT – Chance für Praxis und Patient“ steht hier für Sie zum Download bereit:

www.bioscientia.de/media/Multisite7761/br348_ifobt.pdf



S3-LEITLINIE ZUM PROSTATAKARZINOM: DRU NUR NOCH ALS „KANN“-EMPFEHLUNG

Im fünften Update der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom⁵ unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) ist die Empfehlung zur digital-rektalen Untersuchung hinsichtlich des Empfehlungsgrades abgeschwächt worden. Wörtlich heißt es jetzt: „Männern, die nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, soll das Bestimmen des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden. Zusätzlich kann eine digital-rektale Untersuchung durchgeführt werden.“

Darüber hinaus wurde diese inhaltliche Änderung vorgenommen: „Besteht ein Anlass, über Früherkennung zum Prostatakarzinom zu informieren, sollen Männer ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile beraten werden, insbesondere über die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen, Überdiagnosen sowie über gegebenenfalls erforderliche weitere Maßnahmen.“

Risikoadaptierte Screening-Intervalle

Nach wie vor gilt: „Für Männer, die weiterhin eine PSA-Früherkennungsuntersuchung wünschen, sollte sich das Intervall der Nachfolgeuntersuchung am aktuellen PSA-Wert und am Alter der Patienten orientieren, sofern keine Indikation zur Biopsie gegeben ist.“

Altersgruppe ab 45 Jahren und einer Lebenserwartung > 10 Jahre

- PSA < 1 ng/ml: Intervall alle 4 Jahre
- PSA 1-2 ng/ml: Intervall alle 2 Jahre
- PSA > 2 ng/ml: Intervall jedes Jahr

Für Männer über 70 Jahre und einem PSA-Wert < 1ng/ml wird eine weitere PSA-gestützte Früherkennung nicht empfohlen.“

EU-Anhörung zum Krebs-Screening

Im März hatte der belgische Urologe und Adjunct Secretary General der European Association of Urology (EAU), Prof. Hein Van Poppel, das Paper „Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission“ veröffentlicht⁶. Bei einer Anhörung vor dem Europäischen Parlament sprach er sich dafür aus, Prostatakrebs in die derzeit von der EU unterstützten Screening-Programme (Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs) aufzunehmen⁷. Zum PSA-Test erklärte Van Poppel, Ärzte hätten jetzt die Möglichkeit, das Risiko einer Überdiagnose und Überbehandlung mit Risikorechnern und Bildgebung per MRT zu verringern.

⁵ www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/

⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384200/>

⁷ <https://biermann-medizin.de/anhoeerung-zur-prostatakrebs-frueherkennung-eu-parlament-zeigt-sich-offen/>

⁴ [www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00199-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00199-6/fulltext)