

Terminservicestellen Die Aufgabe der freien Arztwahl

Mit den Terminservicestellen beabsichtigt der Gesetzgeber ein Steuerungsinstrument zu schaffen, das dem Patienten hilft, zeitnah einen Arzttermin bei einem Facharzt zu erhalten.

Nach der neuen Vorschrift sollen Patienten grundsätzlich innerhalb einer Woche ein Behandlungstermin in zumutbarer Entfernung vermittelt werden, der innerhalb der nächsten vier Wochen stattfindet.

Die Terminservicestelle als schnelle Terminvermittlung scheint auf den ersten Blick ein begrüßenswertes Ziel zu sein. Mit dem Anruf bei der Terminservicestelle, so hoffen viele, haben das Warten und Suchen ein Ende. Doch eine gesetzliche Vorgabe und „einfach“ sind wie immer zwei Paar Schuh. Natürlich gibt es Rahmenbedingungen und Vorgaben, die bei der Terminvermittlung zu beachten sind und diese begrenzen. Einige Vorgaben müssen noch vertraglich konkretisiert werden, andere Vorgaben stehen aber schon fest:

- Nur wenn der behandelnde Arzt oder Hausarzt die Dringlichkeit der Weiterbehandlung durch einen Facharzt festgestellt hat, hat der Patient ein Anrecht auf diese Terminvermittlung. Doch zuvor muss der Patient sich selbst um einen Termin bemüht haben.
- Keinen Anspruch auf eine Terminvermittlung zur Behandlung hat der Patient dann, wenn es sich um eine verschiebbare Routineuntersuchung oder eine Bagatellerkrankung handelt. Entscheidend dabei ist, wie zeitnah

eine Behandlung erfolgen muss, ohne dass sich der Zustand des Patienten verschlechtert oder es zu einer Beeinträchtigung des Behandlungserfolges kommen könnte. Diese Entscheidung trifft der Arzt und bestätigt die Dringlichkeit mit der Kennzeichnung des Überweisungsscheines durch einen Code.

- Die Terminservicestelle vermittelt nur Termine bei Fachärzten
- und nur auf Überweisung mit Dringlichkeitscode.
- Termine bei Kinderärzten gibt es nur, wenn diese mit einer Schwerpunktbezeichnung an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
- Für Termine bei Augen- und Frauenärzten ist keine Überweisung erforderlich
- Die Terminservicestelle vermittelt keine Termine bei Psychotherapeuten und kann auch keine Therapieplätze vermitteln.
- Ein Anspruch auf Terminvermittlung bei einem bestimmten Arzt oder zu einer bestimmten Wunschzeit besteht nicht.

Damit wird das Kernproblem der Terminservicestellen deutlich. Der Patient erhält eben nicht den Termin beim Facharzt seines Vertrauens oder seiner Wahl. Mit der „Beauftragung“ der Terminservicestelle gibt er sein Recht auf freie Arztwahl auf, um schließlich an einen vielleicht auch weit entfernten Arzt oder eine Klinik verwiesen zu

Themen:

Terminservicestellen

- Die Aufgabe der freien Arztwahl
- Patienten: Wartezeiten auf Arzt-Termin kein Problem

Das Krankenhausstrukturgesetz

- Gesetzliche Regelungen nicht nur für Krankenhäuser

Neues in der Versorgung

- Methodenbewertung Athroskopie
- Erstes Leichte Sprache-Merkblatt des G-BA ist online

Aus der KV Hamburg

- HEK kündigt Diabetes-DMP Vertrag
- Lieferung von Verbandmaterial - Fragwürdige Methode
- Neue Patienteninformationen

Zu guter Letzt

- Kassen-Call-Center übernimmt Namen und LOGO der Unabhängigen Patientenberatung

werden. Jeder Anrufer erhält auch nur einen Termin in „zumutbarer Entfernung“. Wird dieser Termin nicht wahrgenommen, ist der Patient wieder auf seine eigene Initiative angewiesen.

Besser ist es deshalb, auf die bewährte Vermittlung durch den behandelnden Hausarzt zu setzen. In aller Regel ist er bei dringlichen Überweisungen behilflich, nicht nur den „richtigen“ Facharzt zu finden, sondern auch einen Termin

zu verabreden. Der Patient sollte ihn ruhig darauf ansprechen.

Terminvermittlung ohne Erfolg ?

Ist eine Terminvermittlung bei einem niedergelassenen Facharzt innerhalb der Frist von vier Wochen nicht möglich, soll die Terminservicestelle einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus vermitteln.

Die ambulante Behandlung im Krankenhaus

Wird dem Patienten nun ein Termin in einem Krankenhaus vermittelt, so sollte er sich darüber im Klaren sein, dass er sich hier in völlig andere Versorgungsstrukturen begibt.

Auch hier hat er nicht die freie Wahl des Krankenhauses und

des Arztes. Behandeln wird der Arzt, der Dienst hat. Dieser muss nicht zwingend eine abgeschlossene Facharztausbildung haben. Unter welchen Voraussetzungen auch weitere ambulante Folge Termine in diesem Krankenhaus wahrgenommen werden können, wird derzeit ebenfalls von den Vertragspartnern geregelt.

Bei genauerer Betrachtung stellt sich noch eine weitere Frage. Viele Kliniken spezialisieren sich, um überhaupt im Wettbewerb bestehen zu können. Die meisten Kliniken haben keine Fachabteilungen für Haut, Neurologie, HNO, Augenheilkunde, Rheuma oder Lungenkrankheiten. Wie weit muss der Patient also fahren, um die adäquate Versorgung zu erhalten und wer behandelt ihn dort?

Einführung der Terminservicestelle in Hamburg

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu, bis zum 23. Januar 2016 eine Terminservicestelle einzurichten.

Zum Redaktionsschluss dieses Newsletters standen die genauen Details des Verfahrens noch nicht fest. Alle Informationen dazu wird man rechtzeitig auf der Homepage der KVH finden.

Fest steht aber dies: Erfolgreich und gut bewährt:

Schon heute sorgen die Hausärzte dafür, dass in dringenden Fällen ihre Patienten einen zeitnahen Termin für die notwendige Versorgung beim Facharzt erhalten.

Versichertenbefragung

Patienten: Wartezeiten auf Arzt-Termin kein Problem

Die Mehrzahl der Patienten sieht die Wartezeiten auf einen Termin beim Arzt nicht als Problem. Das ergab die diesjährige Versichertenbefragung der KBV unter mehr als 6.000 Patienten und bestätigt damit die Zweifel an der Notwendigkeit von Terminservicestellen. Zudem gaben 64 Prozent der Befragten an, dass sie zu einem bestimmten Facharzt gehen möchten.

Nur jeder zehnte Patient erachtet die Wartezeit als zu lang. Fast zwei Drittel aller Befragten bekommen innerhalb von drei Tagen einen Termin bei ihrem Haus- oder Facharzt. Nur etwa ein Zehntel der Patienten wartet länger als drei Wochen.

Beim Hausarzt erhalten die Patienten in der Regel schneller einen Termin als beim Facharzt. Beim Facharzt sind es knapp die Hälfte, die bis zu drei Wochen oder länger warten müssen. Allerdings handele es sich bei vie-

len dieser Termine um planbare Arztbesuche wie Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen. Jeder zweite Facharztpatient erhielt innerhalb einer Woche oder früher einen Termin und zwar bei seinem Wunscharzt.

Zudem ergab die Befragung, dass fast zwei Drittel der Patienten ohne Überweisung zum Facharzt gehen und zum Teil eher einen Termin bekommen als jene mit einer Überweisung.

Vertrauen der Patienten in Ärzte ungebrochen

Darüber hinaus zeigt die Umfrage, dass das Vertrauen der Patienten in die Ärzte ungebrochen hoch ist. Danach gaben rund 92 Prozent an, ein „gutes“ bis „sehr gutes“ Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt zu haben. Lediglich elf Prozent wechselten ihren Arzt aus Unzufriedenheit.

Zudem bestätigte die Studie, dass die Vertragsärzte die zentralen

Ansprechpartner für die Patienten sind, wenn es um die Prävention und Früherkennung von Krankheiten geht. Über Vorsorgeuntersuchungen und Impftermine wollen 56 Prozent der Befragten vom Arzt und lediglich 18 Prozent von der Krankenkasse informiert werden. Das zeige, wie sehr die Patienten ihrem Arzt vertrauen und ihm die Kompetenz zuweisen,

Detaillierte Ergebnisse der Befragung im Internet

Die Befragung wurde von der Forschergruppe Wahlen vom 30. März bis 5. Mai 2015 im Auftrag der KBV unter 6.089 zufällig ausgewählten Bürgern telefonisch durchgeführt. Die Studie gliedert sich in Themenbereiche wie Wartezeiten auf Termine sowie die Versorgungssituation von Haus- und Fachärzten am Wohnort und individuelle Gesundheitsleitungen (IGeL).

Quelle: www.kbv.de

Das Krankenhausstrukturgesetz Gesetzliche Regelungen nicht nur für Krankenhäuser

Mit der Neuauflage des Krankenhausstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber eine Regelung zur Notfallversorgung auf den Weg gebracht, die in hohem Maße auch die niedergelassenen Vertragsärzte betrifft. Danach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Einrichtung von „Portalpraxen“ an Krankenhäusern zur Sicherstellung der Notfallversorgung verpflichtet werden. Darin heißt es wörtlich: „Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag. Die Regelung zur Organisation des Notdienstes wird ergänzt; KVen sollen zukünftig entweder „Portalpraxen“ in bzw. an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Ambulanzen von Krankenhäusern über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden.“

Diese Regelung stellt nicht nur das bisher geltende Prinzip „Ambulant vor Stationär“ auf den Kopf. Sie stellt auch den Ärztlichen Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte und die in Hamburg gut funktionierenden Strukturen von Notfallpraxen und Ärztlichem Notfalldienst mit seinen fahrenden Ärzten in Frage.

Beim ersten Blick vermutet man Positives, wenn der Gesetzgeber von einer „strukturellen Verbesserung und Stärkung der sektorübergreifenden Kooperation in der ambulanten Notfallversorgung durch die Übertragung der Zuständigkeit für die Vergütung im ambulanten Notfalldienst“ spricht. Doch kennt man die Strukturen und derzeitigen Gegebenheiten, dann sieht man sehr schnell, dass eine Umsetzung dieser vermeint-

lich strukturellen Verbesserungen in Hamburg Ärzte und Patienten teuer zu stehen käme. Bei ca. 21 Krankenhäusern eine Portalpraxis 24 Stunden rund um die Uhr zu betreiben, würde nicht nur der ambulanten Versorgung Ärzte in den Praxen entziehen, sondern auch zu Lasten der Gesamtvergütung und damit der eigentlichen Versorgung der Patienten gehen. Sie wäre zudem das Ende des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Hamburg gewesen.

Nach einer Reihe von heftigen Protesten ist es gelungen, dass nun auch die regionale Versorgungssituation berücksichtigt wird. Außerdem ist klargestellt, dass es keinen Anspruch der Kliniken auf Einbezug in den Ärztlichen Notfalldienst gibt. Eine genauere Abschätzung der Konsequenzen für den ärztlichen Notfalldienst Hamburg kann erst nach Analyse des Gesetzestextes erfolgen. Die Ärzte in der Vertreterversammlung der KVH haben jedenfalls gefordert, die bewährten Elemente des Notfalldienstes in Hamburg zu erhalten.

Auch Patienten können dazu beitragen diese bewährten Strukturen zu erhalten. Wer am Wochenende, an Feiertagen oder außerhalb der Sprechzeiten seines Arztes krank wird, sollte sich an den Ärztlichen Notfalldienst Hamburg wenden. (Tel.: 220822 oder 116 117) Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind ausschließlich für echte Notfälle dar.

Mehr als 3,7 Millionen Krankenhausfälle vermeidbar – Einsparpotenzial in Milliardenhöhe

Mehr als 3,7 Millionen Krankenhausfälle könnten mit einer optimal koordinierten Versorgung bundesweit vermieden werden und die gesetzlichen Krankenkassen in Milliardenhöhe entlasten. Dies ist das Ergebnis einer Forschungsarbeit der Münchner Gesundheitsökonomin Prof. Dr. Leonie Sundmacher, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gefördert wurde. Die Wissenschaftlerin hat erstmals für Deutschland eine Liste mit Diagnosen erstellt, für die bei guter ambulanter Behandlung Krankenhausaufnahmen weitgehend vermeidbar sind. Das beteiligte Expertenpanel schätzt demnach rund ein Fünftel der stationären Behandlungen in deutschen Krankenhäusern verzichtbar ein. Nach Prof. Sundmachers Berechnungen kosten diese vermeidbaren Krankenhausfälle jährlich etwa 7,2 Milliarden Euro.

Quelle: www.zi.de

Keine Sprechstunde und krank?



Notfallpraxis Altona
Stresemannstr. 54



Notfallpraxis Farmsen
Berner Heerweg 124

Öffnungszeiten:

Mo, Di, Do, Fr 19:00 - 24:00 Uhr
Mi 13:00 - 24:00 Uhr
Sa, So, an Feiertagen 07:00 - 24:00 Uhr

Ärztlicher Notfalldienst Hamburg
alle Kassen Tel.: 040 22 80 22

Neues in der Versorgung

Neue Beschlüsse

Methodenbewertung Arthroskopie

Einsatz der Arthroskopie bei Gonarthrose wird deutlich eingeschränkt – Ausnahmeregelungen nur für bestimmte Patienten

Bestimmte arthroskopische Verfahren zur Behandlung einer Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) sind zukünftig nur noch in Ausnahmefällen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erlaubt. Diese Beschlüsse hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die ambulante und stationäre Versorgung gefasst. Es konnten in hochwertigen Studien keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der vom G-BA geprüften arthroskopischen Verfahren zur Behandlung der Gonarthrose gefunden werden.

Der G-BA war der Frage nachgegangen, inwieweit die arthroskopischen Verfahren bei Kniegelenk-Arthrose den behandelten Patienten wirklich nützen. Sind beispielsweise die Beschwerden, die mit einer Gonarthrose einhergehen, anschließend geringer? Wie groß ist das Risiko von Nebenwirkungen, beispielsweise Infektionen des Kniegelenks? Die dahingehende Auswertung der wissenschaftlichen Studien erbrachte ein eindeutiges Ergebnis: Für die untersuchten arthroskopischen Verfahren bei

Gonarthrose konnte im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung kein Nutzenbeleg gefunden werden. Genau dies ist aber die Voraussetzung für die Aufnahme oder den Verbleib im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Ausnahmeregelungen

Arthroskopische Eingriffe bei Patienten mit Gonarthrose in bestimmten medizinisch sinnvollen Fällen sind auch weiterhin zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Dies betrifft

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Hintergrund – Methodenbewertung

Der G-BA ist vom Gesetzgeber beauftragt zu entscheiden, auf welche medizinischen oder medizinisch-technischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gesetzlich Krankenversicherte Anspruch haben. Im Rahmen eines strukturierten Bewertungsverfahrens überprüft der G-BA deshalb, ob Methoden oder Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in der vertragsärztlichen und/oder stationären Versorgung erforderlich sind.

folgende Indikationen:

- Traumen
- akute Gelenkblockaden
- meniskusbezogene Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist

Die Gonarthrose ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die

durch ein zunehmendes Gelenkversagen gekennzeichnet ist. Verbunden damit sind Veränderungen an der Gelenkstruktur, Schmerzen und verminderte Beweglichkeit. Für die Betroffenen kann dies die Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich einschränken und die Lebensqualität mindern.

Arthroseerkrankungen zählen

in Deutschland zu den häufig vorkommenden chronischen Gesundheitsproblemen. Rund 17 Prozent aller Männer und 27 Prozent aller Frauen erkranken im Lauf ihres Lebens an Arthrose, vorwiegend in den Hüftgelenken und Kniegelenken.

Quelle G-BA

Was ist eine Arthroskopie?

Bei der Arthroskopie (Gelenkspiegelung) wird das Gelenk im Rahmen eines minimalinvasiven operativen Eingriffs durch einen kleinen Hautschnitt zugänglich gemacht und mit Hilfe einer eingeführten Miniaturkamera der Gelenkspalt inspiziert. Je nach Befund können unterschiedliche therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Zu den vom G-BA geprüften arthroskopischen Verfahren bei Gonarthrose zählen die Gelenkspülung, die Abtragung der Gelenkschleimhaut, die Knorpelglättung und die Meniskusentfernung. Ziel einer therapeutischen Arthroskopie bei Gonarthrose ist es, die mit der Erkrankung einhergehenden Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit des Kniegelenks zu verbessern.

Erstes Leichte Sprache-Merkblatt des G-BA ist online

Auf Antrag der Patientenvertretung hat der G-BA erstmals ein Merkblatt in die „Leichte Sprache“ übersetzen lassen. Der Prototyp transportiert die Informationen des Merkblattes zum Datenschutz Qualitätssicherung, das Patien-

ten bei der Herzschrittmacher-, Hüft- und Knieendoprothesen-Versorgung erhalten. Ein eigenes Website-Kapitel in Leichter Sprache befindet sich beim G-BA derzeit im Aufbau.

[Merkblatt für Patientinnen und Patienten zur Daten-Erhebung in Krankenhäusern \(leichte Sprache\)](#) (87.2 kB, PDF)

Quelle KBV / G-Ba

Aus der KV Hamburg

HEK kündigt Diabetes-DMP Vertrag

Ärztevertreter kritisieren eine „Fehlentscheidung zu Lasten der Patienten“

Die Kündigung der DMP Diabetes Verträge durch die HEK kam wie aus heiterem Himmel. Viele, viele Jahre schon gibt es in Hamburg diesen Vertrag, Patienten mit Diabetes eine gute und umfassende Versorgung für ihre Erkrankung anbietet. Ab dem 1. Januar 2016 werden an Diabetes erkrankte

HEK-Versicherte nun nicht mehr im Rahmen der strukturierten Versorgung in Hamburg betreut werden können. Diese Information führte bei den Patienten zu einer großen Verunsicherung, die sich in den Fragen an die Patientenberatung und Mitarbeiter der KV widerspiegelte.

Mit Verwunderung und Unverständnis haben auch die Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen e.V. und der Kassenärztliche Vereinigung Hamburg auf die Kündigung der DMP-Verträge Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 durch die Hanseatische Krankenkasse (HEK)

reagiert und die HEK aufgefordert, diese Kündigung im Interesse der betroffenen Patienten unverzüglich zurückzunehmen.

„Diese Entscheidung der HEK“, so der KV-Hamburg-Vorstandsvorsitzende Walter Plassmann, „nimmt den HEK-versicherten Diabetes-Patienten die bewährte medizinische Versorgung.“ Er könne den Alleingang der HEK nicht verstehen. „Alle anderen Kassen stehen zu den geschlossenen Verträgen, die schließlich im Sinne einer bestmöglichen integrierten, disziplinenübergreifenden Versorgung geschlossen worden sind.“ Es sei auch falsch, wenn die HEK behauptete, in Hamburg würden für die Behandlung von DMP-Versicherten höhere Hono-

rare bezahlt als in allen anderen Bundesländern. Im Übrigen seien die Honorarsätze in Hamburg seit zwölf Jahren unverändert. Plassmann: „Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund für diese Entscheidung der HEK.“ Die HEK sei offenbar auf dem Weg zur „Economy-K(l)asse“. Dr. Andreas Klinge, der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen: „Die DMP sind für Menschen mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes seit mehr als zehn Jahren die erfolgreiche Grundlage für die strukturierte Versorgung. Sie stellt eine bundeseinheitliche Betreuung dieser großen Patientengruppe sicher. Besonders in der engen Kooperation aller

beteiligten Ärzte, Diabetesberaterinnen und –assistentinnen liegt das Erfolgsgeheimnis dieser Versorgungsstruktur. Im Bereich der spezialisierten Versorgung von Menschen mit Diabetes müssen HEK-Versicherte bei Schulungen sowie kompetenten Zusatzberatungen jetzt leider außen vor bleiben“.

Nach Angaben der HEK und einer Erhebung der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen sind insgesamt 2.300 Versicherte in Hamburg betroffen, von denen allein über 1.300 als Patienten in den Schwerpunktpraxen betreut werden.

Lieferung von Verbandmaterial - Fragwürdige Methode

Home-Care-Unternehmen liefern unverlangt Verbandmaterial an Patienten – und versuchen im Nachhinein, das dazugehörige Rezept zu bekommen.

Immer wieder berichten Patienten mit chronischen Wunden, die soeben aus dem Krankenhaus entlassen wurden, dass sie unverlangt größere Mengen Verbandmaterial ins Haus geschickt bekommen. Absender sind Home-Care-Unternehmen, die offenbar kurze Informationswege ins Krankenhaus haben. Die weiterbehandelnden Hausärzte erhalten von den Home-Care-Unternehmen eine Aufforderung, im Nachhinein Rezepte für das gelieferte Material auszustellen. Um Druck zu machen, wird bisweilen sogar behauptet, die Patienten müssten das Material (häufig im Wert von mehreren

hundert Euro) selbst bezahlen, falls der Hausarzt das Rezept verweigert.

Das Wundzentrum Hamburg e.V. stellt hierzu fest:

- o Der Patient muss für unverlangt gelieferte Ware nichts bezahlen. Das Unternehmen ist verpflichtet, die Sendung zurückzunehmen.
- o Wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen, liegt die Therapiehoheit beim weiterbehandelnden Arzt. Dieser kann bei seiner Entscheidung die Empfehlungen mit einbeziehen, die sich in den ärztlichen Entlassungsberichten bezie-

Wundzentrum Hamburg

Das Wundzentrum Hamburg ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit mehr als 12 Jahren mit der Versorgung chronischer Wunden beschäftigt. Unter den insgesamt etwa 460 Mitgliedern sind Krankenhäuser, Ärzte, Praxen, Pflegedienste, Pflegefachkräfte, Hersteller und auch Home-Care-Unternehmen, die mit den hier in Frage stehenden Praktiken nichts zu tun haben. Ansprechpartner für Nachfragen:

Expertenhotline des Wundzentrum Hamburg e.V., www.Wundzentrum-hamburg.de

ungsweise in den pflegerischen Überleitungsbögen der Krankenhäuser finden.

Home-Care-Unternehmen hingegen steht es nicht zu, den Ärzten Therapieempfehlungen zu geben oder ihnen gar Anforderungsformulare zu schicken. Es läuft andersherum:

Wenn die Ärzte eine unabhängige Entscheidung zur Wundtherapie getroffen haben, gehen die Rezepte an Home-Care-Unternehmen,

die eine Material-Versorgung (aber keine Wund-Versorgung) durchführen.

Deshalb unsere Empfehlung: Patienten sollten unverlangt zugesandte und nicht verordnete Ware möglichst nicht annehmen. Falls das Material bereits im Haus ist, sollten die Patienten das Home-Care-Unternehmen auffordern, es innerhalb einer bestimmten Frist (beispielsweise 10 Tage) zurückzunehmen.

Weitere Informationen für Pati-

enten gibt es auch bei der Patientenberatung der Ärztekammer und der KV Hamburg, Tel: 202299-222

*Dr. med. K.-C. Münter
Vorsitzender, Wundzentrum
Hamburg e.V., Gemeinschaftspraxis
Bramfeld*

*Prof. Dr. med. M. Augustin
Stellvertretender Vorsitzender
Wundzentrum Hamburg e.V., Universitätskrankenhaus Eppendorf*

Neue Patienteninformationen

Multiresistente Erreger

Infektionen durch Bakterien lassen sich meist gut mit Antibiotika behandeln. Sind Bakterien jedoch unempfindlich gegenüber Antibiotika spricht man von multiresistenten Erregern (MRE). Am bekanntes-

ten ist der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), wirken die meisten Antibiotika nicht.

In dieser Information erfahren Sie, für wen multiresistente Erreger

wirklich bedrohlich sein können und wie Sie sich und andere schützen können.

<http://www.kvhh.net>



Darmspiegelung: Qualität und Qualitätsmaßnahmen

Darmkrebs ist eine der häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen in Deutschland. Durch eine regelmäßige Vorsorge, wie beispielsweise die Koloskopie, können gutartige Vorstufen von Darmkrebs, sogenannte Polypen, erkannt und direkt entfernt

werden. Eine Koloskopie kann Darmkrebs verhindern.

Die KBV hat gemeinsam mit Experten einen Patientenflyer zur Qualität in der Koloskopie herausgebracht. Das Faltpapier informiert über den hohen Qua-

litätsstandard der Darmspiegelungen in Deutschland und die strengen Prüfungen, denen Vertragsärzte zur Sicherheit der Patienten unterliegen.

<http://www.kvhh.net>



Patienteninformationen auf der Homepage der KV Hamburg

Die Patienteninformationen stehen zum kostenlosen Download auf der Internetseite der KV Hamburg zur Verfügung.

Erstellt wurden die Patienteninformationen vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), im Auftrag von KBV und Bundesärztekammer. Das ÄZQ hat bereits über 50 solcher Informationen verfasst, einige davon in mehreren Sprachen. Die Themen reichen von Krebs über Herzschwäche und Hauterkrankungen bis hin zu Hinweisen zur Antibiotikatherapie.

Zu guter Letzt

Kassen-Call-Center übernimmt Namen und LOGO der Unabhängigen Patientenberatung

Ab 1. Januar 2016 übernimmt mit der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH ein neuer Anbieter die unabhängige Patientenberatung gemäß § 65 b SGB V. Die bisherige UPD in Trägerschaft von Sozialverband VdK, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund Unabhängige Patientenberatung wurde aufgelöst. Im

Herbst waren die drei gemeinnützigen Organisationen bei einer europaweiten Ausschreibung zur Fortführung der Beratung unterlegen.

Die bekannten 0800-Rufnummern der UPD, die Internetadresse www.patientenberatung.de und das UPD-Logo werden vom

neuen Anbieter Sanvartes, dem Geschäftspartner der Krankenkassen weitergeführt.

Als unabhängige Patientenberatung stehen den Patienten in Hamburg weiterhin diese Stellen zur Verfügung:

Die **Patientenberatung** der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit ihrer Beratung bei allen Fragen rund um die gesundheitliche Versorgung in der Hansestadt.

Unter der Rufnummer: **040 / 20 22 99 222** ist das Beratungsteam von Montag bis Freitag zu erreichen:

Montag-Dienstag	9-13 Uhr	14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 Uhr	14-18 Uhr
Donnerstag	9-13 Uhr	14-16 Uhr
Freitag	9-12 Uhr	

Die Auskunft der **Patientenberatung** ist für Sie **kostenfrei**. Für eine persönliche Beratung vereinbaren Sie bitte vorab telefonisch einen Termin.

Patientenberatung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg,
Weidestr. 122 b (Alstercity)
22083 Hamburg
www.patientenberatung-hamburg.de

Verbraucher-Zentrale Hamburg

Beratungsangebot Gesundheit und Patientenschutz bei Fragen zu Patientenrechten, zur Abrechnung Ihres Zahnarztes oder Ihrer Krankenkasse? Sie haben den Verdacht eines Behandlungsfehlers Ihres Arztes? Sie überlegen, die Krankenkasse oder zur privaten Krankenversicherung zu wechseln? Welche Zusatzversicherung ist sinnvoll? Sie möchten eine Patientenverfügung verfassen oder einen Vertrag für eine Wohneinrichtung mit einem Pflege- oder Betreuungsangebot schließen?

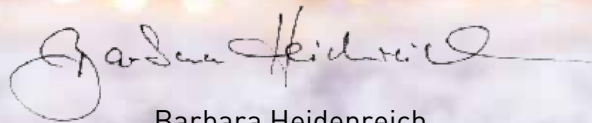
Telefonische Beratung unter: **040 / 248 32-230**
von Montag bis Freitag zwischen 11 und 13 Uhr.

Für die Beratungen wird ein Entgelt ab 5 €, je nach Aufwand (unentgeltlich für Bezieher von ALG II, Grundsicherung und Sozialhilfe) fällig.

Verbraucherzentrale Hamburg
Kirchenallee 22,
20099 Hamburg
Fax (040) 24832-290
<http://www.vzhh.de>

**Ich wünsche ich Ihnen ein friedvolles Weihnachtsfest
und ein erfolgreiches, gesundes und glückliches Neues Jahr.**

**Ihre Patientenbeauftragte
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**



Barbara Heidenreich

Impressum

KVH-News für Patientenvertreter und Selbsthilfegruppen
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Patientenbeauftragte, Barbara Heidenreich, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Tel: 040 / 22802 - 877, E-Mail: barbara.heidenreich@kvvh.de

Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: fotolia.com © Floydine; KBV

Ausgabe 3/2015 (Dezember 2015)