KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 2/2013

Hilfe bei psychischer Erkrankung

Wie effizient ist unsere Versorgungsstruktur?

Bedarfsplanung

Mangel an Psychotherapieplätzen bleibt bestehen

Modellprojekt

„Psychenet“ testet niedrigschwellige Angebote

MVZ Falkenried

Stufenkonzept sorgt für schnelleren Zugang zur Psychotherapie

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Ein Schwerpunktheft des *KVH-Journal* zur Psychotherapie? Es wurde höchste Zeit: Relativ gesehen gibt es in keiner KV so viele Psychotherapeuten, in keinem Bundesland so große Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen. Woran dies liegt, ist seit Jahren Gegenstand heftiger Diskussionen – die wir dieses Mal noch nicht aufgreifen konnten. Aber es ist klar, dass gerade Hamburg aufgerufen ist, nach innovativen Wegen aus der von vielen als verbesserungsnotwendig angesehenen Versorgungssituation zu suchen – Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kassen, aber auch die Gesellschaft. Und eines ist auch klar: Ohne eine extrabudgetäre Vergütung der Psychotherapie wird keine Verbesserung möglich sein. Die Kassen haben dem noch nicht zugestimmt.

Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstands-
vorsitzender der KV Hamburg

Impressum

KVH-Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, E-Mail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild: electriceye/fotolia.com

Ausgabe 2/2013 (1. Februar 2013)

Redaktionsschluss: 17. Januar 2013

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in das Heft.

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Wie sollte die psychotherapeutische Versorgung weiterentwickelt werden? 4
Bedarfsplanung: Mangel an Psychotherapieplätzen bleibt bestehen 5
„Wir brauchen niedrigschwellige Angebote“ - Interview mit dem UKE-Professor Martin Härter 8
Wie das MVZ Falkenried versucht, die Versorgung leichter zugänglich zu machen 10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten 14
Neue Regelungen für die Versorgung von Bundespolizei- und Bundeswehrangehörigen 15

Qualitätssicherung

EBM-Ziffern für Neuropsychologische Therapie 16

Arznei- und Heilmittel

Heilmittel: Meldung von Praxisbesonderheiten erfolgt jetzt durch ICD-10-Kodierung 16
Arzneimittelrichtlinie: Fixe Kombinationen aus NSAR und Protonenpumpenhemmern dürfen unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden 17
Pneumokokken-Standardimpfung: Pneumovax 23 bleibt Mittel der Wahl 18
Fluenz wird als „unwirtschaftlich“ eingestuft 19

Forum

Eintrag ins Handbuch für das Gesundheitswesen / Leserbrief 20

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik 21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung 22
Terminkalender 23

Nachgefragt

Wie sollte die psychotherapeutische Versorgung weiterentwickelt werden?

Verbesserungen sind insbesondere bei niederschwelligen Gesprächsangeboten, zum Beispiel in der psychosomatischen Medizin, dringend erforderlich. Um den bewährt hohen Qualitätsstandard in der Psychotherapie zu erhalten, sollte das oft ungeliebte Gutachterverfahren mit Bewilligung jeder längeren Behandlung beibehalten werden. Für die bekannte Zunahme der Nachfrage nach Psychotherapie, auch seitens der zuweisenden Ärzte, ist eine generelle Verkürzung der Behandlungsdauer oder gar eine Reduktion der Zahl der Therapeuten keine adäquate Lösung. Patienten brauchen nicht generell kürzere Behandlungen, sondern ein tragfähig honoriertes differenziertes ambulantes Angebot von Beratung über Krisenintervention bis Langzeittherapie mit entsprechenden personellen Kapazitäten.

Dr. Joachim Grefe, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin in Eppendorf

Psychische Störungen nehmen bei großer Veränderung der prägenden Familien- und Arbeitsplatzeinflüsse deutlich zu. Dem trägt die jetzt in Kraft getretene, an 1999 orientierte Bedarfsplanung keinesfalls Rechnung. Derzeit sind 50 Prozent aller Behandlungen Kurzzeittherapien, die häufig zu Mehrfachbehandlungen ohne dauerhafte Besserung führen. Wichtig ist, dass die Psychotherapie-Richtlinien bestehen bleiben, sie sind ein Garant für differenzierte Therapieindikationen. Komplexe Störungsbilder erfordern meist Langzeittherapien, gegebenenfalls auch hochfrequente analytische. Bei offensichtlichem Bedarf müssen Therapeuten Niederlassungsmöglichkeiten haben, dann werden junge Kollegen auch weiterhin die zeitintensiven und anspruchsvollen Ausbildungen für diese wichtigen Patientenbehandlungen auf sich nehmen.

Janine Wesiack, Psychotherapeutin in Eimsbüttel

Der Erhalt eines qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen Angebotes für Kinder und Jugendliche in Hamburg ist vorrangiges Ziel. Seit Umsetzung der 20-Prozent-Quote – das heißt 20 Prozent aller Psychotherapeuten müssen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein – hat sich die Situation entspannt. Während psychisch kranke Kinder in den ‚beliebten' Stadtteilen schnell einen Therapieplatz bekommen, fehlen in den Außenbezirken Fachkräfte. Es ist wünschenswert, dass sich in Zukunft noch mehr Kollegen dazu entschließen, sich in den Randbezirken niederzulassen. Problematisch für die Psychotherapeuten ist momentan die Gestaltung der Arbeitszeiten, da die flächendeckende Einführung der Ganztagsschule in Hamburg die freien Zeiten der Schüler deutlich minimiert.

Dr. Helene Timmermann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Eimsbüttel

Struktureller Mangel

Eine am tatsächlichen Bedarf orientierte psychotherapeutische Versorgung wird es auch künftig nicht geben. Im Gegenteil: Es droht eine weitere Verknappung.

Foto: Ambrophoto/fotolia.com

Von Hanna Guskowski

Das Versorgungsstrukturgesetz ist für Psychotherapeuten* eine bittere Enttäuschung, denn die zentralen psychotherapeutischen Forderungen werden in ihm nicht berücksichtigt. Auf Gesetzesebene wurde nicht konkretisiert und festgeschrieben, was eine „angemessene Vergütung" psychotherapeutischer Leistungen ist. Damit bleibt es dabei, dass Psychotherapeuten im Durchschnitt nur die Hälfte des durchschnittlichen Ärzteeinkommens erzielen, trotz vergleichbarer Arbeitszeiten.

Die zweite zentrale Forderung der Psychotherapeutenschaft war die Forderung nach einer am realen Bedarf orientierten Reform der Bedarfsplanung – was konkret heißt: Es müssen mehr Psychotherapeuten zur GKV-Behandlung zugelassen werden. Es war klar, dass diese Forderung von KBV und KVen nur dann unterstützt werden würde, wenn Psychotherapie extrabudgetär vergütet wird. Die extrabudgetäre Vergütung war deshalb die dritte zentrale Forderung der Psychotherapeutenschaft. Diese wird von KBV und Krankenkassen auf Bundesebene nun auch empfohlen. Die dringend notwendigen, zusätzlichen psychotherapeutischen Sitze wird es aber trotz extrabudgetärer Vergütung nicht geben – im Gegenteil. Was ist passiert?

Statistisch überversorgt, faktisch unterversorgt

Zum besseren Verständnis sei hier kurz die Geschichte der bisherigen Bedarfsplanung dargestellt: Für somatisch tätige Ärzte wurde die Bedarfsplanung – eigentlich ein Euphemismus für Zulassungsbegrenzung – im Jahr 1990 eingeführt. Zu diesem Zeitpunkt war der ärztliche Beruf bereits seit etwa 100 Jahren im gesetzlichen Gesundheitssystem etabliert, und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen hatten sich durch Angebot und Nachfrage über einen langen Zeitraum entwickeln können.

Für Psychotherapeuten wurde die Bedarfsplanung (= Zulassungsbegrenzung) neun Jahre später eingeführt, also zum gleichen Zeitpunkt, als die Psychotherapie als Heilberuf im Gesetz überhaupt erst definiert wurde. Sie fristete zu diesem Zeitpunkt im GKV-System eher ein Nischendasein oder fand – was die psychologischen Psychotherapeuten betraf - an den Randbereichen des Systems statt, im sogenannten Delegationsverfahren beziehungsweise im Kostenerstattungsverfahren. Von im Gesundheitssystem etablierten Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung konnte also keine Rede sein. Der IST-Zustand zum Stichtag am 31. August 1999 wurde dann als SOLL-Zustand festgesetzt, also als ausreichend für die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung. Zudem wurde – anders als bei den Ärzten 1990 – nicht ausschließlich die Zahl der Niedergelassenen in Westdeutschland als SOLL gesetzt, sondern es wurden auch die neuen Bundesländer mit einbezogen. In den neuen Bundesländern war die ambulante

Fortsetzung auf S. 6

* Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet. Gemeint ist die weibliche ebenso wie die männliche Form.

Fortsetzung von S. 5

psychotherapeutische Versorgung zu diesem Zeitpunkt allerdings noch weniger etabliert. In den ländlichen Gebieten erwies sich die Versorgungssituation als geradezu katastrophal.
Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und den damit verbundenen Neuzulassungen der bis dahin außerhalb des GKV-Systems arbeitenden Psychotherapeuten gelten fast alle Planungsbereiche in Deutschland statistisch gesehen als überversorgt mit Psychotherapiepraxen. Es gibt nur wenige ländliche Gebiete in Ostdeutschland, die – statistisch gesehen – unterversorgt sind.
Hamburg gilt zum Beispiel als überversorgt (Versorgungsgrad 140 Prozent). Real besteht allerdings eine gravierende Unterversorgung, wie alle Psychotherapeuten aus praktischer Erfahrung bestätigen können und wie Zahlen der Bundespsychotherapeutenkammer belegen. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz beträgt im Durchschnitt vier Monate – im Einzelfall auch deutlich länger.
Mit dem Versorgungsstrukturgesetz sollte unter anderem auch gerade dieser Mangel im psychotherapeutischen Versorgungsbereich behoben werden. Allerdings ging es bei der Festsetzung der neuen Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung von Psychotherapie zu keinem Zeitpunkt darum, den wirklichen Bedarf an Psychotherapie festzustellen - was zugegebenermaßen auch schwierig ist.

Statt aber zumindest zu versuchen, den real vorhandenen Bedarf für Psychotherapie abzuschätzen, wurde stattdessen im Erweiterten Bewertungsausschuss mit den Krankenkassen darüber verhandelt, wie viel Geld sie für zusätzliche Psychotherapiesitze zur Verfügung stellen, und die dadurch finanzierbare Zahl der Sitze berechnet. So entstand der „zusätzliche Bedarf", nämlich 1.150 Sitze. Aber Achtung: Diese „zusätzlichen" Sitze sollen nicht ergänzend zu den aktuell vorhandenen Sitzen, sondern zusätzlich zur Anzahl der Sitze am 31. August 1999 geschaffen werden! Und dies überwiegend in den ländlichen Gebieten Ostdeutschlands. In den meisten anderen, „überversorgten" Planungsgebieten sollen demgegenüber etwa 6.000 Sitze gestrichen werden können.

In letzter Minute konnten die psychotherapeutischen Vertreter in den Gremien auf Bundesebene übrigens noch nachweisen, dass die Zahl der errechneten zusätzlichen Sitze auf einem Rechenfehler basierte. Statt 1.150 wird es daher jetzt 1.400 zusätzliche Sitze geben. An dem grundsätzlichen Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung wird dadurch nichts geändert.
Konkret heißt das: Zusätzlich zu den im August 1999 zugelassenen 13.785 Psychotherapeuten sollen im nächsten Jahr rund 1.400 neue Sitze entstehen. Obwohl derzeit 21.606 ambulant niedergelassene Psychotherapeuten die Versorgung bei weitem nicht sicherstellen können, sollen in den nächsten Jahren aufgrund neuer Bestimmungen im VStG rund 6.000 Psychotherapeutensitze von den KVen aufgekauft werden können, nämlich immer dann, wenn Praxisinhaber ihre Praxis abgeben. Diese Sitze stehen dann für die Versorgung nicht mehr zur Verfügung. In Hamburg sind in diesem Zusammenhang 319 Sitze bedroht. Zukünftig sollen damit bundesweit nur noch rund 15.000 Psychotherapeuten die Versorgung sicherstellen.
Von einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen kann also keine Rede sein.

Zu wenig, zu leicht, zu lange?

Von vielen Politikern und Krankenkassen wird immer wieder argumentiert, es gebe genug Psychotherapeuten, diese würden nur zu wenig arbeiten, die falschen Patienten behandeln – nämlich nur die leicht erkrankten – und diese dann auch noch viel zu lange.
Diese Behauptungen sind falsch und sind bezüglich der Arbeitszeiten, wie auch bezüglich der Diagnosen, die ambulant behandelt werden, durch Zahlen der KBV und der Krankenkassen selbst widerlegt. Dennoch werden sie unverdrossen immer wieder vorgetragen – die Gründe dafür sind durchsichtig.
Psychotherapie ist auch nicht beliebig zu verkürzen. In einer Psychotherapie müssen Erkenntnis-, Heilungs- und Entwicklungsprozesse stattfinden. All dies sind höchst individuelle

Prozesse. Sie folgen ihrem eigenen Rhythmus, ihrem eigenen Muster - und sie brauchen Zeit. Aus gutem Grund ist Psychotherapie eine zeitgebundene Leistung. Jeder Versuch, diese therapeutischen Prozesse zu manipulieren, sie zu standardisieren, zu beschleunigen oder zu verkürzen, beeinträchtigt oder zerstört den therapeutischen Raum, in dem diese Heilungsprozesse überhaupt erst stattfinden können.

Kein Aufkauf von Praxen!

Bereits mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde ein gravierender Versorgungsmangel in der ambulanten Versorgung festgeschrieben. Dieser Mangel wurde im GKV-VStG nicht behoben, die Bedarfsplanung für Psychotherapie nicht den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen und den sich verändernden Krankheitsbildern angepasst. Im Gegenteil behauptet der G-BA mit seiner jetzigen Regelung implizit, dass die psychotherapeutische Versorgung auch mit etwa 6.000 Psychotherapeuten weniger gewährleistet werden könne – wo dies doch jetzt schon nicht mehr gelingt.

Psychotherapie ist nicht beliebig ökonomisierbar. Zwar können Strukturreformen die Versorgung verbessern; die psychotherapeutischen Berufsverbände machen seit längerem konkrete Vorschläge dafür. Aber auch wenn strukturelle Verbesserungen umgesetzt würden, könnten die jetzt zugelassenen Psychotherapeuten dem wachsenden Bedarf an Psychotherapie nicht gerecht werden. Damit die psychotherapeutische Versorgung wenigstens nicht verschlechtert wird, ist es dringend notwendig, dass KV und Krankenkassen ihren Sicherstellungsauftrag wahrnehmen und dafür sorgen, dass keine der Psychotherapiepraxen, die in den nächsten Jahren abgegeben werden wird, aufgekauft und somit der Versorgung entzogen wird.

Wie funktioniert Psychotherapie eigentlich?

Niedergelassene Psychotherapeuten behandeln vergleichbare Patienten wie Kliniken, nämlich Menschen mit Depressionen, Ängsten, Zwängen, Essstörungen, somatoformen Störungen, Traumatisierungen, mit gravierenden Persönlichkeitsstörungen und Psychosen. Viele dieser Menschen sind psychisch erkrankt, weil sie in ihrer Kindheit einem defizitären und krankmachendem Umfeld ausgesetzt waren. Etwa 20 Prozent der Menschen, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, mussten als Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche sexuelle Gewalt und Vergewaltigungen von nächsten Familienangehörigen erdulden.

Viele dieser Patienten funktionieren dennoch unauffällig im Alltag. Manche funktionieren für eine gewisse Zeit nach außen hin sogar gut. Aber innerlich fühlen sie sich wie betäubt, traurig, einsam oder aber zerrissen von heftigen Gefühlsschwankungen. Die Beziehung dieser Menschen zu sich selbst ist gestört, ebenso wie ihre Beziehungsfähigkeit zu anderen. Die Bewältigung von Krisen und chronischen Belastungssituationen fällt oftmals schwer oder gelingt nicht. All dies zermürbt, macht auf Dauer krank und muss deshalb in einer Psychotherapie aufgearbeitet werden.

Dazu müssen die Patienten in der therapeutischen Beziehung erst einmal Vertrauen zum Therapeuten entwickeln. Viele Patienten erleben in der Therapie zum ersten Mal in ihrem Leben verlässliche und kontinuierliche Beziehungen. Psychotherapie eröffnet damit einen Raum, in dem Menschen innehalten können, um sich selbst zu erforschen und in dem mit Hilfe des Therapeuten psychische Prozesse verlangsamt und wie unter der Lupe betrachtet werden können: Gedanken, Gefühle und innere Einstellungen, die sonst unbewusst ablaufen und damit das Verhalten determinieren, können so ins Bewusstsein gehoben werden. Wer sich selbst kennt und versteht, entwickelt die Fähigkeit, sich selbst besser zu regulieren und sich selbst in der Welt besser zu vertreten. Er wird stabiler und gesünder.

Hanna Guskowski,
Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg

„Wir brauchen mehr niedrigschwellige Angebote“

Wie könnte die Zukunft der Versorgung depressiv Erkrankter aussehen? Der Wissenschaftler und Kliniker Martin Härter über ein Hamburger Modellprojekt, in dem die Behandlung präziser auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt wird.

Herr Professor Härter, was läuft schief bei der Versorgung depressiver Patienten?

Härter: Hier sind mehrere Dinge im Fokus: Zum Beispiel ist die diagnostische Qualität in der Versorgung nicht optimal oder die Umsetzung der seit 2009 formulierten Leitlinien ist unzureichend. Darüber hinaus sind die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz zu lang. Das ist in ganz Deutschland und auch hier in Hamburg ein brennendes Problem. Doch nicht alle Depressionspatienten brauchen eine Psychotherapie. Es gibt neben pharmakologischen Behandlungsansätzen andere, niedrigschwelligere Behandlungsmöglichkeiten, die bisher allerdings zu wenig genutzt oder eingesetzt werden. Ausgangspunkt unseres Projekts ist deshalb zunächst eine präzisere Indikationsstellung im hausärztlichen Bereich, um die Patienten anschließend in eine geeignete Behandlung steuern zu können.

Sie wollen die Versorgung differenzieren?

Härter: Ja. Unsere These ist, dass ein Stepped-Care-Modell, wie es die 2009 publizierte Nationale Versorgungsleitlinie “Unipolare Depression“ fordert, die Versorgung besser und effizienter macht. Ob diese These richtig ist, wollen wir anhand eines an den Anforderungen der Leitlinie orientierten Modellprojekts prüfen. Das „Gesundheitsnetz Depression“ ist eines von insgesamt 11 Teilprojekten im Programm „psychenet – Hamburger Netz Psychische Gesundheit“.

Welche Behandlungsvarianten gibt es in Ihrem Modell?

Härter: Bei einer leichten Depression kann schon eine aktivabwartende Begleitung durch den Hausarzt ausreichen, der den Patienten kompetent berät, und manchmal einfach nur abwartet, ob die Situation sich verbessert. Wenn das nicht genügt, gibt es in unserem Modell drei zusätzliche Interventionselemente: erstens die Bibliotherapie, also die Nutzung eines Selbsthilfebuches für Patienten; zweitens ein computergesteuertes Therapieprogramm über zwölf Sitzungen; und drittens eine telefonische Kurzzeit-Psychotherapie. Bei der Entscheidung für eine dieser Varianten ist neben dem jeweiligen Krankheitsbild vor allem ausschlaggebend, welche Präferenzen die betroffenen Patienten haben und welche Behandlung am besten zu ihnen passt. Bei mittelgradig oder schwer depressiv erkrankten Patienten kommen dann die klassischen pharmakologischen oder psychotherapeutischen Verfahren oder ihre Kombination zum Einsatz.

Hauptbehandler bleibt dabei der Hausarzt?

Härter: Ja. Der Hausarzt gibt die Bücher aus, lizensiert den Patienten für das Computerprogramm. Und er „verschreibt“ die telefonische Psychotherapie, die von Mitarbeitern am UKE durchgeführt wird, weil es sich dabei zwar um eine in den USA und den Niederlanden bewährte, aber in Deutschland noch nicht etablierte Behandlungsform handelt. Das ist ein wissenschaftlich evaluiertes Programm, das von amerikanischen Kollegen entwickelt wurde, die wir schon sehr lange kennen – ein kompaktes kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Manual mit Hausaufgaben, Lesematerial und Unterstützung zum Selbstmanagement. Es umfasst insgesamt zwölf Sitzungen; die erste davon ist Face to Face, weil das in Deutschland aus berufsrechtlichen Gründen nötig ist. Wir wissen aus anderen Projekten, dass telefonische Beratungs-

ansätze von den Patienten sehr gut angenommen werden. Das senkt die Schwelle. Bei diesen niedrigschwelligen Angeboten für leicht- bis mittelschwer depressive Patienten bleibt der Hausarzt, sofern möglich, der Hauptbehandler. Er kontrolliert auch den Erfolg der jeweiligen Maßnahme und nimmt bei ausbleibenden Verbesserungen ein „stepping up", vor, also die Initiierung einer intensiveren Behandlung.

Und wer versorgt die schwereren Fällen?
Härter: Für die Versorgung mittelgradig oder schwer Depressiver werden diese Angebote nicht ausreichen. Dann muss der Hausarzt an einen Psychotherapeuten oder Psychiater überweisen – entweder zur Psychotherapie oder zur Pharmakotherapie oder, bei einer schweren Depression, zur Kombinationsbehandlung von beidem. So sagt es die Leitlinie und so versuchen wir die Umsetzung im Hamburger Projekt.

Wie wollen Sie Schnittstellenprobleme vermeiden?
Härter: In der Regelversorgung wird die Suche nach einem Facharzt oder Therapieplatz oftmals schwierig. Manchmal müssen Patienten dann die mögliche Liste der Psychotherapeuten durchtelefonieren, bis sie ein Erstgespräch erreichen. In unserem Modell sind die Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten miteinander vernetzt. Sie treffen sich regelmäßig in Qualitätszirkeln. Und sie sind über ein Internet-Portal miteinander verbunden. So können die Hausärzte sehen, welche der beteiligten Psychiater und Psychotherapeuten freie Kapazitäten haben und sie können dort direkt für ihre Patienten freie Plätze reservieren.

Aber das Grundproblem ist doch, dass es keine freien Kapazitäten gibt …
Härter: Wir hoffen, durch die niedrigschwelligen Angebote im hausärztlichen Bereich bereits einige Patienten mit leichteren Depressionen ausreichend versorgen zu können, die in der Regelversorgung möglicherweise gleich zum Psychotherapeuten gegangen wären. Auf diese Weise stünden mehr Therapieplätze für schwerer Erkrankte zur Verfügung.

Sollte auch die Länge der Psychotherapie flexibilisiert werden, um zusätzliche Plätze zu schaffen?
Härter: Ja, das sehen wir auch so. Nicht alle Patienten benötigen das volle Zeitfenster bei einer beantragten Therapie. In der Regelversorgung gibt es zudem einen Fehlanreiz bei der Honorierung: Die probatorischen Sitzungen werden schlechter bezahlt, obwohl sie arbeitsintensiver sind als die dann folgende therapeutische Behandlung. Diese Schieflage haben wir versucht aufzuheben: Wir incentivieren den Anfang der Therapie. Wir brauchen einen Anreiz in der Versorgung, dass Patienten bei Fachkollegen schneller aufgenommen werden können.

Wie finden Sie heraus, ob Ihr Modell tatsächlich besser funktioniert als die Regelversorgung?
Härter: Wir begleiten das Projekt mit einer wissenschaftlichen Studie. In unserem Netzwerk sollen insgesamt etwa 660 Patienten behandelt werden. Zusätzlich beobachten wir eine Kontrollgruppe von 200 Patienten in der Regelversorgung. Mit Hilfe von Fragebögen geben die Patienten innerhalb eines Einjahres-Zeitraumes mehrfach Auskunft über den Krankheitsverlauf und den Behandlungserfolg. Das von uns genutzte Messverfahren ist ein bewährtes Verfahren, das in vielen nationalen und internationalen Studien eingesetzt wird. Wenn unser Projekt ein Erfolg wird, müssen wir sehen, ob die Krankenkassen dazu bereit sind, es ab 2014 auf die Regelversorgung auszudehnen. Das wäre das Ziel.

mn

Der Arzt und Psychologe Dr. Dr. Martin Härter ist Professor am Institut für Medizinische Psychologie des UKE und betreut dort das „Gesundheitsnetz Depression" im Psychenet-Programm (weitere Informationen unter www.psychenet.de).

Schnell und wirksam

Das MVZ VT Falkenried senkt Zugangsbarrieren: Die Patienten bekommen rasch einen Termin für die Erstdiagnostik und eine Kurzintervention in der Gruppe. Erst dann folgt gegebenenfalls eine längere Therapie.

Wer in Hamburg eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, muss sich auf lange Wartezeiten einstellen. Drei bis vier Monate dauert es in der Regel, bis ein Psychotherapeut Zeit für ein erstes Indikations- und Klärungsgespräch hat – obwohl das Fachgebiet auf dem Papier mit 140 Prozent als überversorgt gilt. Auch im MVZ Verhaltenstherapie Falkenried mit seinen drei Ambulanzen in Eppendorf, Winterhude und Blankenese stehen 2.000 Patienten auf der Warteliste – ein Umstand, über den die MVZ-Geschäftsführer Prof. Dr. Helmut Peter (Ärzlicher Leiter) und Dr. Ulrike Lupke (Psychologische Leiterin) seit langem sehr besorgt sind.

MVZ-Falkenried-Geschäftsführer Prof. Dr. Helmut Peter und Dr. Ulrike Lupke: "Achtzig Prozent des Therapieerfolges wird wärend der ersten 25 Sitzungen erzielt."

Das neue Stufenkonzept im VT Falkenried, das Anfang Januar 2013 an den Start gegangen ist, kommt zwar auch nicht ganz ohne Wartelisten aus. Doch zumindest muss niemand monatelang auf seine Diagnose und erste praxisnahe Soforthilfe warten. Peter berichtet: „Wer sich auf Anraten eines Kollegen oder aus eigenem Antrieb heraus bei uns meldet, der erhält innerhalb von ein bis zwei Wochen einen Termin für die Basisdiagnostik." Diese besteht aus einem Indikationsgespräch mit einem qualifizierten Therapeuten, einem standardisierten Interview sowie wissenschaftlich fundierten Fragebögen.

„Nach dieser ersten Diagnostik wissen wir immerhin recht genau, welchen Bedarf der Patient hat, und können zur zweiten Stufe in Form einer Kurzintervention übergehen", sagt Peter. Mittelfristiges Ziel in 2013 ist es, dass die Überleitung zu dieser Therapiestufe zeitnah binnen ein bis vier weiteren Wochen erfolgt. In fünf Gruppentherapiesitzungen erhalten Patienten erste Hilfestellungen, wie sie ihre Symptome einordnen und im Alltag bewältigen können. „Manchen Patienten reicht diese Kurzintervention aus. Sie haben innerhalb kürzester Zeit ihre Symptome zumindest soweit im Griff, dass sie sie allein bewältigen und zumindest erst einmal abwarten können. Allen anderen erleichtert die Kurzintervention die leider unvermeidliche Wartezeit bis zu einer intensiven Therapie", beschreibt Peter den Therapieablauf im Stufenkonzept.

Gemeinsamer Start

In der daran anschließenden störungsspezifischen Psychotherapie werden Gruppen- und Einzeltherapie miteinander kombiniert. Es gibt Gruppen für Patienten mit Depressionen, Burnout, Angststörungen, Essstörungen, Borderline-Syndrom, Persönlichkeitsstörungen, Zwangserkrankungen oder Tinnitus. Die Gruppen starten grundsätzlich jeweils gemeinsam, so dass auch in der Gruppentherapie eine Kontinuität der Bezugspersonen gewährleistet ist.

„Gerade Burnout-Patienten profitieren sehr von der Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie", berichtet Peter. Denn bei Burnout-Patienten handele es sich in der Regel um starke Persönlichkeiten, die sich selbst zu viel zumuten und erst sehr spät unter der Belastung zusammenbrechen. „In der Gruppe sprechen sie über ihre vermeintlichen Schwächen und arbeiten gemeinsam

Fotos: MVZ VT Falkenried

Einzel- und Gruppentherapie im MVZ Falkenried: "Von der Kombination profitieren gerade Burnout-Patienten."

die Mechanismen heraus, die zu ihrem Burnout geführt haben. In den Einzelsitzungen arbeiten wir dann am individuellen Transfer und besprechen die privaten Themenfelder, die die Patienten nicht in der Gruppe preisgeben möchten", erklärt der MVZ-Leiter weiter.

Systematische Evaluation

Nach insgesamt 25 Sitzungen erfolgt eine neue Weichenstellung in Form eines Klärungsgespräches zum bisherigen Therapieverlauf und einer weiteren Testdiagnostik. „Eine systematische Evaluation ist immens wichtig, denn Studien zeigen: Ein Therapeut, der in den ersten Sitzungen keinen Erfolg erzielt, sollte seine Behandlungsstrategie überdenken", meint Peter, dessen MVZ mittlerweile eine eigene kleine Forschungsabteilung unterhält, in der die Therapiedaten der MVZ-Patienten ausgewertet werden.

Sieht man von Borderline-Patienten ab, brauche ein Großteil der Patienten am MVZ VT Falkenried bereits nach 25 Sitzungen keine weitere Behandlung mehr. Die von den gesetzlichen Krankenkassen üblicherweise bewilligten 45 Sitzungen müssten in diesen Fällen nicht voll ausgeschöpft werden. „Das ist Zeit, die wir dann bereits anderen Patienten von der Warteliste widmen können", sagt Peter und wirft eine weitere Zahl in den Ring: „Studien zufolge werden außerdem achtzig Prozent des Therapieerfolges während der ersten 25 Sitzungen erzielt – danach sinkt die Erfolgsrate rapide ab."

Angesichts knapper Ressourcen und langer Wartelisten müsse man sich die Frage stellen, was der Mehrwert von 20 weiteren Therapiesitzungen in der klassischen Verhaltenstherapie sei, wenn man die wesentlichen Therapieziele bei vielen Patienten bereits in 25 Sitzungen erreichen könnte, findet Peter. Er ist sich darüber im Klaren, dass sein Zentrum mit diesen Erfolgen Benchmarks setzt, die nicht unbedingt jedem Kollegen gefallen – zumal das Gros der Psychotherapeuten in Einzel- und Doppelpraxen praktiziert und daher gar nicht über die organisatorische Größe verfügt, die für die systematische Umsetzung des Stufenkonzepts erforderlich ist.

„Viele Kollegen finden gut, was wir hier machen und kooperieren mit uns. Es gibt aber auch ambivalente Reaktionen", erzählt Peter. Dabei geht es ihm und seinen Mitstreitern nicht um Konkurrenz mit anderen Praxen: „Angesichts der langen Wartelisten bei jedem Psychotherapeuten in Hamburg braucht niemand zu befürchten,

Fortsetzung auf S. 12

Fortsetzung von S. 11

dass wir ihm Patienten abspenstig machen", betont Peter.
Er sieht das MVZ VT Falkenried vielmehr als ein Instrument, das dabei hilft, Defizite in der Versorgung zu überwinden, Patienten schnelle und wirksame Behandlungen zu geben und psychotherapeutische Behandlungsstrukturen weiterzuentwickeln. Zu dieser Weiterentwicklung gehört nach Auffassung der Therapeuten am MVZ VT Falkenried auch die stärkere Verlagerung psychotherapeutischer Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich.

„Die beiden Sektoren sind gerade bei der Therapie psychischer Erkrankungen noch ungenügend vernetzt. Dabei ist es bei diesen Krankheitsbildern ganz besonders wichtig, den Patienten möglichst dort zu behandeln, wo auch seine Erkrankung ihren Ursprung hat, nämlich im ambulanten Umfeld", meint Peter. Leider würden zu viele Patienten stationär therapiert, weil die Behandlung aufgrund langer Wartezeiten häufig erst dann beginnt, wenn das sprichwörtliche Kind bereits in den Brunnen gefallen ist.

Stationäre Therapie hat viele Nachteile

Dabei sei die stationäre Therapie psychischer Erkrankungen kostspielig. „Zudem fallen viele Patienten nach Entlassung aufgrund fehlender zeitnaher ambulanter Weiterbehandlung in ein Versorgungsloch", kritisiert Peter. Auch die Behandlungskontinuität sei beim Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Therapie nicht gewährleistet. „Dennoch ist eine intensive ambulante Therapie in der Regelversorgung strukturell schlicht nicht vorgesehen", ergänzt Peter.

Eine flexible und bedarfsgerechte Therapie abseits starrer Therapieschemata und unter der Federführung ambulanter Therapeuten ist allerdings in den Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) möglich, die das MVZ VT Falkenried mit etlichen gesetzlichen Kassen unterhält. Die Therapie erfolgt in der Regel ambulant, Patienten mit schwerwiegenden psychischen Beschwerden können aber auch in der MVZ-eigenen Tagesklinik mit ihren 30 Therapieplätzen behandelt werden. „Diese Patienten kommen morgens zur Therapie in die Tagesklinik und gehen erst abends wieder nach Hause", erläutert Peter.

Mit seinem IV-Angebot habe das MVZ schon bei über 200 Patienten stationäre Aufenthalte vermeiden können. Und Peter ist sich sicher: „Wenn das Behandlungskonzept, das wir an unserem MVZ verfolgen, flächendeckend umgesetzt würde, dann bräuchte man in Hamburg nicht mehr, sondern weniger Krankenhausbetten für psychisch kranke Menschen. Doch manche Dinge werden eben nicht rational entschieden, sondern politisch …"

Antje Thiel

Das MVZ Verhaltenstherapie Falkenried

Das MVZ VT Falkenried ist ein verhaltenstherapeutisches Therapiezentrum und unterhält drei Betriebsstätten in Eppendorf, Winterhude und Blankenese. Hier arbeiten mehr als 60 Therapeuten der Fachrichtungen Psychologische Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geplant ist die Eröffnung zweier weiterer Ambulanzen in der Hamburger Peripherie.
Darüber hinaus betreibt das MVZ eine Tagesklinik mit 30 Plätzen für die Ganztagsbetreuung psychisch kranker Menschen.
Das MVZ arbeitet eng mit Forschungseinrichtungen (UKE, Universität Lübeck, Arbeitsgemeinschaft wissenschaftliche Psychotherapie Berlin), mit Kliniken (Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt) und mit ambulanten ärztlichen und psychologischen Praxen zusammen.
Das MVZ unterhält eine eigene Forschungs- und Weiterbildungsabteilung für die Evaluation der eigenen Behandlungsdaten und für die Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses.

Hamburger Ärzteball

Samstag,
23. Februar 2013
Hotel Atlantic

Zwei Bands und ein DJ sorgen für Unterhaltung. Die Tische sind für sechs bis zwölf Personen vorgesehen, sodass Sie sich auch mit Kollegen, Freunden und Bekannten anmelden können. Eintrittskarten kosten 75 Euro, Studenten zahlen 35 Euro und Flanierkarten (ohne festen Sitzplatz) gibt es für 35 Euro. Essen und Getränke sind exklusive. Einlass ist um 19:30 Uhr.

Karten bekommen Sie direkt in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg im Lerchenfeld 14 (Montag bis Freitag von 09:00-15:00 Uhr). Weitere Informationen erhalten Sie unter Tel. 040/202299-300. Karten erhalten Sie auch über die Internetseite der Fortbildungsakademie *www.fortbildung.aekhh.de*, wenn Sie gleichzeitig eine E-Mail mit Namen und Adresse und der Anzahl der Personen an *akademie@aekhh.de* senden.

Genießen Sie einen schönen und festlichen Abend!

Foto: Felix Faller

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Stefanie Schmidt, Monique Laloire, Petra Timmann, Anna Yankyera, Katja Egbers

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 *Wir sind eine kinderärztliche Praxis und wollen bei einem Kind, dass bei der AOK Rheinland/Hamburg familienversichert ist, die U11 durchführen. Kann diese Leistung über den Präventionsvertrag der AOK Rheinland/Hamburg bis zum zehnten oder bis zum elften Lebensjahr abgerechnet werden?*

Solange das Kind zehn Jahre alt ist, kann die U11 nach der Sondernummer 99456 abgerechnet werden. Ab seinem elften Geburtstag ist diese Leistung nicht mehr berechnungsfähig.

2 *Wie verordnen wir als hausärztliche Praxis Arzneimittel bei einer anerkannten Berufskrankheit?*

Im Fall einer anerkannten Berufskrankheit ist das Kassenrezept (Muster 16) auf den Namen des Patienten zu Lasten der Berufsgenossenschaft auszustellen. Das Kreuz muss bei Arbeitsunfall gesetzt werden. Auch der Unfalltag sowie der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignete, müssen angegeben werden.

3 *Können wir bei einem Patienten, der nicht insulinpflichtig ist, Lanzetten verordnen?*

Lanzetten dürfen nur verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für die Verordnung von Blutzuckerteststreifen vorliegen. Die Verordnungsfähigkeit von Blutzuckerteststreifen bei Typ-2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung ist nur bei Patienten mit instabiler Stoffwechsellage (beispielsweise bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko) möglich.

4 *Welchen Arztgruppen ist es erlaubt, einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie auszustellen?*

Zur Abgabe eines Konsiliarberichts vor einer Psychotherapie bei Erwachsenen sind grundsätzlich alle Vertragsärzte berechtigt – mit Ausnahme folgender Arztgruppen: Laborärzte, Mikrobiologen, Infektionsepidemiologen, Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik.
Zur Abgabe eines Konsiliarberichtes vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern sind lediglich folgende Vertragsarztgruppen berechtigt: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, für innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärzte.

Neue Regelungen für die Versorgung von Bundespolizei- und Bundeswehrangehörigen

In der vertragsärztlichen Versorgung von Angehörigen der Bundespolizei und der Bundeswehr gibt es seit Anfang 2013 einige Änderungen. Hier in Kürze, was Sie dazu wissen müssen.

Vergütung

Leistungen für Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei werden seit Jahresbeginn nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bezahlt. Die Vergütung richtet sich also nach dem regionalen Punktwert, der mit der Punktzahl aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) multipliziert wird. Alle Untersuchungen und Behandlungen werden weiterhin als Einzelleistungen zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung vergütet.

Notfallbehandlung

Behandeln Sie einen Angehörigen der Bundeswehr oder der Bundespolizei als Notfallpatienten (im organisierten Notfalldienst oder als Schmerzpatient während Ihrer Sprechzeiten), genügt es, wenn dieser sich durch seinen Truppen- oder Dienstausweis legitimiert. Allerdings muss binnen vier Wochen eine Überweisung nachgereicht werden. Andernfalls müssen Sie die Behandlung privat in Rechnung stellen.

Ausnahme: Bei Bundeswehrsoldaten können Leistungen, die im Rahmen des organisierten Notfalldienstes erbracht wurden, über den Notfallschein abgerechnet werden.

Überweisungen

Es bleibt grundsätzlich dem Polizei- oder Truppenarzt vorbehalten, Angehörige der Bundespolizei oder der Bundeswehr an andere Vertragsärzte oder -psychotherapeuten zur Mit- oder Weiterbehandlung zu überweisen. Allerdings dürfen Sie seit Anfang des Jahres Überweisungen für Laborleistungen, zytologische Leistungen und Röntgenleistungen ausstellen. Bei Bundeswehrangehörigen ist dies zudem auch für anästhesiologische Leistungen im Rahmen ambulanter Operationen erlaubt.

Foto: shutterstock.com

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

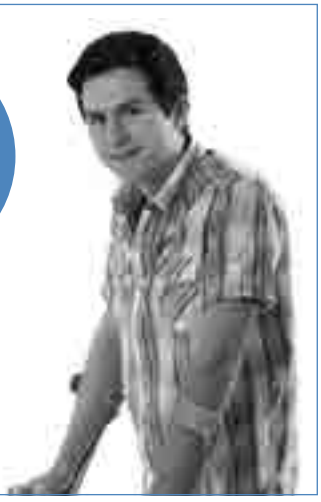
...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

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

KVH

ÄRZTEKAMMER HAMBURG



EBM-Ziffern für neuropsychologische Therapie

Anfang des Jahres wurde die neuropsychologische Therapie in den EBM aufgenommen (Kapitel 30.11). Diese Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Bewertungen der therapeutischen Sitzungen orientieren sich an den Bewertungen der psychotherapeutischen Behandlungen.

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Betroffen sind Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall.

Zur Feststellung der Indikation sind berechtigt: Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Zur Durchführung der spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und zur anschließenden Therapie sind nur Ärzte, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechtigt, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können.
Wenn Sie an einer Genehmigung interessiert sind oder ein Antragsformular benötigen: *www.kvhh.de – (rechte Navigationsleiste) – Genehmigung*.
Hier finden Sie im Glossar unter N wie Neuropsychologische Therapie alle erforderlichen Informationen.

Ansprechpartnerinnen:
Birgit Gaumnitz,
Tel: 22802-889
birgit.gaumnitz@kvhh.de
Manuela Gottschlich,
Tel: 22802-406
manuela.gottschlich@kvhh.de

Heilmittel: Neues Meldeverfahren für Praxisbesonderheiten

Die alten Symbolnummern sind ungültig - Meldung von Praxisbesonderheiten erfolgt durch die ICD-10-Kodierung

Foto: Hugo Félix/fotolia.com

Zu Jahresbeginn sind neue Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Heilmitteln in Kraft getreten (siehe *KV-Journal* Nr.1/2013, S.22). Auf Bundesebene sind verbindliche, bundesweit geltende Praxisbesonderheiten für die Heilmittelverordnung vereinbart worden.
Außerdem wurde das Meldeverfahren geändert: Die Praxisbesonderheiten bei der Heilmittelverordnung werden nicht mehr durch die bisher genutzten Symbolnummern kenntlich gemacht, sondern durch die ICD-10-Kodierung der Diagnosen, die die Verordnung ausgelöst haben.
Da die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme die notwendigen technischen Änderungen noch nicht vornehmen konnten, sind die ICD-10-Kodierungen bis auf weiteres an geeigneter Stelle

(beispielsweise zu Beginn der Diagnosezeile) auf dem Verordnungsblatt einzutragen. Selbstverständlich ist der Indikationsschlüssel entsprechend des Heilmittelkataloges auf dem Verordnungsblatt anzugeben.
Zu Verwirrung in vielen Praxen hat geführt, dass zahlreiche Praxisverwaltungssysteme noch die alten Symbolnummern enthalten. Bitte verwenden Sie die Symbol-nummern nicht mehr. Sie sind ungültig.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg unter: *www.kvhh.de → Verordnungen → Heilmittel*

Demnächst bekommen Sie das neue Serviceheft „Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2013" zugeschickt, in dem wir alle wichtigen Informationen für Sie zusammengefasst haben.

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung,
Tel. 22802-571 / -572

Arzneimittel
Die Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Arzneimitteln können wie bisher auch mit den entsprechenden Symbolnummern in den Praxisverwaltungssystemen geltend gemacht werden.

Arzneimittelrichtlinie: Fixe Kombinationen aus NSAR und Protonenpumpenhemmern dürfen unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden

Der G-BA hat am 22. November 2012 folgende Ausnahme vom Verordnungsausschluss für Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen beschlossen (Arzneimittel-Richtlinie Anlage III, Nr. 18):
„... ausgenommen sind fixe Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Protonenpumpenhemmer bei Patienten mit hohem gastroduodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/ oder PPI nicht ausreichend ist."

Aus den tragenden Gründen zu diesem Beschluss:
„Gegen die fixe Kombination von Wirkstoffen, wie auch von Antiphlogistika oder Antirheumatika mit anderen Wirkstoffen, spricht grundsätzlich, dass nur in Ausnahmefällen die Wirkstoffe die annähernd gleiche Pharmakokinetik und damit gleiche Wirkdauer besitzen, die sich zudem im Laufe der Therapie durch Enzyminduktion bzw. -hemmung unterschiedlich verändern kann. Allerdings ist für Patienten, die mit einem nichtsteroidalen Antiphlogistikum behandelt werden, unter bestimmten Voraussetzungen eine Gastroprotektion angezeigt, welche durch die zusätzliche Gabe eines Protonenpumpenhemmers erfolgt.
Vor dem Hintergrund der erstmaligen Zulassung eines nichtsteroidalen Antiphlogistikums und eines Protonenpumpenhemmers in fixer Kombination (Wirkstoffe Naproxen und Esomeprazo, Handelsname Vimovo®) und dessen Inverkehrbringen zum 1. April 2012 hat sich ein veränderter Sachverhalt ergeben, dem durch eine Anpassung der Regelung in Nr. 18 der Anlage III Rechnung getragen wird.
Eine Ausnahmeregelung für die ebenfalls zugelassene und in Verkehr befindliche fixe Kombination von Diclofenac und Misoprostol (Handelsname Arthotec®) wird aufgrund einer schlechteren Verträglichkeit von Misoprostol gegenüber PPIs als nicht gerechtfertigt angesehen."

Sie finden den Beschluss sowie die tragenden Gründe im Volltext auf der Homepage des Bundesausschusses: *www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Anlage III*

Pneumokokken-Standardimpfung: Pneumovax 23 bleibt Mittel der Wahl

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Schutzimpfungsrichtlinie überarbeitet und dabei die bisherige Festlegung auf den Polysaccharidimpfstoff (Pneumovax 23) bei Pneumokokken-Standardimpfungen für Patienten ab 60 Jahren gestrichen. Nachdem die Zulassung für den 13-valenten Konjugatimpfstoff (Prevenar 13) auf Personen ab 50 Jahren erweitert wurde, hielt der G-BA die Festlegung auf einen konkreten Impfstoff für nicht mehr gerechtfertigt. (Siehe dazu die Berichterstattung im KVH-Journal 12/12, Seite 16.)

Wir wurden gefragt, ob damit nun grundsätzlich der Konjugatimpfstoff für Erwachsene bevorzugt zu Lasten der Krankenkassen verimpft werden kann. Das ist nicht so.
Laut STIKO gibt es zurzeit keine ausreichende Evidenzgrundlage für die Annahme, dass der Konjugatimpfstoff eine bessere klinische Schutzwirkung entfaltet als der bisher verwendete Polysaccharidimpfstoff. Deshalb bleibt der Polysaccharidimpfstoff für die Standardimpfung gegen Pneumokokken Impfstoff der Wahl. Auch bei den Indikationsimpfungen sieht die STIKO nur bei besonderen Fällen eine mögliche Indikation für den Konjugatimpfstoff. In einer Stellungnahme der STIKO vom Februar 2012 heißt es:

„Bei Personen, bei denen die wiederholte Impfung gegen Pneumokokken aufgrund einer Immundefizienz oder einer chronischen Nierenkrankheit indiziert ist (Indikationsimpfung nach Tab. 2, Epidemiologisches Bulletin 30/2011), ist es möglicherweise sinnvoll, sowohl mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff als auch mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff zu impfen. Allerdings liegen auch für diese Indikation keine ausreichenden Daten zur klinischen Schutzwirkung vor. Sofern ein solches Vorgehen in Betracht gezogen wird, sollte bei bisher ungeimpften Personen die Impfung mit dem Konjugatimpfstoff zuerst erfolgen. Immunogenität und Verträglichkeit einer nachfolgenden Impfung mit PPSV23 nach 1 Jahr waren nach Herstellerangabe zufriedenstellend. Kürzere Impfabstände wurden nicht untersucht. Eine nach 5 Jahren anstehende Wiederholungsimpfung bei bereits mit PPSV23 geimpften Personen kann mit PCV13 erfolgen [...] Es ist zu beachten, dass Prevenar 13 aktuell (Stand: Januar 2012) nur für Kinder bis 5 Jahre und Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen ist." (epid. Bull. Nr.7/ 20.02.2012)

Die Wahl des Impfstoffs muss nach dem Stand der Wissenschaft (Empfehlungen der STIKO) und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit erfolgen.

Preisvergleich Pneumokokken-Impfstoffe für Erwachsene

Handelsname des Impfstoffs	Hersteller	Menge	Preis (Euro)
Pneumovax 23	Sanofi Pasteur MSD	10x1	282,98
Prevenar 13	Pfizer Pharma	10x1	668,23

(Lauertaxe 1.1.2013 - Bruttopreise/ keine Berücksichtigung evtl. Rabattverträge)

Selbstverständlich kann im medizinischen Einzelfall abweichend von den Empfehlungen entschieden werden. Wir halten dann aber eine gute Dokumentation für notwendig, um die Entscheidung gegebenenfalls plausibel begründen zu können.

Fluenz wird als „unwirtschaftlich“ eingestuft

■ Neuer Grippe-Impfstoff für Kinder kann nur in begründbaren Einzelfällen zu Lasten der GKV verordnet werden.

Die Kosten für die Verabreichung von Fluenz werden im Normalfall nicht von der GKV übernommen. Zwar ist die Anwendung des neuen Grippe-Impfstoffs für Kinder durch die STIKO-Empfehlung gedeckt (Impfung mit einem Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination). Doch das als Nasenspray zu verabreichende Mittel ist deutlich teurer als bisher verwendete Grippeimpfstoffe. Deshalb bewerten die Krankenkassen die Anwendung von Fluenz als unwirtschaftlich – außer in begründbaren Einzelfällen. Lediglich die Barmer GEK zahlt Fluenz für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren im Rahmen einer Sondervereinbarung.

Es muss damit gerechnet werden, dass die Kassen Prüfanträge stellen. Die gegebenenfalls im Jahr 2012 (nach Freigabe durch die Kassen) erfolgte Verabreichung von Fluenz während der Lieferengpässe für Kinder-Grippeimpfstoffe ist hiervon nicht betroffen.

Wenn die Verabreichung von Fluenz zu Lasten der GKV im Einzelfall medizinisch notwendig ist, muss dies künftig mit einer neuen, gesonderten Dokumentations- und Abrechnungsnummer (89112n) abgerechnet werden (Änderung der Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie). Damit können die Krankenkassen in diesen Fällen den verwendeten Impfstoff dem Versicherten konkret zuordnen.
Die aktualisierte Liste der Dokumentations- und Abrechnungsnummern für Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen finden Sie auf unserer Homepage (*www.kvhh.de*) unter der Rubrik Verordnung – Schutzimpfung .

Weitere wichtige Informationen zur Bewertung und Anwendung (zum Beispiel Kontraindikationen) des neuen Impfstoffs finden Sie in der entsprechenden Stellungnahme der STIKO (epid. Bull. 37/2012; S. 367) und der Fachinformation.

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung,
Tel. 22802-571 / -572

Pharmakotherapie-beratung der KVH

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapie-beratung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572 oder 22802-571

Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst

Aufnahme ins Handbuch für das Gesundheitswesen

Schwerpunktpraxen müssen Eintrag erlauben

Im von der Ärztekammer Hamburg herausgegebenen Handbuch für das Gesundheitswesen werden jährlich Adressen aus dem Hamburger Gesundheitswesen veröffentlicht.

Normalerweise werden Praxen automatisch in das Verzeichnis aufgenommen. Nur bei den Schwerpunktpraxen gibt es ein anderes Prozedere. Die Ärztekammer fordert deren Daten von der KV an. Damit die Daten weitergegeben werden können, müssen die Schwerpunktpraxen ihr Einverständnis erklärt haben. Liegt diese Einverständniserklärung nicht vor, darf keine Datenweitergabe erfolgen.

Dies betrifft

- diabetologische Spezialpraxen
- Dialysepraxen
- HIV-Vertragsärzte
- onkologisch verantwortliche Ärzte – Ärzte in Hamburg, die an der Onkologievereinbarung teilnehmen.

Falls Ihre Praxis einen solchen Schwerpunkt hat, bitten wir Sie, dem Arztregister der KV die Erlaubnis zur Datenweitergabe zu erteilen. Das entsprechende Formular schicken oder faxen wir Ihnen gerne zu.

Ansprechpartnerin:
Jana Runge,
Tel.: 22802-343
E-Mail: arztregister@kvhh.de

Leserbrief

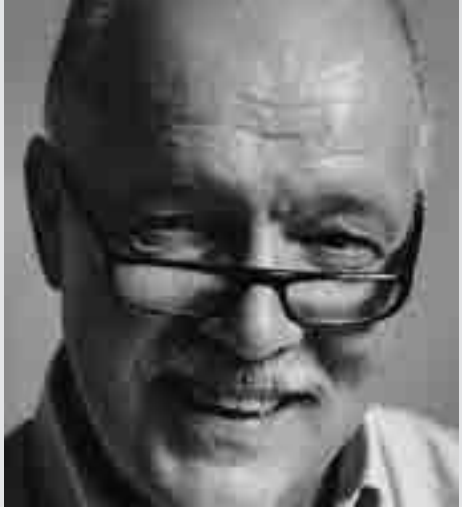
Es fehlt der Respekt

(„Nomophobie“, KVH-Journal 11/2012, Seite 21)

Ergänzend zu Ihrem Artikel möchte ich bemerken, dass ein Arztbesuch immer mehr als Event betrachtet wird. Es kommt nicht nur der Patient, sondern Opa, Oma und Kinderwagen kommen auch noch mit. Die Patienten betreten die Praxis inzwischen mit Brötchentüten, Eis, und sie denken, dass im Wartezimmer ein Picknick gemacht werden kann. Diese Kaffee-to-go-Mentalität ist außerordentlich störend und unangemessen. Es fehlt der Respekt vor dem Arzt und der Sache. Mehr als das klingelnde Handy während eines Beratungsgeprächs stört mich das Kauen von Kaugummis.

Dr. Angelika Biewener,
Chirurgin in Eppendorf

Kolumne von Dr. Bernd Hontschik,
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



Abzocke

Was ist das für ein wunderbarer Anfang mit diesem neuen Jahr! Eine Atmosphäre herrscht in meiner Praxis, die kannte ich gar nicht mehr, so ruhig, so friedlich. Seit acht Jahren war täglicher Ärger, manchmal auch lautstark, die Regel: Streitereien mit Patienten, die „zufällig kein Geld dabei" oder samstags zehn Euro im Notdienst bezahlt hatten und nun noch mal zur Kasse gebeten werden mussten. Vorbei! Die Praxisgebühr ist endlich abgeschafft!

Ein ganz anderer Ärger mit Geld geht aber weiter. Gestern war Frau Atasoy da, 51 Jahre alt, Reinigungskraft, seit einigen Monaten Schmerzen im linken Fuß. Sie habe viel Geld ausgegeben, um diese los zu werden. Na ja, denke ich, bei was für Scharlatanen wird sie wohl gewesen sein, schließlich ist sie doch Versicherte bei einer gesetzlichen Krankenkasse. „Wofür haben Sie viel Geld gebraucht?", frage ich sie.

Sie holt die Rechnung eines Orthopäden über 64,41 Euro aus der Tasche, datiert vom 25.9.2012: Untersuchung und Beratung bei einer lebensverändernden Krankheit, Röntgen des Fußes und des Sprunggelenkes in zwei Ebenen. Immerhin hat er nur den einfachen Satz genommen, der Menschenfreund! Dann die Rechnung eines anderen Orthopäden vom 26.10.2012, der sich erlaubt, für eine „Schmerzbehandlung in Form von Infusionen" 100 Euro zu berechnen. Und noch eine Rechnung und noch eine und noch eine. Warum sie sich denn nicht als gesetzlich Versicherte ausgewiesen habe? Dann hätte sie einen Termin erst in drei Monaten bekommen. Wenn sie privat bezahle, könne sie gleich hierbleiben.

Wenn sie privat bezahle, könne sie hierbleiben, sagte der Arzt zur Patientin. Sonst müsse sie drei Monate warten.

Es kommt aber noch schlimmer: Die Behandlung habe nichts geholfen, und wegen einer schweren Arthrose im Fuß müsse man sie noch am Knie operieren; was ich dazu meine, will sie wissen. Sie zeigt mir die Röntgenbilder: weit und breit keine Arthrose. Und wieso eine OP am Knie? Als ich die Patientin untersuche, wundert sie sich, das habe bislang keiner gemacht, sie sei gleich ins Röntgen, dann zum Kernspintomogramm geschickt worden. Wegen Zeichen einer peripheren Polyneuropathie, einer Nervenerkrankung, schicke ich sie zum Neurologen.

Wenn diese Geschichte ein Einzelfall wäre, wäre sie keine Kolumne wert. So etwas geschieht aber täglich, immer wieder. Es handelt sich schlicht um widerliche Abzocke mit miserabler Medizin. Leute, Patientinnen und Patienten, nehmt solche Rechnungen, geht zu Eurer Krankenkasse und zur Kassenärztlichen Vereinigung und zeigt diese Ärzte an!

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Dr. Hans-Michael Köllner

Geburtstag: 10. März 1949
Familienstand: verheiratet, zwei Kinder
Fachrichtung: Allgemeinmedizin, Palliativmedizin
Weitere Ämter: Mitglied im Beratenden Fachausschuss Hausärzte, im Finanzausschuss und im Landesausschuss
Hobbys: Theater, Oper, Musik

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Ich wollte nie etwas anderes werden oder sein als Arzt. Für Unzufriedenheit sorgt allerdings die unerbittliche Zunahme der Bürokratie.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Dass sich die Hausärzte so schwer tun, mit einer Stimme zu sprechen, ist problematisch. Die Eindämmung von Grabenkämpfen zwischen den Hausärzten ist deshalb ein wichtiges politisches Ziel.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Die Gesundheitspolitik muss die Ausbreitung von Ambulatorien und MVZ eindämmen und die freien Praxen stärken. Die Niederlassungsfreiheit der Ärzte ist ein hohes Gut und muss erhalten bleiben.

Und welche Rolle sollte die KV spielen? Die KV ist für die Vertragsärzte und –psychotherapeuten unverzichtbar und bleibt Dreh- und Angelpunkt im Gesundheitssystem.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Angela Merkel. Ich würde gerne mehr über den Menschen hinter der offiziellen Person erfahren: Was bewegt sie, was treibt sie an?

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich hätte gerne die Zeit, öfter auf Reisen zu gehen.

Korrektur

Im Steckbrief von Frau Dr. Isolde de Vries, der in der vergangenen Ausgabe (1/2013) veröffentlicht wurde, war die Angabe der Fachrichtung unvollständig. Die vollständige Qualifikation lautet: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse.
Wir bitten dieses Versehen zu entschuldigen.

Terminkalender

Vertreterversammlung der KV Hamburg

Vertreterversammlung: Do. 11.4.2013 (ab 20.00 Uhr)
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP® auf die Version 2010 umzustellen.
Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi. 20.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

10 Punkte

Seminar „Der QM-Praxis-Check“

Dieses Seminar nimmt die Organisation und die Kommunikation der Praxis unter die Lupe. Beispielhaft wird der Praxisdurchlauf eines Patienten nachgestellt. Das Gesamt-Erscheinungsbild sowie einzelne Bereiche der Praxis wie z. B. Anmeldung, Wartezimmer, Sprechzimmer, Labor, werden beleuchtet.

Mi. 27.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:
- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi. 10.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

"Fit am Empfang"

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi. 24.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert, rundet dieses Seminar ab.

Mi. 15.05.2013 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr. 14.06.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 15.06.2013 (08:30-16:30 Uhr)
Teilnahmegebühr:
Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:
www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement
Telefonische Auskunft und Anmeldung:
Ursula Gonsch Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2013
2. bis 15. April 2013

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen, die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungsspektrum der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

Foto: Felix Faller