

# KMVH *journal*

## WIE WÜRDEN SIE REAGIEREN?

*Schwierige Gesprächssituationen  
im Praxisalltag*



### **ABRECHNUNG**

*Fragen und Antworten zum ILB*

### **AUFRUF**

*Führen Sie Hausbesuche durch!*

## IMPRESSUM

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

## IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich  
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: Abt. Öffentlichkeitsarbeit,  
Martin Niggeschmidt  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 12/2013 (1. Dezember 2013)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Mit medialem Echo hat Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks die Ergebnisse eines „Morbidity Atlas“ für die Hansestadt vorgestellt. Ihr Fazit: Die Ärzte haben ihre Praxen nicht da, wo die kränkeren Menschen wohnen. Nun hängen sowohl die Wahl des Praxisstandortes als auch vor allem die Wahl des Arztes durch den Patienten von vielen Faktoren ab. Das gibt Frau Prüfer-Storcks auch zu und hütet sich, allzu voreilige Schlüsse aus dem Gutachten zu ziehen. In der Tat werden wir die Erkenntnisse des „Morbidity Atlas“ durch weitere Informationen ergänzen müssen wie beispielsweise, ob die Patienten nicht ganz bewusst Ärzte außerhalb ihres „Sprengels“ aufsuchen. Gegen die bereits vorgebrachten Ideen in Richtung „kleinräumige Bedarfsplanung“ sprechen jedenfalls weiterhin deutlich mehr Argumente als dafür. Die Freiheit des Patienten, sich den Arzt seines Vertrauens zu suchen, ist ein hohes Gut; die freie Standortwahl des Arztes aber auch. Wir werden wachsam sein.

**Ihr Walter Plassmann,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**

## INHALT



### AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14\_** Fragen und Antworten  
Praxisferien zwischen Weihnachten und Neujahr: An Werktagen muss ein Vertreter benannt werden
- 16\_** Fragen und Antworten zum Individuellen Leistungsbudget (ILB)
- 18\_** Aufruf: Bitte führen Sie Hausbesuche durch!  
Gesundheitsbehörde weist auf Poliomyelitis-Fälle in Syrien hin

### SCHWERPUNKT

- 06\_** Nachgefragt: Was beim Arzt-Patienten-Gespräch wichtig ist
- 08\_** Keine Zeit für Gespräche?
- 09\_** Schwierige Gesprächssituationen im Praxisalltag

### QUALITÄT

- 19\_** Geänderte Standards für Ultraschall-Qualitätsprüfung  
Ringversuchspflicht für Schwangerschaftstests entfällt

### WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag - unter anderem zum **Honorar** und zur **Abrechnung**, zur **Pharmakotherapie** und zur **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge heruntergeladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



### ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20\_** Übersicht zur Verordnungsfähigkeit von Hustenmitteln
- 21\_** Ergebnisse der Nutzenbewertung von Gliptinen
- 22\_** Antibiotika ja oder nein? Der konkrete Fall (4. Folge): Rhinosinusitis

### KV INTERN

- 26\_** Zum Tod von Dr. Hartmut Horst
- 27\_** KV Hamburg ist „ausgezeichneter Ausbildungsbetrieb“
- 28\_** KV-Justitiar Gerd Filler geht in den Ruhestand

### RUBRIKEN

- 02\_** Impressum
- 03\_** Editorial

### AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 13\_** Bekanntmachungen im Internet

### KOLUMNE

- 29\_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

### KV INTERN

- 24\_** Leserbrief und Korrektur
- 30\_** Steckbrief: Dr. Andreas Mohr
- 31\_** Terminkalender

### BILDNACHWEIS

Titelbild: blojfo/fotolia  
 Seite 9, 10, 11: Michael Zapf; Seite 23: Felix Faller/alinea; Seite 16: Miriam Doerr/fotolia; Seite 19: oksun70/fotolia; Seite 22: Michal Komorniczak/wikipedia; Seite 27: Jochen Kriens, Fotografci/fotolia; Seite 28: Jochen Kriens; Seite 29: Barbara Klemm; Seite 32: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

## Was ist wichtig beim Arzt-Patienten-Gespräch?



**Sonja Chevallier**  
Ärztin und Vorstandsmitglied der  
Patienteninitiative e.V.  
in Hamburg

### Transparenz herstellen

Wichtig ist, dass der Arzt oder die Ärztin den Patienten als Mensch ernst nimmt und versucht, ihm die Diagnose und die verschiedenen Behandlungsoptionen transparent zu machen. Immer öfter gibt es heutzutage Patienten, die sich bereits im Internet und aus anderen Quellen informiert haben. **Aufgabe des Arztes ist es, diese Kenntnisse nicht von vornherein zu belächeln oder abzutun, sondern dabei zu helfen, die Vielfalt dieser Informationen richtig einzuordnen und zu verstehen.**

Auf Augenhöhe wird die Arzt-Patienten-Kommunikation nicht immer stattfinden. Ein kranker Mensch befindet sich nun mal oft in einer schwächeren Position. Der Arzt sollte aber versuchen, dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und am Ende einen Konsens über die Behandlungsstrategie zu erzielen. ■



**Dr. Sandra Quantz**  
Allgemeinmedizinerin  
in Langenhorn



**Prof. Dr. Marcus Siebolds**  
Prodekan des Fachbereichs  
Gesundheitswesen der  
katholischen Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen

## Zeit nehmen

Als Mitarbeiterin am UKE habe ich mich wissenschaftlich mit dem Arzt-Patienten-Gespräch beschäftigt. Jetzt bin ich niedergelassen, und ich erlebe, wie schwierig es sein kann, die theoretischen Ansprüche in die Praxis umzusetzen. Ein falsches Wort kann das Verhältnis zum Patienten bereits beeinflussen - doch kein Arzt kann in jedem Moment empathisch und achtsam sein. Dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation zeitneutral ist oder sogar Zeit einspart, erlebe ich in vielen Fällen. In meiner Praxis werde ich Schnupfen-Patienten dennoch nicht dazu ermutigen, mir allzu ausgiebig ihre Symptome zu schildern. **Für Patienten, die tatsächlich kommunikative Zuwendung brauchen, werde ich mir Zeit nehmen.** Im Übrigen macht mir meine Arbeit mehr Freude, wenn die Kommunikation gut gelingt und der sich verstanden und ernst genommen fühlende Patient gerne zu mir kommt. ■

## Relevanz beachten

Ärzte antworten oftmals auf Fragen, die vom Patienten gar nicht gestellt wurden. Aus Perspektive des Arztes stehen die klinischen Endpunkte Morbidität und Mortalität im Vordergrund. „Lebensqualität“ sieht der Arzt in ihrer ganz allgemeinen, klinischen Bedeutung. Für den Patienten hingegen sind ganz spezifische Fragen wichtig: Welche Symptome werde ich entwickeln und wie können diese kontrolliert werden? Welche Auswirkung hat die Erkrankung für meine Lebensplanung?

Wenn ein Patient mit Prostatakarzinom über 70 Jahre alt ist und keine Symptome hat, kann es sein, dass die Krankheit für ihn ohne Bedeutung ist. Eine 26-jährige Diabetikerin hingegen möchte beispielsweise wissen, wie sie die Belastung durch Unterzuckerungen bei einer schwangerschaftstypischen Stoffwechseleinstellung bewältigen und ob sie ihre Rolle als Mutter bis zum Erwachsenwerden des Kindes ausfüllen kann. **Symptome und Lebensplanung - das sind die relevanten Kategorien, zu denen Arzt und Patient gemeinsame Antworten finden und gemeinsame Entscheidungen treffen müssen.** ■

VON DR. CADJA BACHMANN  
UND SILKE ROSCHLAUB

# Keine Zeit für Gespräche?

Studien beweisen: Kommunikationskompetente Ärzte arbeiten effizienter – und erzielen die besseren Behandlungsergebnisse. Das Training guter Arzt-Patienten-Gespräche wird immer wichtiger.



**D**as Thema Kommunikation wurde in der Medizin lange Zeit vernachlässigt. Es gab Ärzte, die als geschickt galten im kommunikativen Umgang mit ihren Patienten – und es gab Ärzte, denen eine solche Begabung abgesprochen wurde. Heute ist unstrittig, dass man professionelle Arzt-Patienten-Gespräche trainieren kann, und dementsprechend rückt

die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen zunehmend in den Blickpunkt der ärztlichen Ausbildung.

Begleitet wurde diese Entwicklung von einer entsprechenden Studienlage. Sie zeigt, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation ein wichtiger Faktor für die Patientenzufriedenheit ist. Kommunikations-

kompetente Ärzte haben adhärentere Patienten und sie erzielen bessere Behandlungsergebnisse. Das alles hat auch Vorteile für die Ärzte: Sie arbeiten effektiver, erhalten weniger Beschwerdefälle und sind mit ihrer Arbeit zufriedener.

Natürlich ist jeder Patient und jede Kommunikationssituation anders. Dennoch lassen sich einige

Faustregeln für ein professionelles Gespräch in der Arztpraxis herausarbeiten. Am Anfang einer Konsultation sollte der Gesprächsanteil des Patienten deutlich höher sein als der des Arztes. Der Patient soll sein Anliegen vortragen können, ohne unterbrochen zu werden. Ärzte sollten hier dem Patienten ihre volle Aufmerksamkeit schenken, möglichst ohne in ihren Unterlagen zu blättern oder den Computer zu bedienen. Studien zufolge hört der Patient normalerweise etwa nach einer Minute von selbst auf zu sprechen. Bis dahin hat er sein Anliegen recht umfassend dargelegt. Dennoch werden Patienten im Mittel nach elf bis 24 Sekunden unterbrochen. Dies erfolgt meist durch Einsatz geschlossener Fragen wie zum Beispiel: „Ist der Schmerz im rechten Unterbauch?“ Diese Fragen, die der Patient mit Ja oder Nein beantwortet, haben einen sehr engen Fokus. Umfassendere Informationen erhalten Ärzte durch offene Fragen: „Können Sie mir Ihre Beschwerden bitte näher beschreiben?“

**ES HAT SICH BEWÄHRT**, die Patienten nach ihren Krankheits- und Therapiekonzepten zu fragen. Haben die Patienten selbst eine Erklärung für die Krankheit? Welche Vorstellungen haben sie von den Ursachen, Verläufen, Konsequenzen und Behandlungspräferenzen? Wenn der Patient beispielsweise vermutet, seine Verdauung sei aus dem Lot geraten, weil er vor zwei Monaten eine Impfung bekam, kann der Arzt oder die Ärztin diese Vorstellung aufgreifen und den Patienten ermutigen, weiter zu überlegen. „Nehmen wir an, die Impfung hat nachweislich keine Auswirkung auf die Darmfunktion. Gab es vielleicht ein anderes

## »Ich kann nicht mehr!«

Um schwierige Gesprächssituationen zu trainieren, setzt das UKE Laiendarsteller ein. Wir zeigen einige Szenarien, mit denen die Teilnehmer eines Workshops am „Tag der Allgemeinmedizin“ konfrontiert wurden.

### Fordernder Patient mit Rückenschmerzen



Szenario 1: Unerträgliche Schmerzen ohne erkennbare körperliche Ursachen - was hat der Patient?

Der Patient kommt zum wiederholten Male mit starken Rückenschmerzen in die Praxis. Eine gravierende körperliche Ursache konnte bislang nicht festgestellt werden. Sofort drängt er wortreich auf eine ärztliche Behandlung: „Ich halte das nicht mehr aus! Ich muss jetzt gleich zum Doktor! Ich brauche eine Spritze, Massagen und eine Krankschreibung. Ich glaube, ich habe einen Bandscheibenvorfall!“

Das Wartezimmer ist voll, viele Patienten sitzen schon seit einer Stunde dort. Wie reagieren die Medizinischen Fachangestellten und der Arzt auf diesen Druck?

Die Kommunikationsaufgabe besteht darin, deeskalierend zu handeln, sich persönlich abzugrenzen und dennoch das Verhalten des Patienten nicht als inadäquat abzutun. Die Grenzen eines möglichen Entgegenkommens könnten transparent gemacht und ohne Wertung kommuniziert werden: „Ich verstehe, dass Sie jetzt gern sofort den Doktor sehen möchten.

Bitte gedulden Sie sich noch etwas, ich bemühe mich um eine Lösung.“ Die Workshop-Teilnehmer sollten das fordernde Auftreten des Patienten auch als Ausdruck seiner inneren Verfassung und als ein mögliches Gesprächsangebot zu seiner psychosozialen Situation ansehen. In dieser Situation wäre es hilfreich, nach subjektiven Erklärungsmodellen des Patienten zu fragen: „Es wurden bereits viele Untersuchungen durchgeführt und Therapien eingeleitet, wir konnten nichts Gravierendes feststellen und die Therapien haben nicht wirklich gut geholfen. Haben Sie eine Erklärung hierfür?“ Auf diesem Wege könnte festgestellt werden, dass der Patient unter seiner Arbeitssituation leidet. Er hat einen neuen, sehr anspruchsvollen Vorgesetzten, muss viele Überstunden machen. Er fühlt sich der gestiegenen Belastung und dem Leistungsdruck einfach nicht mehr gewachsen. „Es geht nicht mehr, ich kann einfach nicht mehr arbeiten!“

Ereignis, das von außen einwirkte?“ Die Antworten des Patienten können dem Arzt beispielsweise Hinweise auf psychosomatische Funktionsstörungen geben.

**ÄRZTE, DIE EINE** empathische Beziehung zum Patienten aufbauen und einen offenen Kommunikationsstil pflegen, erhalten mehr Informationen. Dem Patienten soll Raum

gegeben werden – auch Raum dafür, Dinge zu benennen, die über den konkreten Konsultationsanlass hinausgehen. Der Arzt erkennt auf diese Weise leichter Begleiterkrankungen und psychosoziale Belastungen oder er stellt beispielsweise fest, dass es dem Patienten nicht zuvorderst um eine Behandlung, sondern um die Verrentung oder eine ärztliche Bescheinigung geht.

Natürlich gibt es auch Patienten, die sehr viel und unstrukturiert sprechen und bei denen man mit einem offenen Kommunikationsstil nicht weiterkommt. Diese Patienten muss man eingrenzen und steuern.

Bekanntlich lässt sich bei der Diagnosestellung schon durch das Arzt-Patienten-Gespräch eine Trefferquote von etwa 70 bis 80 Prozent erzielen. Der Verdacht wird dann

## Umgang mit Demenz



Szenario 2: Privatpatient mit Bluthochdruck, verwirrte Ehefrau.

Ein älteres Ehepaar betritt morgens ohne Termin die Praxis, es kommt mit dem Taxi direkt vom Bahnhof. Die Patientin, seit fünf Jahren demenzkrank, strebt ängstlich und verwirrt ständig zum Ausgang. Der hochrote, von Kopfschmerzen geplagte Ehemann mit einem schwereinstellbaren Hypertonus betont unmissverständlich den Wunsch nach dringender Behandlung und seinen Status als Privatpatient: „Das war vielleicht eine furchtbare Reise! Meine Frau hat unsere Tochter bei deren Hochzeit nicht erkannt! Hätte ich sie bloß nicht mitgenommen! Und was wir

heute Nacht durchgemacht haben! Ständig ist sie durch die Zugabteile geirrt und hat sich auch noch in die Hosen gemacht. Mir platzt der Kopf.“ Der Ehemann erwartet eine sofortige Konsultation sowie die Ausstellung eines „Taxi-Scheins“.

Die Kommunikationsaufgabe ist hier die Bewältigung der Interaktion mit zwei Patienten, die Klärung und die Einschätzung der Dringlichkeit des Konsultationsanlasses: Wie ist die gesundheitliche Situation des Mannes, wie beruhige ich ihn? Wie erreiche ich die verwirrte Demenzpatientin und wie kommuniziere ich am besten mit ihr?

In der zunächst chaotischen Situation und der ungeduldigen Anspruchshaltung des Ehemannes sollte zunächst Ruhe und Souveränität ausstrahlt werden. Hier spielen verbale und non-verbale Signale eine wichtige Rolle. Der Ehemann ließe sich in der Empfangssituation beispielsweise beruhigen durch: „Gut, dass Sie gekommen sind. Die Situation ist ja wirklich schwierig. Ich kann mir vorstellen, wie anstrengend und belastend das für Sie war. Jetzt kümmern wir uns um Ihre Frau, aber auch um Sie und Ihren Bluthochdruck!“ Hier wird Verständnis für die Sorge, die Überforderung und für die Selbstvorwürfe des Patienten signalisiert und der Patient in seiner Verantwortung entlastet. Ärztlicherseits könnte diese Gelegenheit genutzt werden, um Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige aufzuzeigen und damit der Überforderung des Ehemannes entgegen zu wirken. Die demenzkranke Ehefrau könnte durch einen beruhigenden Tonfall und durch eine non-verbale freundliche Zuwendung in ihrer Agitiertheit erreicht werden. Der Kommunikationsstil sollte von einfachen, klar formulierten Sätzen geprägt sein.

durch eine körperliche Untersuchung und weiterführende diagnostische Methoden untermauert oder falsifiziert. Diese Prozentzahl variiert allerdings je nach Qualität des Gesprächs – das zeigt eine neue Studie. Im Rahmen eines internationalen Kooperationsprojekts wurden holländische und deutsche Studierende im vergangenen Jahr in identische Situationen gebracht: Das Setting waren herausfordernde Konsultationen mit Schauspielpatienten, bei denen die Diagnose nicht sofort klar war. Die holländischen Studenten hatten an ihrer Universität ein intensives Kommunikationstraining erhalten. Auch aufgrund dieser Kompetenzen stießen sie durch klinisches Denken und gezielteren Einsatz von zusätzlicher Diagnostik sehr viel schneller auf die Diagnose als ihre kommunikativ weniger gut ausgebildeten deutschen Kommilitonen. Am Ende kamen zwar beide Gruppen zum richtigen Ergebnis. Doch die deutschen Studenten ordneten signifikant mehr – und teilweise nicht erforderliche – diagnostische Untersuchungen und Abklärungen an.

Das Argument „Ich habe keine Zeit für lange Patientengespräche“ zieht also nicht. Auch wenn es auf den ersten Blick paradox wirkt: Wer Raum für das qualifizierte Gespräch mit Patienten gibt, arbeitet effizienter, ohne dass sich die Konsultationszeiten entscheidend verlängern.

**GUTE ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCHE** können dazu beitragen ungezielte Diagnostik zu vermeiden. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen ist die Vermeidung unnötiger Kosten durchaus von Bedeutung. Neben dem ökonomischen Aspekt muss beachtet wer-

## Überbringen einer schlechten Nachricht



Szenario 3: Zwischen Hoffen und Bangen

Die Patientin kommt eine halbe Stunde zu früh in die Praxis. Eine Woche zuvor war ihr bei einer Darmspiegelung eine Gewebeprobe entnommen worden. Das Ergebnis der Untersuchung soll ihr heute mitgeteilt werden. Die Patientin ist sehr unruhig und angespannt und macht sich große Sorgen, dass sie Darmkrebs hat. Sie fühlt sich verzweifelt, weint und schwankt zwischen Hoffen und Bangen. Die Ungewissheit und der Wunsch nach Gewissheit drückt sich jedoch auch in Vorwurf und Anklage über die lange Wartezeit in der Praxis aus: „Warum kann ich nicht endlich mit meinem Arzt sprechen? Sie halten mich doch nur hin! Sie wissen doch was ich habe, warum erzählt mir nur niemand etwas?“

Die Kommunikationsaufgabe für das Praxispersonal ist hier, die schwierige Situation unterstützend und einfühlsam auszuhalten: „Das Warten ist sehr schlimm für Sie, das verstehe ich. Leider muss ich Sie noch ein wenig trösten, vielleicht mögen Sie sich auf diesen Stuhl in unserer Nähe setzen.“ Auf ärztlicher Seite wird das empathische Überbringen der schlechten Nachricht „Darmkrebs“ fokussiert. Für das Patientenverständnis ist zu berücksichtigen, dass das abweisende Verhalten der Patientin ein Ausdruck ihrer Angst ist. Am

Anfang des Gesprächs steht das Beziehungsangebot des Arztes: „Wie geht es Ihnen? Ich sehe, dass Sie sehr aufgeregt sind. Möchten Sie mir Ihre Gedanken und Sorgen mitteilen?“ Hier muss Arzt erfassen, wie viel Aufklärung für die Patientin momentan tragbar ist und wie ihre Ressourcen für die Verarbeitung der Diagnose sind. Dann folgt die Aufklärung, die oftmals mit den Worten eingeleitet wird: „Ich habe leider eine schlechte Nachricht für Sie ... Es tut mir leid, Ihnen sagen zu müssen ...“ Nach der Diagnosemitteilung sollte der Patientin Raum und Zeit gegeben werden, die Nachricht zu verarbeiten. Eindeutige Gesprächspausen und das Aufgreifen der Patienten-Emotionen können hier als geeignete Kommunikationstechniken genutzt werden. Entscheidend ist, dass nach der Mitteilung der Diagnose die Beziehung nicht abbricht. Ärztlicherseits ist wichtig, dass der Patientin Zuversicht vermittelt wird, da dies die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflusst. Falls die Patientin in der gegenwärtigen Situation nicht mehr aufnahme- und entscheidungsfähig ist, können weitere Gespräche – auch in Begleitung von Angehörigen – angeboten werden, in denen das weitere Vorgehen und die Therapieoptionen besprochen werden.

## Das Simulationspatienten-Programm am UKE

Die auf den vorherigen Seiten abgedruckten Fotos wurden im Rahmen eines Workshops am „Tag der Allgemeinmedizin“ am 9. November 2013 aufgenommen. Bei den dabei eingesetzten „Simulationspatienten“ handelt es sich um Laienschauspieler, die durch ein intensives Training Patientenrollen authentisch und realitätsnah darstellen können. „Das war wie mit echten Patienten, unglaublich realistisch!“, urteilte eine Workshopteilnehmerin. Entsprechend der interprofessionellen Ausrichtung des Workshops fokussierten die Rollen der Simulationspatienten auf die Situation an der „Anmeldung“ und im „Behandlungszimmer“ mit den jeweils berufsgruppenspezifischen Herausforderungen in der Kommunikation. Im Anschluss an die praktische Übung erhielt jeder der Teilnehmer ein strukturiertes Feedback mit der Möglichkeit der individuellen Reflexion und des interprofessionellen Austauschs.

International hat sich der Einsatz von Simulationspatienten als didaktische Methode seit Jahrzehnten bewährt. Das Simulationspatientenprogramm am Institut für Allgemeinmedizin des UKE fungiert seit 2005 als Kompetenzzentrum und bietet umfangreiche Kommunikationstrainings in der Aus-, Fort- und Weiterbildung an. Das Programm verfügt über mehr als 100 Simulationspatienten, die in 96 Patientenrollen eingesetzt werden.

Arzt die Entscheidung über die Behandlungsstrategie überlassen?

Fest steht: Immer mehr Patienten sind selbstbewusst und gut informiert - und wollen an den Entscheidungen über die Therapie beteiligt werden. Die Ärzte bringen ihr Fachwissen ein, müssen aber offen mit Unsicherheiten umgehen. Sie können zwar Studien zu Rate ziehen, die Auskunft über statistische Wahrscheinlichkeiten geben. Den Behandlungserfolg bei einem bestimmten Patienten vorhersehen können sie jedoch nicht immer. Oft gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten, und zur Entscheidung müssen letztlich auch subjektive Kriterien herangezogen werden, um den individuellen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden.

**AUCH BEI DER** Entscheidung über die Behandlungsstrategie spielt das Krankheits- und Therapiekonzept des Patienten eine Rolle. Welche Vorstellungen hat der Patient von seiner Krankheit und von den Behandlungsmöglichkeiten? Welche Erwartungen hat er an den Arzt oder die Ärztin? Wenn Ärzte nicht wissen, dass ihre Patienten beispielsweise keine Medikamente verschrieben bekommen möchte, weil sie „dieser ganzen Chemie“ misstrauisch gegenüber stehen, wird ihnen die Non-Compliance der Patienten ein Rätsel bleiben. Deshalb ist es wichtig, die Vorstellungen und die Erwartungen des Patienten zu erfassen und mög-

**Kontakt: Dr. Cadja Bachmann und Silke Roschlaub**  
**Institut für Allgemeinmedizin,**  
**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**  
**E-Mail: c.bachmann@uke.uni-hamburg.de**

den, dass Patienten durch sogenannte Über-Diagnostik möglicherweise Leid zugefügt wird. Viele Untersuchungen sind invasiv, stellen einen Eingriff in die Integrität des Patienten dar und bergen gesundheitliche Risiken.

Der Paradigmenwechsel von der Arztzentrierung hin zur Patienten-

zentrierung betrifft auch die Art, wie über die Behandlungsstrategie entschieden wird. Im Gespräch muss der Arzt herausfinden, welche Erwartungen der Patient hat: Möchte er gern partnerschaftlich behandelt werden? Möchte er vollständig informiert werden? Oder möchte er von allem dem nichts hören und dem

### Literatur:

Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2013 Oct;93(1):18-26. doi: 10.1016/j.pec.2012.10.016. Epub 2012 Nov 28.

Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhans I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen: *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc83.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001 Mar 10;357(9258):757-62.

Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology* 2003;12:599-611.

Zolnier KB, DiMatteo RM. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826-34.

Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ. Systematic

review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77:219-26.

Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002 Sep 28;325(7366):697-700.

Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, Blackmore D, Winslade N, Girard N, Du Berger R, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA.* 2007 Sep 5;298(9):993-1001.

lichst gemeinsam eine Behandlungsstrategie zu erarbeiten. Das fördert die Adhärenz: Die Patienten halten sich eher an einen Behandlungsplan, an dessen Erstellung sie selbst mitgewirkt haben.

Im medizinischen Beratungsgespräch ist der Gesprächsanteil des Arztes naturgemäß höher als im Anamnesegespräch. Der Arzt erläutert die Optionen. Er tut dies in allgemeinverständlicher Sprache und vergewissert sich: Hat mein Patient mich richtig verstanden? Und: Habe ich meinen Patienten richtig verstanden? Wir empfehlen, wichtige Gesprächspassagen kurz zusammenzufassen. Diese Technik ist sehr effektiv, wird aber bislang noch zu wenig genutzt.

Auch am Ende der Konsultation sollte die Essenz des Gesprächs nochmals in Stichpunkten wiederholt werden. So kann man auf einfache Weise herausfinden, ob Arzt und Patient zusammengefunden haben oder ob es Diskrepanzen gibt.

Grundvoraussetzung dafür, ein guter Arzt oder eine gute Ärztin zu sein, ist nach wie vor das Fachwissen. Doch kommunikative und praktische Kompetenzen gehören heute gleichfalls zum Kernbereich der ärztlichen Ausbildung.

#### **DR. CADJA BACHMANN UND SILKE ROSCHLAUB**

sind ärztliche Mitarbeiterinnen am Institut für Allgemeinmedizin des UKE.

Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation. *Z Allg Med* 2004; 80: 53-57

Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns*. 2013 Nov;93(2):298-305. doi: 10.1016/j.pec.2013.05.019.

Harendza S, Alofs L, Huiskes J, Wijnen-Meijer M. Ordering patterns for laboratory and radiology tests by students from different undergraduate medical curricula *BMC Med Educ*. 2013; 13: 109. doi: 10.1186/1472-6920-13-109 PMID: PMC3751874

## Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

### I. Verträge

- Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1970 geboren wurden mit der AOK Rheinland/Hamburg (Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen).

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Vorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST:

Anlage 1 wurde aktualisiert.

- 1. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse

- 8. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

- 8. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ II

- 7. Nachtrag zum DMP KHK

**II. Hinweis:** Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist für folgenden Beschluss des Landesschiedsamtes jetzt abgelaufen:

- Beschluss des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung Hamburg über die Honorarvereinbarung 2013 vom 15.08.2013 und die Anlage der Sitzungsniederschrift vom 15.08.2013

**III. Hinweis:** Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist für folgende Verträge jetzt abgelaufen:

- Vereinbarung über eine Übergangslösung zur Einführung des „erweiterten Basis-Ultraschalls“ aufgrund der Änderungen der Mutterschaftsrichtlinien durch den G-BA ab 1. August 2013 mit der IKK classic.

- 36. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996 über die Abrechnung der Sachkosten auf dem Behandlungsschein mit dem vdek ab 1. Januar 2013.

- 3. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 25.11.2011 mit der Knappschaft über die Anpassung der bestehenden Regelung zur Anrechnung der Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung ab 1. April 2013.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. ■

Infocenter, Tel: 22802 - 900

## 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**

### CHRONIKERPAUSCHALEN

**Ist es richtig, dass die neuen Chronikerpauschalen nach den GOPs 03220 und 03221 EBM in einem Quartal nicht nebeneinander berechnungsfähig sind?**

Ja. Eine Abrechnung beider Gebührenordnungspositionen in einem Behandlungsfall ist ausgeschlossen.

### ABRECHNUNG DER CHRONIKERPAUSCHALEN

**Für die Abrechnung der Chronikerpauschalen schreibt der EBM eine „kontinuierliche ärztliche Behandlung“ vor. Was bedeutet das?**

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn in mindestens drei der letzten vier Quartale jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) stattgefunden hat. Dabei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten Kontakte stattgefunden haben. Die „Kontinuität“ dieser ärztlichen Behandlung ist auch noch gegeben, wenn es zu einem Wechsel des betreuenden Hausarztes kommt. In diesem Fall muss der neue Hausarzt die bei dem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt in diesem Fall durch eine Ergänzung der entsprechenden Chronikerpauschale mit dem Buchstaben „H“.

### PERSÖNLICHER ARZTKONTAKT

**Worin besteht der Unterschied zwischen einem persönlichen und einem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt?**

Der EBM unterscheidet in seinen Allgemeinen Bestimmungen zwischen einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, einem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt und einem anderen Arzt-Patienten-Kontakt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitliche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Ein anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient an demselben Ort voraus. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Arzt und Patient miteinander telefonieren. Bei einem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt handelt es sich beispielsweise um ein Gespräch zwischen dem Arzt und einer legitimierten Person (z. B. dem Lebenspartner). Mittelbar ist der Kontakt auch, wenn beispielsweise die Helferin im Auftrag des Arztes Informationen weitergibt, also der Arzt an dem Kontakt nicht direkt beteiligt ist.

### PAUSCHALE FACHÄRZTLICHE GRUNDVERSORGUNG

**Wird die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung von der KV zugesetzt?**

Ja, die PFG wird automatisch von der KV zugesetzt, sofern diese Leistung vom Arzt nicht selbst abgerechnet wurde.



BEHANDLUNG OHNE VERSICHERTENKARTE

**Ein Patient hat vor Inanspruchnahme keine gültige Versichertenkarte vorgelegt. Nach Ablauf von zehn Tagen haben wir eine Privatrechnung ausgestellt. Müssen wir diese Privatrechnung zurücknehmen, wenn der Patient seinen Anspruchsnachweis zu einem späteren Zeitpunkt nachreicht?**

Laut Anlage 4a des BMV ist die Privatvergütung zurückzuzahlen, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Versichertenkarte bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird.

MELDEPFLICHT DER KRÄTZE

**Ist Scabies (Krätze) eine meldepflichtige Erkrankung?**

Laut Infektionsschutzgesetz § 33 und § 34 ist die Erkrankung von Scabies oder der Verdacht auf die Erkrankung in Gemeinschaftseinrichtungen, wie beispielsweise Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen oder Heimen, dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich zu melden.

BEZUG VON BTM-REZEPTEN

**Woher bekommen wir BtM-Rezepte?**

BtM-Rezepte werden über die Bundesopiumstelle mit Sitz in Bonn bezogen. Sie erhalten das Formular zur Erstanforderung von Betäubungsmittel-Rezepten im Internet auf der Webseite des BfArM unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) im Abschnitt „Betäubungsmittel“ unter „Formulare“. Alternativ können Sie die benötigten Unterlagen für die Erstanforderung auch schriftlich (Anschrift: 53175 Bonn, Kurt-Georg-Kiesinger-

Allee 3) anfordern. Für Informationen zur Ausgabe von BtM-Rezepten oder BtM-Anforderungsscheinen steht zusätzlich eine Hotline der Bundesopiumstelle unter der Rufnummer 0228/207-4321 zur Verfügung. Sie ist täglich von 9 bis 12 Uhr erreichbar.

DMP ASTHMA UND COPD

**Kann ein Patient gleichzeitig am DMP Asthma und am DMP COPD teilnehmen, wenn entsprechend beide Diagnosen vorliegen?**

Nein. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Asthma und COPD ist nicht möglich.

Infocenter Tel: 22802-900



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

## Praxisferien zwischen Weihnachten und Neujahr

An Werktagen muss ein Vertreter benannt werden

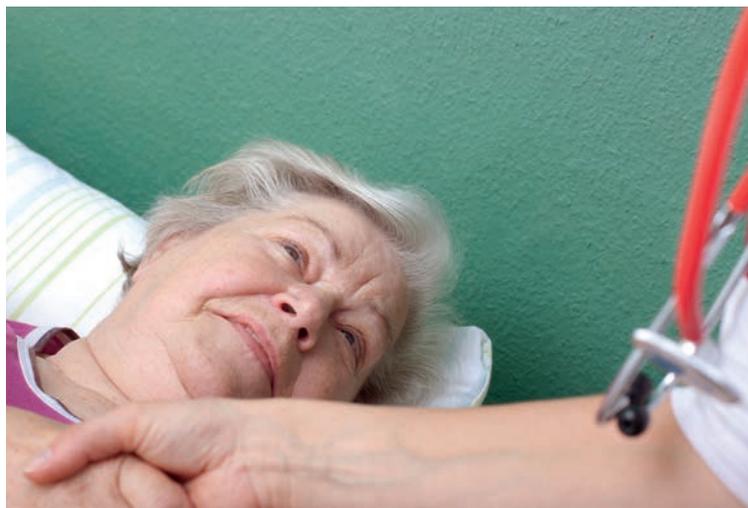
Sollten Sie zwischen Weihnachten und Neujahr ihre Praxis für einige Tage schließen, dürfen Sie an den Werktagen nicht auf den ärztlichen Notfalldienst Hamburg verweisen. Der Bundesmantelvertrag gibt vor, dass auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche ein Vertreter benannt werden muss und dies in geeigneter Weise (zum Beispiel durch einen Praxisaushang) bekannt gegeben werden muss. Die Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzusprechen.

## Fragen und Antworten zum ILB

Zum 4. Quartal 2013 hat die KV Hamburg **Individuelle Leistungsbudgets (ILB)** eingeführt. Hierzu gab es in den vergangenen Wochen einige Nachfragen.

### Wie werden die neuen hausärztlichen Geriatrieleistungen vergütet? Sind diese Bestandteil meines ILB?

Nein, die neuen hausärztlichen geriatrischen Leistungen (GOP 03360 und 03362 EBM) werden aus einem gesonderten Volumen vergü-



tet. Dieses umfasst auch die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung (GOP 03370, 03371, 03372, 03373 sowie 04370, 04371, 04372 und 04373 EBM) und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte (GOP 04355 EBM). Diese Leistungen sind also nicht in Ihrem ILB enthalten.

Sofern das Vergütungsvolumen ausreicht, werden Ihnen diese Leistungen zu den regionalen EBM-Preisen, ansonsten nach den verfügbaren Mitteln quotiert vergütet.

### In der Vergangenheit habe ich ein Kontingent für meine Haus- und Heimbefuche der GOP 01410, 01413 und 01415 EBM erhalten. Warum gibt es dieses jetzt nicht mehr? Sind diese nun Bestandteil meines ILB?

Die Haus- und Heimbefuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM fallen nicht länger in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, sondern werden Ihnen nun extrabudgetär und damit zu den vollen regionalen Preisen des EBM vergütet.

### Ich bin psychologischer Psychotherapeut und frage mich, wie ich mit meinem niedrigen ILB von nur 2.550,07 Euro meine Patienten psychotherapeutisch versorgen soll. Oder sind gar nicht alle Leistungen in meinem ILB enthalten?

Nein, nicht alle Leistungen sind in Ihrem ILB enthalten. Umfasst sind Ihre Leistungen aus Kap. 23 EBM, also Ihre Grundpauschalen und das psychotherapeutische Gespräch, die nicht antragspflichtigen Leistungen des Kap. 35.1 (Ausnahme GOP 35150 EBM), die psychodiagnostischen Testverfahren des Kap. 35.3 EBM sowie weitere allgemeine Leistungen des EBM, wie die schriftlichen Mitteilungen und Gutachten nach Kap. 1.6 EBM, Leistungen der besonderen Inanspruchnahme nach Kap. 1.1 EBM oder Kostenpauschalen nach Kap. 40.4 oder 40.5 EBM. Die antrags- und genehmigungspflichti-



gen Psychotherapien des Abschnitts 35.2 EBM werden von den Kassen nun extrabudgetär vergütet. Auch die probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM werden Ihnen als Psychotherapeut extrabudgetär vergütet. Diese Leistungen sind also nicht in Ihrem ILB enthalten.

### Welche Antragsmöglichkeiten bestehen weiterhin?

Eine Anpassung des ILB kann bei Vorliegen eines außergewöhnlichen Grundes im Vorjahresquartal (z.B. Krankheit des Arztes) erfolgen, wenn dieser Grund zu einem außergewöhnlich niedrigen ILB des Arztes geführt hat. Darüber hinaus kann ein Antrag aus Gründen der Sicherstellung gestellt werden.

### Warum erhalte ich als Psychotherapeut nicht auch ein ILB auf Basis meines eigenen Anforderungs-/ Vergütungsanteils wie alle anderen Arztgruppen mit ILB?

Nach Diskussion mit dem Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie wurde innerhalb Ihrer Gruppe eine andere Verteilungsform eingeführt. Weil die Fallzahlen und Leistungsbedarfe in den einzelnen Quartalen bei Psychotherapeuten oft großen Schwankungen unterliegen, wäre eine Bindung an Vorjahresergebnisse nicht sachgerecht. Stattdessen erhält jeder Psychotherapeut ein durchschnittliches, über die Gruppe der Psychotherapeuten berechnetes ILB (unter Berücksichtigung seines Versorgungsauftrages).

### Wer bekommt eigentlich ein ILB? Auch angestellte Ärzte?

Die ILB sind arztbezogene individuelle Leistungsbudgets, die sich auf Basis der abgerechneten Leistungen eines Arztes im Vorjahr errechnen. Dies gilt für zugelassene Ärzte ebenso wie für angestellte oder ermächtigte Ärzte.

### Ich habe in der Vergangenheit einen Antrag auf Anpassung meiner RLV/QZV gestellt, da ich eine Besonderheit im Bereich der Psychosomatik habe. Dies führt zu einer hohen Anforderung pro Fall, was im System der RLV/QZV nicht abgebildet wurde. Den Anträgen wurde in den vergangenen Quartalen stattgegeben. Muss ich weiterhin Anträge stellen?

Einen Antrag können Sie natürlich auch weiterhin stellen. Maßgeblich für die Berechnungen der ILB sind allerdings die mit den Honorarbescheiden des entsprechenden Vorjahresquartals festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche zuzüglich etwaiger nachträglicher Vergütungen beispielsweise aus erfolgreichen Antragsverfahren. Die Besonderheiten Ihrer Abrechnung fließen durch die neue Berechnungssystematik auf Basis Ihrer Anforderung also schon automatisch in Ihre ILB mit ein. Anträge, die auf einem individuell besonderem Abrechnungsverhalten fußen, werden daher mangels Sachgrund für eine Anpassung zum größten Teil abgelehnt werden.

**Ansprechpartner:**  
**Infocenter,**  
**Tel. 22802-900**

## Poliomyelitis in Syrien

Laut Information des Robert Koch-Institutes (RKI) wurde die WHO am 17.10.2013 über eine Häufung akuter schlaffer Lähmungen (AFP) in Ostsyrien (Provinz Dair az Zur) informiert. Am 1.11.2013 berichtete das RKI, dass mittlerweile bei zehn von 22 identifizierten AFP-Fällen eine Infektion mit dem Polio-Wildvirus Typ 1 bestätigt worden ist. Der überwiegende Anteil der Polio-Fälle ist jünger als zwei Jahre alt und war nicht beziehungsweise nicht vollständig geimpft. Aufgrund der Flüchtlingsbewegungen muss in Deutschland eine mögliche Einschleppung von Polioviren durch Asylsuchende aus Syrien sehr ernst genommen werden.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) bittet daher die Hamburger Ärzte, die Notwendigkeit einer Enterovirus-Diagnostik bei akuter schlaffer Lähmung oder auf virale Meningitis/Enzephalitis in ihre diagnostischen Überlegungen mit einzubeziehen. Bei entsprechendem Verdacht kann die Diagnostik kostenlos in einem Labor aus dem Labornetzwerk Enterovirus-Diagnostik (LaNED) durchgeführt werden.

Ebenso bittet die BGV, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim RKI (STIKO) in Hinblick auf die genannte Indikationsgruppe aber auch zu der Standardimpfung der Allgemeinbevölkerung und die Polio-Auffrischungsimpfung bei Reisen in ein Polio-Risikogebiet bei den Patientenkontakten zu berücksichtigen.

**Weitere Informationen zur Poliomyelitis finden sich online im „Ratgeber für Ärzte“ des RKI: [www.rki.de/ratgeber](http://www.rki.de/ratgeber).** ■

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



Aufruf an die  
hausärztlichen Kollegen

## Führen Sie Hausbesuche durch!

Wir Ärztinnen und Ärzte des Hausärztkreises Hamburg Nord-Ost stellen immer wieder fest, dass sich in unserer Nachbarschaft als „hausärztlich tätig“ ausgewiesene Kollegen weigern, Hausbesuche durchzuführen.

Alle Mitglieder unseres Hausärztekreises kennen diese Problematik: Die älter, kranker und somit arbeitsintensiver gewordenen Patienten werden von ihren bisherigen Hausärzten am Telefon abgewiesen. Da heißt es wortwörtlich: „Suchen Sie sich einen neuen Hausarzt.“

Abgesehen davon, dass wir ein derartiges Verhalten für ärztlich fragwürdig halten, ärgern wir uns darüber, dass diese Kollegen ihre Arbeit auf unsere Schultern abwälzen, obwohl doch nach Auskunft der Rechtsabteilung der KV Hamburg bei einer entsprechenden Indikation die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen besteht.

Die KV Hamburg hat uns dazu aufgefordert, die unserem Hausärztkreis bekannten Hausbesuchs-Verweigerer namentlich zu nennen. Doch das würde das Nachbarschaftsklima zusätzlich vergiften, was wir nicht wollen.

Deshalb appellieren wir auf diesem Wege an die hausärztlichen Kollegen, ihren Pflichten nachzukommen und notwendige Hausbesuche durchzuführen.

**DR. BETTINA DICK, ULRIKE KUNZE,  
DR. DORIS FISCHER-RADIZI**

für die Kolleginnen und Kollegen des  
Hausärztkreises Hamburg Nord-Ost



## Überarbeitete Standards für Ultraschall-Qualitätsprüfung

Die KV Hamburg hat die „Hinweise zur Umsetzung der Qualitätsprüfung Ultraschall“ in enger Zusammenarbeit mit den beratenden Ultraschallkommissionen der KV Hamburg und der KV Schleswig-Holstein überarbeitet. Die Hinweise regeln in Ergänzung der aktuellen Ultraschallvereinbarung die Prüfung der bildlichen und schriftlichen Dokumentation von ultraschalldiagnostischen Leistungen und deren Bewertung im Rahmen der Stichprobenprüfung. Sie definieren die Standards der Bilddarstellung und der schriftlichen Befundung für alle in der Ultraschallvereinbarung vorgesehenen Anwendungsbereiche.

Diese Standards sind ab dem 1. April 2014 Grundlage der Stichprobenprüfungen im Einzelfall gemäß § 136 SGB V (Qualitätskontrolle).

In den „Hinweisen zur Umsetzung der Qualitätsprüfung Ultraschall“ finden Sie Informationen über:

- Dokumentationsformen (Ausdruck, digitale Medien),
- Vorlagefristen,
- den Aufbau der beratenden Sonographiekommission,
- den Prüfungsablauf,
- Ergebnisermittlung und Maßnahmen,
- allgemeine Anforderungen an die bildliche Dokumentation für alle Anwendungsbereiche nach der Ultraschall-Vereinbarung,
- spezielle Anforderungen für einzelne Anwendungsbereiche nach der Ultraschall-Vereinbarung.

Wir empfehlen Ihnen, Ihre ultraschalldiagnostischen Untersuchungen gemäß der „Hinweise zur Umsetzung der Qualitätsprüfung Ultraschall“ zu dokumentieren. Im Rahmen der Stichprobenprüfung werden die dort aufgeführten Dokumentationsparameter als Standard herangezogen.

Die „Hinweise zur Umsetzung der Qualitätsprüfung Ultraschall“ finden Sie als PDF im Internet:

[www.kvhh.de/Qualität](http://www.kvhh.de/Qualität) ■

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Kay Siebolds**  
**Tel: 22802-478**



## Ringversuchspflicht für Schwangerschaftstest entfällt

Ärzte, die Schnelltests auf Schwangerschaft durchführen, müssen nicht mehr an Ringversuchen teilnehmen. Auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 23. August 2013 wurde die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen entsprechend geändert. Somit entfällt mit sofortiger Wirkung die Ringversuchspflicht für die GOP 32132 – Schwangerschaftsnachweis – EBM. (Bekanntmachung aus dem Deutschen Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 39, 27.09.2013) ■

**Anprechpartner:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Michael Bauer**  
**Tel: 22802-388**

## Verordnungsfähigkeit von Hustenmitteln

Die Regelungen zur Verordnung von Hustenmitteln führen immer wieder zu Nachfragen. Die Verordnungsfähigkeit ist in vielen Fällen eingeschränkt oder ausgeschlossen. Hier eine Übersicht.

Arzneimittel zur Behandlung von Husten (soweit indiziert und hierfür zugelassen)	Für Erwachsene (ab 18 Jahren)	Für Jugendliche (ab 12 Jahren)	Für Kinder (unter 12 Jahren) und Jugendliche (ab 12 bis 17 Jahren) mit Entwicklungsstörungen
<b>Nicht verschreibungspflichtige / apothekenpflichtige Mittel</b>	<b>Nicht verordnungsfähig</b>	<b>Nicht verordnungsfähig</b>	<b>Eingeschränkt verordnungsfähig</b> Kombinationspräparate nur, wenn sie entweder <u>nur</u> schleimlösende oder <u>nur</u> hustenreizstillende Wirkstoffe enthalten (s. u.) Alkoholgehalt beachten!
Monapax®	Nicht verordnungsfähig	Nicht verordnungsfähig	Unwirtschaftlich, da Kombination aus schleimlösenden und hustenreizstillenden Wirkstoffen (BSG Urteil!)
Homöopathische Komplexmittel	Nicht verordnungsfähig	Nicht verordnungsfähig	Unwirtschaftlich nach Auskunft des GKV Spitzenverbandes (im Einzelfall möglich, aber ggf. erhöhte Begründungspflicht)
Homöopathische Mittel, apothekenpflichtig/ Monopräparate	Nicht verordnungsfähig	Nicht verordnungsfähig	verordnungsfähig
<b>Verschreibungspflichtig</b>	<b>Eingeschränkt verordnungsfähig</b> Kombinationspräparate nur, wenn sie entweder <u>nur</u> schleimlösende oder <u>nur</u> hustenreizstillende Wirkstoffe enthalten; Nicht bei Erkältungskrankheiten oder grippalem Infekt	<b>Eingeschränkt verordnungsfähig</b> Kombinationspräparate nur, wenn sie entweder <u>nur</u> schleimlösende oder <u>nur</u> hustenreizstillende Wirkstoffe enthalten	<b>Eingeschränkt verordnungsfähig</b> Kombinationspräparate nur, wenn sie entweder <u>nur</u> schleimlösende oder <u>nur</u> hustenreizstillende Wirkstoffe enthalten; Alkoholhaltige Mittel meiden
Codein-Monopräparat	Verordnungsfähig zur Behandlung des Reizhustens (Indikation dokumentieren); Nicht bei Erkältungskrankheiten oder grippalem Infekt	Verordnungsfähig zur Behandlung des Reizhustens	Verordnungsfähig zur Behandlung des Reizhustens; Alkoholhaltige Mittel meiden
Spasmo - Mucosolvan®	Nur verordnungsfähig, wenn die Behandlung spastischer Verengungen wie z.B. beim Asthma bronchiale im Vordergrund steht und Monopräparate nicht ausreichend wirksam sind (Dokumentation!)	Nur verordnungsfähig, wenn die Behandlung spastischer Verengungen wie z.B. beim Asthma bronchiale im Vordergrund steht und Monopräparate nicht ausreichend wirksam sind (Dokumentation!)	Nur verordnungsfähig, wenn die Behandlung spastischer Verengungen wie z.B. beim Asthma bronchiale im Vordergrund steht und Monopräparate nicht ausreichend wirksam sind (Dokumentation!)

Stand: Oktober 2013

Welche Hustenmittel sind nun für Kinder noch verordnungsfähig? Beispielsweise:

- Monopräparate z.B. mit Efeu-Extrakt, Acetylcystein oder Ambroxol
- Kombinationspräparate, die Wirkstoffe aus einer Wirkstoffgruppe enthalten wie z.B. zwei schleimlösende Wirkstoffe wie Efeu- und Thymianextrakt oder Thymian und Primelwurzel.

Bitte bedenken Sie, dass auch für die Verordnung von Arzneimitteln für Kinder das Wirtschaftlichkeitsgebot (notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich) gilt.



## Nutzenbewertung von Gliptinen

Mit Beschluss vom 1. Oktober 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstmals die Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Bestandsmarkt abgeschlossen. Bewertet wurden Sitagliptin (Januvia®, Xelevia®), Vildagliptin (Galvus®) und Saxagliptin (Onglyza®) sowie entsprechende Wirkstoffkombinationen mit Metformin (Janumet®, Velmetia®, Eucreas®) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Um einen schnellen Überblick über die unterschiedlichen Ergebnisse zu erhalten haben wir diese tabellarisch kurz zusammengefasst.

Wirkstoff	Indikation	Zweckmäßige Vergleichstherapie	G-BA-Beschluss
Gliptin	Plus Sulfonylharnstoff	Humaninsulin plus Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) ggf. nur Humaninsulin	Der Zusatznutzen ist nicht belegt.
Gliptin	Plus Sulfonylharnstoff Plus Metformin	Humaninsulin plus Metformin	Der Zusatznutzen ist nicht belegt.
Gliptin	Plus Insulin	Humaninsulin ggfs. plus Metformin	Der Zusatznutzen ist nicht belegt.
Sitagliptin	Monotherapie	Glibenclamid, Glimepirid	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen
	Plus Metformin	Metformin Plus Glibenclamid, Glimepirid	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen
Vildagliptin <sup>3</sup>	Monotherapie	Glibenclamid, Glimepirid	Der Zusatznutzen ist nicht belegt.
	Plus Metformin	Glibenclamid, Glimepirid Plus Metformin	Der Zusatznutzen ist nicht belegt.
Saxagliptin <sup>1,2</sup>	Plus Metformin	Metformin plus Glibenclamid, Glimepirid.	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen

<sup>1</sup> Für die Monotherapie von Saxagliptin bestand zum Zeitpunkt der Dossiereinreichung noch keine Zulassung.

<sup>2</sup> Für die Fixkombination aus Saxagliptin/Metformin (Komboglyze®) wurde bereits eine reguläre Nutzenbewertung durchgeführt, da diese erst nach dem 1.1.2011 in Verkehr gebracht worden ist.

<sup>3</sup> Die Nutzenbewertungen der Fixkombinationen Sitagliptin/Metformin und Vildagliptin/Metformin ergaben die gleichen Ergebnisse wie die der Einzelsubstanzen in den entsprechenden Kombinationen.

Zum Hintergrund: Der G-BA kann auf Antrag seiner Mitglieder oder Patientenorganisationen für bereits zugelassene und im Verkehr befindliche Arzneimittel (Arzneimittel im Bestandsmarkt) eine Nutzenbewertung veranlas-

sen (§ 35a Absatz 6 SGB V in Verbindung mit 5. Kapitel, § 16 Verfo). Dabei sollen vorrangig Arzneimittel bewertet werden, die für die Versorgung von Bedeutung sind oder mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die ein Beschluss

über die Nutzenbewertung nach § 35a Abs. 3 SGB V bereits vorliegt. (Pressemitteilung des G-BA vom 7. Juni 2012)

Sie finden die Beschlüsse im Volltext unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → (Frühe) Nutzenbewertung

**Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln:  
Abteilung Praxisberatung  
Tel. 22802-571 / -572**

# Antibiotika bei Rhinosinusitis: ja oder nein?

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

**I**m Rahmen des Bündnisses für eine rationale Antibiotikatherapie wird in diesem Beitrag eine weitere Leitlinie der DEGAM vorgestellt. Die Erwartung ist, dass durch eine größere Bekanntheit der evidenzbasierten Leitlinien - und häufigere Anwendung - der unnötige Einsatz von Antibiotika reduziert werden kann.

## DER FALL

Mittwochmorgen-Sprechstunde. Eine 25-jährige Studentin, bisher nicht bekannt, stellt sich mit seit drei Tagen bestehender „verstopfter Nase“, eitrigem, gelb-grünem Schnupfen und Kopfschmerzen vor. In der vorangegangenen Woche habe sie Husten und Schnupfen gehabt. Sie sei eigentlich auf dem Weg der Besserung gewesen, bevor der eitrige Schnupfen einsetzte. Sie möchte, dass „jetzt etwas passiert“, weil sie schon in der letzten Woche beeinträchtigt gewesen sei und im Lernplan „hinterherhinke“. Sie habe in den letzten Tagen mehrfach Ibuprofen genommen, das habe aber nur vorübergehend geholfen.

## BEFUND:

Etwas reduzierter AZ und adipöser EZ, Temperatur 37,4°C, im Bereich der Sinus maxillares leichte Rötung

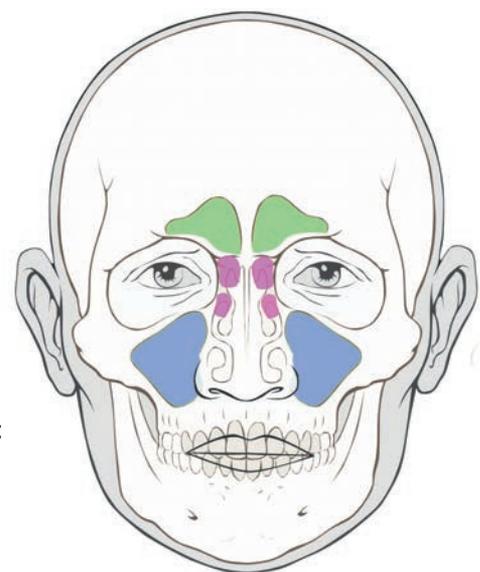
und leichter Klopfeschmerz rechts mehr als links, Sinus frontales frei, Schleim-Eiterstrasse an der Rachenhinterwand, leicht gerötete Tonsillen, Lunge frei. Beim Beugen des Oberkörpers nach unten unangenehmes Druckgefühl im Bereich der Sinus maxillares. Keine Nackensteifigkeit, keine neurologischen Symptome. Allergien und Polypen seien bei ihr nicht bekannt.

## FRAGESTELLUNGEN:

- Ist weiterführende Diagnostik indiziert, und wenn ja, welche?
- Welche Therapie ist zu empfehlen?
- Sollte ein Antibiotikum verordnet werden und wenn ja, welches?

Man spricht von einer akuten Rhinosinusitis, wenn die Symptomatik kürzer als acht Wochen besteht und es weniger als vier Episoden pro Jahr gibt. Die akute Rhinosinusitis entsteht meist bei einer viralen Entzündung der Luftwege mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen insbesondere durch Sekretstau. Bei etwa 30 Prozent der hausärztlichen Patienten sind Bakterien die Ursache.

Die großen Nasennebenhöhlen befinden sich im Stirnbereich sowie rechts und links neben der Nase im Oberkiefer. Darüber hinaus gibt es die Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle (nicht im Bild)



- Stirnhöhlen
- Siebbeinzellen
- Kieferhöhlen

Von chronischer Rhinosinusitis wird gesprochen, wenn die Symptomatik länger als acht Wochen anhält oder mehr als vier Episoden pro Jahr auftreten – mit Restsymptomatik. Die chronische Rhinosinusitis ist häufig mit einer allergischen Rhinitis, anatomischen Abflussbehinderungen (mit und ohne Poly-



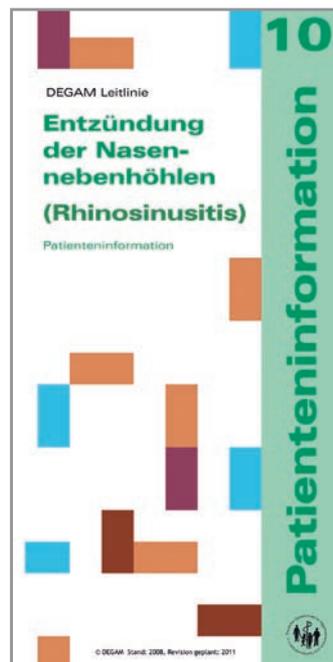
penbildung) und Besiedelung mit *Staphylococcus aureus* assoziiert. Pilzinfektionen sind selten und treten insbesondere bei Immunschwäche auf.

#### VORGEHEN IN DER PRAXIS

Die Diagnosestellung einer akuten Rhinosinusitis ist in der Regel nach Anamnese und körperlicher Untersuchung möglich. Die in der Falldarstellung beschriebenen Symptome sind typisch. Seltene gefährliche Verläufe sollten, soweit möglich, klinisch ausgeschlossen werden. Dazu gehören intracerebrale Abszesse, Meningitis, Sinusvenenthrombose, Orbitalplegmone und Osteomyelitis. Als Warnzeichen für Komplikationen gelten starke Schmerzen, Gesichtsschwellungen, anhaltendes Fieber, Lethargie und neurologische Symptome.

#### WEITERFÜHRENDE DIAGNOSTIK?

Weitere Untersuchungen erscheinen bei der oben skizzierten Patientin nicht angemessen. Bei Verdacht auf Komplikationen oder unklarer Diagnose käme eine Untersuchung von CRP oder BSG, Computertomographie oder eine Endoskopie der Nasengänge in Frage. Konventionelles Röntgen, Ultraschall und Diaphanie sind wenig sensitiv und im primärärztlichen Bereich bei akuter Rhinosinusitis nicht zur Indikation einer Antibiotikatherapie geeignet.



Patienteninformation der DEGAM-Leitlinie Nr. 10

#### THERAPIE

Neben allgemeinen Maßnahmen, wie ausreichend trinken, sich moderat bewegen, Wasserdampfinhalationen gegebenenfalls mit Cineol bzw. Gentianaextrakten, Analgetika (z.B. Paracetamol oder Ibuprofen, weil besser abschwellend) und lokalen Sympathomimetika (möglichst selten, Kinderdosierung und ohne Benzalkoniumchlorid) stellt sich die Frage nach einer antibiotischen Therapie.

Grundsätzlich sollten Antibiotika nur bei drohenden Komplikationen eingesetzt werden (Anzeichen hierfür starke Kopfschmerzen, Lethargie, Schwellungen), die von einer CRP oder BSG-Erhöhung begleitet werden (CRP > 10 mg/l oder BSG > 10mm/h). Antibiotika der 1. Wahl sind Amoxicillin 3 x 500mg/d, Azithromycin 500mg/d bzw. Cefuroxim 2 x 250mg/d. 2. Wahl sind Makrolide, Amoxicillin und Clavulansäure oder Doxycyclin oder Co-trimoxazol. Im Falle einer bestehenden Schwangerschaft ist Amoxicillin das Mittel der Wahl.

#### GESPRÄCH MIT DER PATIENTIN

Die Patientin möchte, dass „jetzt etwas passiert“. Es empfiehlt sich, sie zu fragen, was genau sie darunter versteht und welche Therapie sie neben dem Ibuprofen selber schon begonnen hat. Wenn sie beispielsweise bisher keine Inhalationen angewendet hat, so könnte der Beginn dieser Maßnahme ihr reichen, als etwas, das nun „passiert“.

Auch eine regelmäßige Einnahme des Ibuprofen über drei Tage ist eine mögliche Empfehlung. Möchte sie explizit ein Antibiotikum verschrieben haben, erläutern Sie, dass zum jetzigen Zeitpunkt kein Antibiotikum notwendig ist, weil die Entzündung dadurch nicht beeinflussbar ist. Der Zustand wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch ohne Antibiotikum innerhalb einiger Tage verbessern. Leider dauert auch eine unkomplizierte Nasennebenhöhlenentzündung bis zu zwei Wochen.

Wenn die Patientin trotzdem weiter auf dem Antibiotikum besteht, könnte sie für den Freitag wieder einbestellt werden. Die Patientin sollte zur Unterstützung des Gespräches die Patienteninformation der DEGAM Leitlinie Nr. 10 (<http://leitlinien.degam.de/>) mitbekommen.

#### PD DR. MED.

#### HANNA KADUSZKIEWICZ

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin

## Leserbriefe

KVH-Journal Nr. 10/2013, Schwerpunktthema ADHS

### Polarisierende Darstellung

Ich bin entrüstet über Ihre Darstellung des Themas ADHS im *KVH-Journal*. Statt Ihrer Ankündigung im Vorwort zu einer differenzierten, seriösen Berichterstattung wäre das Niveau „Bild Dir Deine Meinung“ wohl zutreffender.

Die Darstellung der sogenannten Fakten ist deutlich polarisierend und nicht mit korrekter Verhältnismäßigkeit der Wirkungsweise. Wenn ein Pharmakologe Stimulantien als Dämpfer erklären kann, vor seltensten UW warnt, als würde es jeden 2. treffen können, degradieren Sie Ihre eigene Zeitschrift. Der Diskussionsbeitrag „Allein mit der eigenen Hilflosigkeit“ schön Psychotherapie als einzig wahre Hilfe mit dem Allerweltsargument der „Ursachenbehebung“, welches spätestens seit Erkenntnissen über biopsychosoziale Wechselwirkungen überholt sein sollte. Damit vermitteln Sie fachfremden Kollegen ein falsches Bild über die Wirkungsweise von Methylphenidat und Alternativen.

Wenn Sie schon Experten zu Wort kommen lassen wollen, warum fragen Sie nicht die, die 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr mit den Schwierigkeiten einer „erfundenen Krankheit“ zu kämpfen haben: die betroffenen Eltern und Kinder/Jugendlichen? Zum Beispiel eine alleinerziehende Mutter, die einerseits der ARGE erklären soll, dass sie nicht Vollzeit arbeiten kann und gleichzeitig den Lehrern Rechenschaft abgeben soll, warum sie nicht dafür sorgen kann, dass das Kind seine Hausaufgaben vollständig hat, wofür es ohne Medikation schon mal zwei Stunden jeden Tag brauchen kann, aber nur wenn jemand es solange neben ihm geduldig sitzend unterstützt. Später kann sie dann mit dem Psychotherapeuten ihres Kindes zusammen überlegen, was sie tun kann, damit sie selbst entspannter ist, um geduldig ihr Kind zum 20. Mal zum Zähneputzen auffordern zu können. Oder fragen Sie Kinder ohne Medikation, wie viel altersgerechte Freizeit ihnen zur Verfügung steht, wenn sie Lerntherapie, Psychotherapie, Ergotherapie und Förderunterricht in der Woche hinter sich haben, deren Effektivität nicht besser belegt ist.

Es besteht kein Zweifel, dass der Einsatz von Methylphenidat im Einzelfall gut überprüft und begleitet werden muss, dafür gibt es gut ausgebildete Fachärzte. Hilfreich ist es für diese und die Betroffenen jedoch nicht, wenn Haus- und Kinderärzten durch Ihre falsche Darstellung eine Meinung vermittelt wird, die zu einer kategorischen Ablehnung führen muss. „Guter, seriöser Journalismus“ sieht meines Erachtens anders aus.

Inken Kraus,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -Psychotherapie,  
Familienzentrum Nord MVZ

KVH-Journal Nr. 10/2013,  
S. 29: „Verdrehtrauma“

### Überflüssige Impfungen?

Was bitte schön hat eine dermaßen undifferenzierte Kolumne zu ernsthaften Problemen unseres Versorgungssystems in einem offiziellen Organ der Ärzteschaft verloren? Wenn bewährte Werkzeuge der präventiven Medizin als „Verschwendung“ und „überflüssige Impfungen“ oder „trügerische Sicherheit“ verunglimpft werden, empfinde ich das als äußerst deplaziert. Eine mögliche Außenwirkung wäre fatal, wo gleichzeitig Kampagnen für „Deutschland sucht den Impfpass“ gestartet werden. Da dies nicht die erste sonderliche Nischenmeinung des Kollegen Hontschik an gleicher Stelle ist, meine ich: Der Platz im *KVH-Journal* sollte besser verwendet und die Inhalte kritischer gewürdigt werden.

Dr. Joachim Kulemann,  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
in Bergedorf

### Entgegnung des Autors

#### Sehr verehrter Kollege

**Kulemann**, in meinem Text „Verdrehtrauma“ geht es um das Märchen, die Fortschritte der Medizin würden diese immer teurer machen. Am Beispiel der Meniskusverletzung kann man sowohl bei



### Korrektur und Hinweis

KVH-Journal Nr. 9/2013, S. 26: „Antibiotika bei Harnwegsinfekt: ja oder nein?“

### Missverständliche Empfehlung

der Diagnostik als auch bei der Operation erkennen, wie durch den Fortschritt der Kernspintomographie und der Arthroskopie der Patient geschont wird und die Kosten gesunken sind. Ganz am Ende meines Textes habe ich darauf hingewiesen, wo meiner Meinung nach das Geld tatsächlich verschwendet wird.

Niemals würde ich mich gegen Impfungen aussprechen, aber das Debakel mit der Schweinegrippe, der Impfung und dem Tamiflu dürfte selbst Ihnen noch in Erinnerung sein.

Und: Sind Sie mit allen Vorsorgekampagnen einverstanden?

Und: Was private Klinikinvestoren für Prioritäten setzen, um die Renditen der Aktionäre zu sichern, das sehen wir in Hessen jeden Tag: zum Beispiel in der Universitätsklinik Marburg/Gießen, in den Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden und neuerdings auch im Stadtkrankenhaus Offenbach.

In einer Leitlinie können nicht alle denkbaren klinischen Konstellationen erfasst und umfassend dargestellt werden, auch eine Leitlinie kann nur einen Handlungskorridor aufzeigen. Aus Sicht des federführenden Autors der Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ und als Ergebnis gemeinsamer Erörterung mit dem Autor des Artikels ist die Fallbeschreibung und die daraus abgeleitete Empfehlung in dem Artikel missverständlich.

Bei der Patientin liegt aufgrund der Temperatur von  $> 38^\circ$  am Vortag ein fieberhafter Harnwegsinfekt vor. Damit ist zunächst im Sinne der Langfassung der Leitlinie ein komplizierter Harnwegsinfekt anzunehmen. Die Differenzialdiagnose Pyelonephritis – ein abwendbar gefährlicher Verlauf – muss in dieser Situation bedacht werden. Ein komplizierter Harnwegsinfekt sollte automatisch dazu führen, dass eine körperliche Untersuchung durchgeführt wird, um diesem Verdacht nachzugehen. Im Fallbericht wäre die Erwähnung einer körperlichen Untersuchung erforderlich gewesen. Die therapeutische Konsequenz im Falle einer Pyelonephritis / eines komplizierten Harnwegsinfektes wäre eine andere antibiotische Behandlung.

Der Einsatz von Fosfomycin ist eben nur dann adäquat, wenn wie hier eine Verdachtsdiagnose wie komplizierter Harnwegsinfekt durch eine körperliche Untersuchung sich nicht bestätigen lässt (kein Flankenschmerz, kein klopfschmerzhaftes Nierenlager) und kein Fieber  $> 38^\circ$  besteht.

Wesentlicher Bestandteil der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist, dass es neben der Langfassung immer auch eine Kurzfassung der Leitlinie sowie eine Patienteninformation gibt. In der Kurzfassung wird versucht, alle wesentlichen Informationen auf einer Doppelseite zu versammeln – dies mit dem Ziel, die Akzeptanz und Implementierung in den Praxisalltag zu erleichtern. Dieser Kürze ist es geschuldet, dass Fieber in der Kurzfassung nicht unter den komplizierenden Faktoren genannt wird, sondern lediglich in der Begründung für eine körperliche Untersuchung. In der in Kürze anstehenden Überarbeitung der Leitlinie wird dies deutlicher herausgestellt werden.

Beste Grüße  
Dr. Bernd Hontschik

Dr. Guido Schmiemann, MPH  
(Autor der Leitlinie)  
Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abteilung 1: Versorgungsforschung/  
Department for Health Services Research  
Universität Bremen  
E-Mail: schmiemann@uni-bremen.de

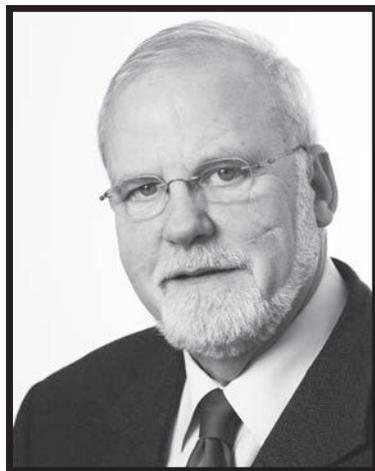
Dr. Hans-Otto Wagner  
(Autor des Artikels im KVH-Journal)  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Institut für Allgemeinmedizin  
E-Mail: h.wagner@uke.de

### LESERBRIEFE

KV Hamburg - Redaktion KVH-Journal - Humboldtstraße 56 - 22083 Hamburg  
Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de

## Idealbild eines Arztes

Das ehemalige KV-Vorstandsmitglied **Dr. Hartmut Horst** ist 71-jährig in Hamburg gestorben



**DR. HARTMUT HORST** war das Idealbild eines Arztes: ein kompetenter Mediziner, ein kämpferischer Standesvertreter und ein Staatsbürger, der auch unter Inkaufnahme hoher persönlicher Risiken für seine politischen Überzeugungen eintrat. Mehr als alles andere charakterisiert ihn sein Einsatz als Fluchthelfer im Jahr 1964. Der 22-jährige Student gehörte zu einer Gruppe junger Männer, die Tunnel unter der

Berliner Mauer hindurch gruben und Ostdeutschen zur Flucht verhalfen. Woher er den Mut nahm, sein Leben für andere aufs Spiel zu setzen, fragte ihn die Tageszeitung *Die Welt* später. Die Fluchthilfe sei ein Akt der Menschlichkeit gewesen, antwortete Hartmut Horst. „Ich habe mich immer schon für andere verantwortlich gefühlt. Deswegen bin ich auch Mediziner geworden.“

**ICH LERNTÉ HARTMUT HORST** als Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg kennen. Seine Praxis am Lerchenfeld war eine der ersten onkologischen Schwerpunktpraxen in Hamburg, und weil sich dieser Versorgungsbereich damals gerade in größerem Umfang aus dem Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich verlagerte, waren wir froh, dass er 1995 in den KV-Vorstand gewählt wurde. Er brachte sein Wissen und seine Erfahrungen ein, war mit ganzem Herzen dabei. Zwischenzeitlich fungierte er als Qualitätssicherungsbeauftragter der KV, wurde später Sprecher des Beratenden Fachausschusses Fachärzte.

Seine Arbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung war geprägt von der ihm eigenen Geradlinigkeit. Er war ein kritischer Mitstreiter. Gleichzeitig gehörte er zu jenen absolut integren Standespolitikern, denen es nie um persönliche

Interessen oder um Belange der eigenen Fachgruppe ging, sondern immer ums große Ganze. Er kämpfte für alle KV-Mitglieder und für die bestmögliche Versorgung der Patienten.

**WANN IMMER ICH** für jemanden aus meinem Bekanntenkreis einen guten Internisten brauchte, empfahl ich Hartmut Horst. Er hat sich unglaublich liebevoll um seine Patienten gekümmert. Hartmut Horst war Arzt mit Leib und Seele, einer, der sich ganz den Menschen zuwandte und sich für sie engagierte.

Nach seinem Ausscheiden aus der Praxis und aus seinen standespolitischen Ämtern im Jahr 2007 war er weiterhin für die KV tätig. Wann immer Not am Mann war, konnte man mit ihm rechnen. Er arbeitete sich schnell in die verschiedensten Themen ein und verstand es, gegenüber der Behörde und anderen Institutionen als Vertreter der KV und der Vertragsärzte aufzutreten. Er übernahm die Aufgabe des Pandemiebeauftragten und koordinierte den Einsatz der Praxen während der Impfung gegen die „Schweinegrippe“. Er war innerhalb der KV für das Thema MRSA zuständig. Und er beriet über viele Jahre hinweg als Pharmakotherapieberater andere KV-Mitglieder.

**ES WAR FÜR MICH** ein Schock, als ich hörte, dass bei ihm ein Gehirntumor diagnostiziert wurde. Als Onkologe wusste Hartmut Horst, dass er nicht mehr lange zu leben hatte, doch wie er die darauffolgende Zeit meisterte, hat mir große Bewunderung abgerungen. Er war weiterhin gern in Gesellschaft, hatte stets seine Familie und einen riesigen Freundeskreis um sich herum. Nach einer schwierigen Operation im UKE kam er zurück nach Hause. Am 1. November 2013 starb er im Kreise seiner Familie.

**DR. MICHAEL SPÄTH,**  
Ehrenvorsitzender der KV Hamburg



## „Eine besondere Ehre“

Die KV Hamburg ist „ausgezeichneter Ausbildungsbetrieb 2013“: KV-Auszubildende Yvonne Lembke legte die beste Abschlussprüfung ihres Berufszweiges ab.

In einer feierlichen Zeremonie ist die KV Hamburg am 7. November von der Handelskammer Hamburg als „ausgezeichneter Ausbildungsbetrieb 2013“ geehrt worden. KV-Mitarbeiterin Yvonne Lembke erhielt als beste Auszubildende ihres Jahrgangs in der Kategorie „Kaufrau im Gesundheitswesen“ eine Urkunde und eine gläserne Trophäe.

Insgesamt zeichnete Handelskammer-Präsident Fritz Horst Melsheimer 82 Auszubildende aus, die in den Abschlussprüfungen der verschiedenen Berufszweige Bestleistungen erbracht hatten – und jene 58 Betriebe, in denen die Auszubildenden gelernt hatten. Die Freude auf Seiten des KV-Vorstandes über diese Würdigung ist groß. „Es ist eine besondere Ehre, zu diesen



Feierstunde in der Handelskammer: KV-Auszubildende Yvonne Lembke (links) zusammen mit Handelskammer-Präsident Fritz Horst Melsheimer und den KV-Repräsentanten Jutta Therése Kotter und Eelko Brake

ausgezeichneten Ausbildungsbetrieben in Hamburg zu zählen“, sagte Dieter Bollmann, stellvertretender KV-Vorsitzender. „Unser Dank gebührt natürlich Yvonne Lembke, die

eine hervorragende Leistung erbracht hat, aber auch den Mitarbeitern der KV, die ihr Wissen engagiert und unermüdlich an unsere Auszubildenden weitergeben.“

## PATIENTENBERATUNG

### HILFE FÜR IHRE PATIENTEN



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

[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

Tel: 040 / 202 299 222

ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG

KVH

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



## Justitiar mit unersetzlichem Erfahrungswissen

Gert Filler geht nach 37 Dienstjahren bei der KV Hamburg in den Ruhestand



Blumen zum Abschied:  
Gert Filler auf der Vertreterversammlung  
am 25. September 2013

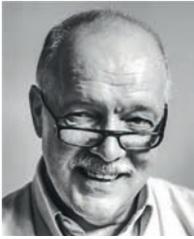
Als ich 1979 bei der KV Hamburg anfang, machte ich am ersten Tag die Bekanntschaft eines jungen Juristen. Gert Filler war drei Jahre zuvor vom Arbeitsamt zur KV gewechselt. Was uns gleich verband, war der Sinn für Zahlen. Normalerweise wollen Juristen nicht viel mit Mathematik zu tun haben, doch Gert Filler war erkennbar eine Ausnahme. Er leitete die Abteilung „Prüfung und Verträge“, und beide Bereiche haben eine hohe Affinität zur Abrechnung. Damals wurden die Ärzte nach Einzelleistung vergütet, allerdings gab es flexible Obergrenzen, um eine Mengenausweitung zu verhindern. Diese Obergrenzen wurden in den Verträgen mit den Krankenkassen definiert. Gert Filler entwickelte dafür komplexe Formeln, und band mich – ich war seit 1983 Abrechnungsleiter – in diese Arbeiten mit ein. Wir haben gemeinsam gerechnet und versucht, Mechanismen zu installieren, die förderlich waren für die Ärzte und für eine gute medizinische Versorgung der Stadt.

Ende der 1980er Jahre wurden Gert Filler und ich stellvertretende Geschäftsführer der KV. Unsere Berufswege entwickelten sich weiterhin parallel: Ich übernahm das Amt des Geschäftsführers, Gert Filler wurde 1998 Justitiar. Der Justitiar der KV Hamburg hatte eine sehr selbstständige, vom Geschäftsführer und vom KV-Vorstand unabhängige Position. Er war bei der Selbstverwaltung angesiedelt und nur ihr verpflichtet.

Was Gert Filler als Justitiar auszeichnete: Er konnte sein immenses Erfahrungswissen mit einer aktuellen Fragestellung abgleichen und daraus unmittelbar eine Konklusion ziehen. Und er war stabil genug, aus der Deckung zu gehen und seine Meinung zu vertreten. Den Menschen, mit denen er zu tun hatte, stellte er juristische Sachverhalte allgemeinverständlich und pointiert dar. Diese Darlegungen waren nicht immer diplomatisch, aber stets fundiert und klärend. Diese Geradlinigkeit habe ich genauso geschätzt wie seine Fähigkeit zum Ausgleich und seine vermittelnde Art im kollegialen Umgang.

Die Position des Justitiars wird nach der Pensionierung von Gert Filler nicht wieder besetzt. Wenn die Selbstverwaltung rechtliche Bewertungen von KV-unabhängiger Seite anfordert, wird das in Zukunft ein externer Jurist übernehmen.

**DIETER BOLLMANN,**  
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg



## Schrott

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

**E**in alter Hut, aber es ändert sich wenig. Ich meine die Pharmaindustrie, die mit Korruption und Lobbyarbeit bis in die höchsten nationalen und internationalen Entscheidungsgremien hinein agiert, hemmungslos im Einsatz von gekauften Ärzten und Wissenschaftlern zur Unterdrückung unliebsamer Forschungsergebnisse und immer bereit zu jeder Art von versteckter oder direkter Werbung, skrupellos bei der Medikamentenerprobung in Entwicklungsländern und unschlagbar kreativ bei der Erfindung neuer Krankheiten für vermeintlich bahnbrechende Medikamenten-Innovationen. All das ist längst bekannt und vielfach nachgewiesen. Wohl kaum ein Industriezweig hat weltweit einen schlechteren Ruf als die Pharmaindustrie, höchstens noch übertroffen von den großen Energiekonzernen.

Aber es gibt noch einen Bereich, der wenig beachtet wird, in dem der Schaden für Patientinnen und Patienten aber auch ungeheuer groß sein kann. Schon bei der Diskussion über französische Brustimplantate, die mit Industriesilikon gefüllt waren und platzten,

kamen haarsträubende Details über die Zulassung solcher Produkte ans Licht. Seitdem hat sich trotzdem nichts geändert. Journalisten des *British Medical Journal* und des *Daily Telegraph* versuchten, für ein in Wirklichkeit gar nicht existierendes künstliches Hüftgelenk namens „Changi TMH“ einer von ihnen erfundenen Firma Changi die Zulassung zu bekommen. Sie reichten bei 14 privaten Zertifizierungsstellen in fünf

europäischen Ländern Unterlagen ein, in denen deutlich zu lesen war, dass die Gelenkpfanne bald brechen würde und das Implantat giftige Schwermetallionen absondere. Das imaginäre Implantat hatten sie von Modellen abkopiert, die wegen Gefahr und Untauglichkeit schon lange vom Markt genommen waren. Das Ergebnis: Sie erhielten die europaweite Zulassung für

dieses Gefahrgut ohne weitere Probleme!

Arzneimittel werden erforscht und geprüft, diese Gesetze sind immerhin streng, auch wenn hier viel gelogen und getäuscht werden kann. Die Zulassungsstellen aber sind in privater Hand (unglaublich!), die Medizinprodukte werden weder getestet noch auf ihren Nutzen geprüft. Die Gesetze sind lächerlich, die Herstellerfirmen müssen nur Zertifizie-

**Den Unterlagen war zu entnehmen,  
dass die Gelenkpfanne brechen  
und das Implantat giftige Schwermetalle  
absondern würde.**

rungsgebühren bezahlen. Als Patientin, als Patient verlässt man sich auf die ärztliche Qualifikation und auf die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit der verwendeten Hilfsmittel. Aber leider steht fest, dass man nicht einmal als Arzt weiß, ob man bei der Arbeit vielleicht Schrott benutzt. Die Zertifizierung muss unter staatliche Aufsicht, ein strenges Gesetz muss her, sofort! ■

**chirurg@hontschik.de, [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)**

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Andreas Mohr**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Andreas Mohr**  
Geburtsdatum: **2.12.1950**  
Familienstand: **Verheiratet, zwei Söhne, eine Stieftochter**  
Fachrichtung: **Hämatologie - Onkologie**  
Weitere Ämter: **Onkologiekommision der KV, Laborkommision der KV, Beirat Laborgemeinschaft Aesculabor**  
Hobbys: **Fotografie, Musik, Wandern, Tennis**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Voll und ganz.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?**

- 1) Die ambulante fachärztliche Versorgung aus Krankenhaus und Niederlassung zu vereinigen, ohne Verlust an Qualität und Wirtschaftlichkeit.
- 2) Der ambulanten Onkologie den Zugriff auf die stationäre Versorgung ihrer Patienten zu ermöglichen.
- 3) Die allgemeininternistische Grundversorgung der Bevölkerung zu verbessern mit einer soliden wirtschaftlichen Basis für Internisten ohne Spezialgebiet.

**Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?**

Die Vergütungsstrukturen von stationärer Krankenhaus- und ambulanter Praxis-Behandlung sollten vereinheitlicht werden (weniger Pauschalleistungen, mehr Einzelleistungsvergütung auch im Krankenhaus). Der Weg in die Pauschalvergütung (DRGs bzw. EBM-Komplexziffern) ist leistungsfeindlich und schadet der Patientenversorgung. Die Rolle der KV wird sich wandeln. Sie sollte aber weiterhin die Verhandlungsinstanz zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern bleiben.

**Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?**

Den SPD-Gesundheitsexperten Herrn Lauterbach würde ich gerne fragen, was seine persönlichen Beweggründe sind, das Facharztwesen im Niedergelassenenbereich abschaffen zu wollen. Es ist doch unsere tägliche Erfahrung, dass die Privatisierung der Krankenhäuser einen massiven Qualitätseinbruch flächendeckend bedeutet, und dass die hochqualifizierte Medizin besser (und günstiger) in der Praxis erfolgt.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Eine Wandertour durch die Atacama-Wüste im Norden Chiles. Eine Fotoausstellung meiner Exponate ■



## TERMINKALENDER

### VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

**Do. 12.12.2013 (ab 20 Uhr)** im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

#### 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. 5.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

**10 PUNKTE**

#### 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. 26.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 (inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen)

**10 PUNKTE**

#### QM - Wo steht unsere Praxis?

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild als auch einzelne Bereiche wie zum Beispiel die Anmeldung, das Wartezimmer, das Sprechzimmer oder das Labor werden beleuchtet. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis erfolgen kann.

**Mi. 26.03.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Verpflegung

**10 PUNKTE**

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:  
Ursula Gonsch Tel: 22802-633  
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2013 VOM 2. BIS 15. JANUAR 2014

# INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

## **Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?**

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

## **Was bieten wir Ihnen?**

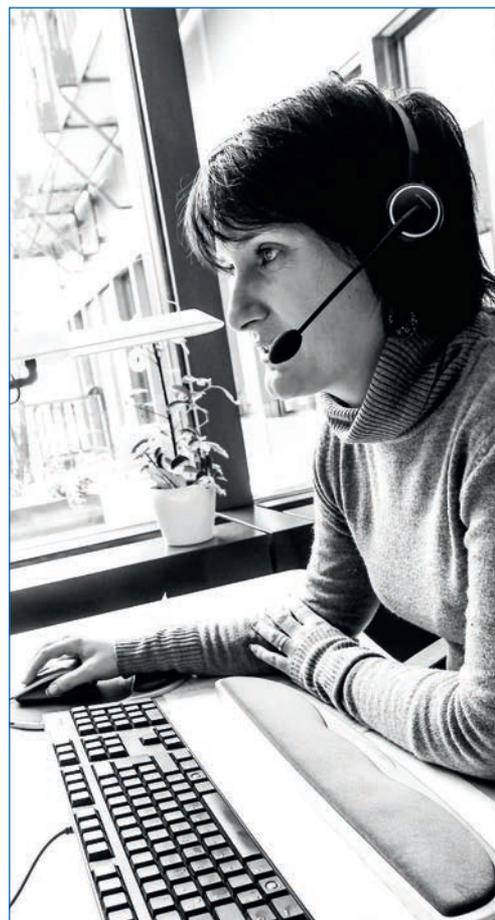
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

## **Wie erreichen Sie uns?**

Infocenter der KVH  
Humboldtstrasse 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 22 802 900  
Telefax: 22 802 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto: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



# KVH

**Infocenter der KVH**  
Telefon 040/22 802 900  
[infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)