

# **KVH** *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 6/2013

## **Weniger Tote, weniger Kriminalität**

**Substitutionsbehandlung nützt den Patienten – und der Gesellschaft**

### **Qualitätssicherung**

Wie die Substitutionsbehandlung kontrolliert wird

### **Kinder-Psychotherapie**

Ganztagsbeschulung erschwert die Terminfindung

### **Selbstverwaltung**

Späth und Bollmann kündigen ihren Rücktritt an

# Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Sie vermissen das Thema „Honorarvereinbarung 2013“ in diesem Heft? Sie sind der Meinung, dass Sie fünf Monate nach Jahresbeginn ein Recht darauf hätten zu wissen, unter welchen Honorarbedingungen Sie arbeiten? Recht haben Sie! Leider gibt es aber an der „Honorarfront“ noch keine Neuigkeiten. Mit Verfahrenstricks haben die Krankenkassen die Schiedsamsverhandlung erst einmal hinausgezögert. Die BKKn fordern schon wieder eine Rückkehr zu Bundesverhandlungen. Lieber sollten sie ihre Verantwortung vor Ort wahrnehmen! Dann bräuchte es keine Bundesebene und kein Schiedsamt.



*Ihr Walter Plassmann,  
stellvertretender Vorstandsvorsitzender 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](mailto:redaktion@kvhh.de)  
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, [www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

Titelbild: Michael Zapf

Ausgabe 6/2013 (1. Juni 2013)

Redaktionsschluss: 21. Mai 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: Was bringt die Substitutionsbehandlung? _____	4
Substitution in Hamburg: Was Wissenschaftler über die Effekte sagen können _____	5
Engmaschige Kontrolle: Qualitätssicherung der Substitutionstherapie _____	10

## Gesundheitspolitik

Wechsel an der KV-Spitze: Späth und Bollmann kündigen Rücktritt an / Honorarverhandlungen: KV-Vertreterversammlung rügt Krankenkassen _____	13
Kinder-Psychotherapie: Ganztagsbeschulung erschwert Terminfindung _____	14

## Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	16
Infektionsschutzgesetz: Liste meldepflichtiger Krankheiten erweitert / DMP: Neue Formulare für Teilnahme- und Einwilligungserklärung / DMP Asthma/COPD: Neue Abrechnungsziffern _____	18
Korrektur: Aufbewahrungsfristen für Röntgen-Dokumentationen _____	19

## Amtliche Veröffentlichung

Bekanntmachungen im Internet _____	19
------------------------------------	----

## Arznei- und Heilmittel

Antibiotika ja oder nein? Der konkrete Fall (2. Folge): Akute Halsschmerzen _____	20
Auftaktveranstaltung des „Bündnisses für gezielte Antibiotikatherapie“ _____	22

## Forum

KBV-Broschüre: Barrieren in den Praxen abbauen / Informationsveranstaltung: „NetzWerk psychische Gesundheit“ _____	23
Ausstellung im Ärztehaus: Werke aus einem Kunstprojekt mit Psychiatrie-Patienten / Arzt organisiert Bergedorfer Musiktage / Ärztechor tritt in Kirchen auf _____	24

## Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____	25
---	----

## KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung _____	26
Terminkalender _____	27

# Nachgefragt

## ■ Was bringt die Substitutionsbehandlung?



Wir sind eine Anlaufstelle in St. Georg für Frauen, die Drogen konsumieren und der Beschaffungsprostitution nachgehen. Die Besucherinnen können sich bei uns mit dem Lebensnotwendigen versorgen. Sie können schlafen und duschen, es gibt einen Drogenkonsumraum. Die Substitution vermindert ganz deutlich den Beschaffungsdruck. Auch wenn nebenbei noch andere Drogen konsumiert werden: Die Frauen stabilisieren sich und können sich erstmals wieder um Dinge kümmern, die zuvor außerhalb jeder Reichweite lagen - um Transferleistungen, um eine feste Wohnung. In den vergangenen zehn Jahren haben viele unserer Klientinnen sich auf diese Weise stabilisiert und müssen nun nicht mehr zu uns kommen.

*Dr. Svenja Korte-Langner,  
fachliche Leiterin „Ragazza e.V.“*



Die Substitution ist die erfolgreichste Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen. Im Beratungs- und Therapiezentrum „Die Brücke“ bieten wir neben der Substitutionsbehandlung auch die psychosoziale Betreuung an. Die positiven Effekte der Therapie sind nachweisbar: Innerhalb von drei Jahren sind über die Hälfte der Klienten so weit stabilisiert, dass sie im Hamburger Suchthilfesystem nie wieder auftauchen. Der Konsum von illegalen Drogen kann nicht durch *Hartz IV* finanziert werden. Viele Abhängige stehen deshalb unter dem Druck, Geld durch Prostitution oder Diebstähle zu beschaffen. Erst durch die Substitution eröffnen sich Möglichkeiten für eine Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation.

*Cornelia Mertens,  
Geschäftsführerin „Die Brücke“  
und stellvertretende Vorsitzende  
der Hamburgischen Landesstelle  
für Suchtfragen*



Das polizeiliche Handeln ist grundsätzlich repressiv ausgerichtet, da der Strafverfolgungszwang keinen Spielraum lässt. Neben Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz werden von Drogenabhängigen auch Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz und Rezeptfälschungen begangen. Die Dienststelle ZD 62 „Frontdeal“ führt im Rahmen ihrer Zuständigkeit in geringem Umfang immer wieder Ermittlungsverfahren gegen substituierte Abhängige durch, die durch strafbewerten Umgang mit Substituten oder Medikamenten auffällig werden. Beim Einschreiten überschneiden sich repressives Handeln, Gefahrenabwehr, die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz, sodass die Arbeit und der Umgang mit den Substituierten erschwert ist.

*Andreas Tietz,  
Sachgebietsleiter ZD 62  
der Polizei Hamburg*

# Weniger Tote, weniger Kriminalität

■ Die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen gerät immer wieder in die Kritik. Welche sozialpolitischen Effekte die Behandlungsmethode hat, ist in der Öffentlichkeit nur wenig bekannt.

von Jens Reimer, Uwe Verthein und Axel Heinemann

„Hamburg bald Drogenzentrum Nordeuropas?“, lautete am 24. Juli 1997 eine Schlagzeile des *Hamburger Abendblattes*. Bürgerinitiativen klagten damals darüber, die offene Drogenszene in St. Georg und an der Sternschanze sei für die Anwohner nicht mehr zumutbar. Der *Spiegel* berichtete, der neunjährige Sohn des Elternratsvorsitzenden der Schule Altonaer Straße sei von einem Dealer angesprochen worden, ob er für fünf Mark mal schnell ein Päckchen mit Rauschgift zum S-Bahnhof Sternschanze bringen könne (26/1997). Unter den Augen der Polizei wachse

die Drogenkriminalität, bei den Bürgern mache sich ein Gefühl der Angst breit, bilanzierte die *Welt* (23.7.1997).

Mittlerweile hat sich die Situation in Hamburg entspannt. Parallel zu den Bemühungen der Polizei, die Straßen zu „säubern“ und die sichtbare Drogenszene zu vertreiben, hat sich eine von der Öffentlichkeit kaum beachtete Entwicklung vollzogen. Hamburg war nach Nordrhein-Westfalen das zweite Bundesland, das Ende der 1980er Jahre eine Behandlung von Opiatabhängigen mit Substitutionsmitteln einführte. Das von der Ärztekammer Hamburg getragene Einzelfallkonzept wurde wissenschaftlich evaluiert und konnte die positiven Ef-

ekte dieser Behandlungsform bestätigen. Heute gibt es etwa 4.500 gemeldete Substituierte, was bedeutet: Fast die Hälfte der Hamburger Opiatabhängigen wird mit Substitutionsmitteln behandelt.

Die Substitutionsbehandlung wird von Vertragsärzten in den Praxen oder von ermächtigten Ärzten in vier Substitutionsambulanzen in Altona, Wandsbek, Harburg und Ochsenzoll durchgeführt. Es gibt ein gut ausgebautes Suchthilfesystem. Zu Beginn der Behandlung wird die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung (PSB) abgeklärt, die allerdings in der Regel auf maximal zwei Jahre begrenzt ist. Aktuell befinden sich etwa 50 bis 60 Prozent der Substitutions-Patienten in psychosozialer Betreuung.

In Hamburg werden die Substitutionsmittel nicht nur in den Ambulanzen abgegeben, sondern vornehmlich in den Apotheken, wodurch die Behandlung besser in den Alltag der Substituierten zu integrieren ist. Verläuft die Behandlung positiv, kann das Substitutionsmittel als „Take-home-Dosis“ für bis zu sieben Tage verschrieben werden, ohne dass zwischenzeitlich eine Arztkonsultation notwendig ist.



Foto: Michael Zapf

Chance auf soziale Integration? Patient in der Substitutionsambulanz der Asklepios Klinik in Altona

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Die Behandlung mit opioidhaltigen Substitutionsmitteln hat einen wichtigen Effekt: Sie entbindet die Abhängigen vom Beschaffungsdruck und eröffnet die Chance auf soziale Integration und eine geordnete medizinische Behandlung von Komorbiditäten. Das bestätigen viele internationale Evaluationsstudien, die seit den ersten, 1963 in New York durchgeführten Modellversuchen mit dieser Behandlungsform vorgelegt wurden.

Für Hamburg gibt es seit Abschluss der Initialstudie<sup>1</sup> Mitte der 1990er Jahre allerdings keine systematische wissenschaftliche Bestandsaufnahme der Substitutionsbehandlung mehr. Im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger im Jahr 2006 wurde eine Vergleichsgruppe von Personen untersucht, die mit Methadon substituiert wurden. Daran waren auch Hamburger Patienten beteiligt.<sup>2</sup> Um Aussagen über die langfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können, hat das Bundesministerium für Gesundheit die sogenannte Premos-Studie in Auftrag gegeben.<sup>3</sup> Auch aus deren Ergebnissen können Rückschlüsse auf die Substitutionsbehandlung in Hamburg gezogen werden. Die vorliegenden Daten bestätigen eine Eindämmung der Beschaffungskriminalität durch die Substitutionsbehandlung.

Laut Selbstausskunft im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger waren die Substituierten bereits nach einer Behandlungszeit von zwölf Monaten deutlich seltener in „illegale Geschäfte“ verwickelt: bei den mit Methadon Substituierten ging der Anteil von 72 Prozent auf 40 Prozent zurück (bezogen auf die vergangenen 30 Tage) – bei den mit Heroin Substituierten sogar auf 27 Prozent.

Die Premos-Studie<sup>4</sup> und die Resultate älterer internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitution<sup>5</sup> lassen keine Zweifel daran, dass die Befreiung vom Beschaffungsdruck insgesamt zu einer starken Abnahme der Delinquenz und damit einhergehender Sanktionsmaßnahmen wie Festnahmen, Verurteilungen und Haftaufenthalt führt. Die Entlastung der Gesellschaft durch Drogenkriminalität ist ein spürbarer und gut belegter Begleiteffekt, der die Politik trotz aller möglicherweise vorhandenen Vorbehalte davon überzeugt hat, dass es sich bei der Substitution um eine auch gesellschaftspolitisch sinnvolle Maßnahme handelt.

Fest steht außerdem: Die Todesfallrate von Opiatabhängigen ist seit Einführung der Substitutionsbehandlung gesunken (siehe Kasten Seite 7). In Hamburg waren im Jahr 2012 die wenigsten Drogentoten seit 1986 zu verzeichnen.<sup>6</sup> Denkbar wären verschiedene Einflüsse auf die

Todesfallraten - beispielsweise, dass die Reinheit des Heroins auf dem Schwarzmarkt abgenommen hat und deshalb Überdosierungen seltener geworden sind. Da es allerdings für das Vorhandensein solcher Einflussfaktoren keine Anhaltspunkte gibt, ist davon auszugehen, dass die sinkenden Todesfallraten tatsächlich vor allem auf die Substitutionsbehandlung und eine damit zusammenhängende verbesserte gesundheitliche Versorgung der Opiatabhängigen zurückzuführen sind.

Aus der Premos-Studie geht hervor, dass 70 Prozent der Substituierten nach mehr als fünf Jahren noch in der Behandlung verblieben. Diese hohe Haltekraft ist, in Verbindung mit niedrigschwelligem therapeutischem Zugang, eine wichtige Voraussetzung für langfristige Effekte.

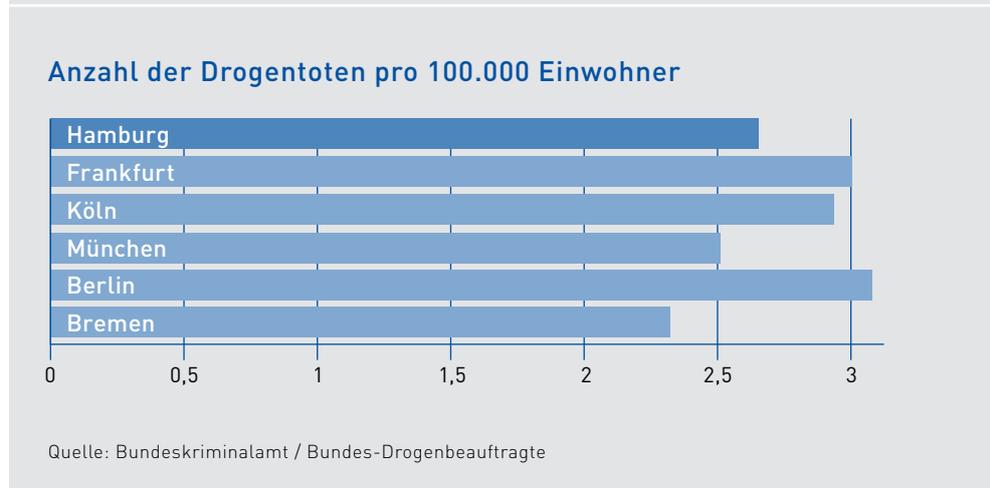
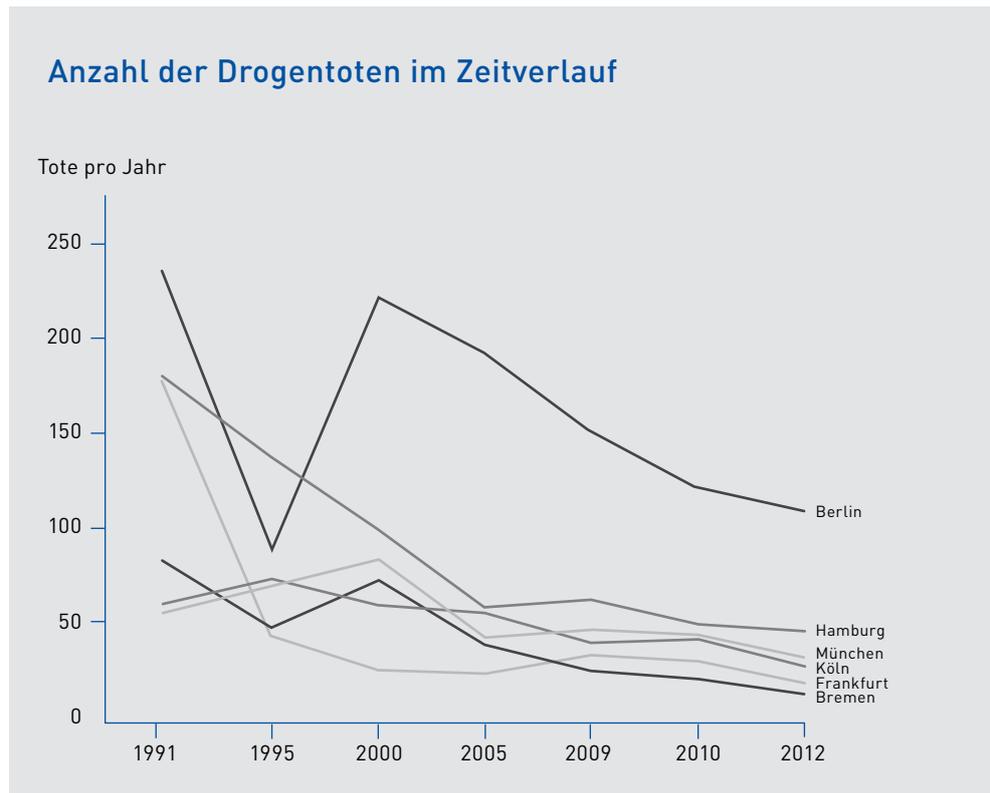
Sowohl der Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation zur Hamburger Suchthilfe<sup>7</sup> als auch die Premos-Studie deuten darauf hin, dass auch – beziehungsweise vor allem – unter den langjährigen Substitutionspatienten eine hohe psychische und körperliche Komorbidität vorhanden ist.

Hauptgrund dafür dürfte sein, dass das Durchschnittsalter der Substituierten in Hamburg höher ist als das der Opiatabhängigen, die nicht an einem Substitutionsprogramm teilnehmen. Viele der Substitutionspatienten haben eine 20jährige Drogenkarriere in einer schwierigen, margina-

lisierten Szene hinter sich, was Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit hat. Genauer wissenschaftlich untersucht werden müssten jene Krankheiten, die mit dem Drogenkonsum auf der Straße direkt in Verbindung stehen (Abszesse, HIV-Infektionen, Hepatitis C-Infektionen). Dabei ist nicht entscheidend, ob diese bei den Substituierten häufiger auftreten als bei Nicht-Substituierten – sondern ob der Patient sich die Krankheit vor oder nach Beginn der Substitutionsbehandlung zugezogen hat. Nur das erlaubt eine Aussage über die gesundheitsfördernden Effekte der Substitutionsbehandlung.

Man kann mit Sicherheit sagen, dass eine verlässliche medizinische Versorgung von Opiatabhängigen außerhalb der Substitution schwerer realisierbar ist. Die Substitution schafft die Möglichkeit, Komorbiditäten zu behandeln. Die vorliegenden Erkenntnisse werfen allerdings die Frage auf, ob dies tatsächlich in ausreichendem Maße stattfindet.

Schwierigkeiten gibt es auch bei der sozialen Integration. Was die Arbeits- und Einkommenssituation betrifft, waren laut aktuellem Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation während der ambulanten Betreuung unter allen Opiatabhängigen kaum Veränderungen zu verzeichnen. Der Bericht zeigt allerdings auch, dass es sich bei den (substituierten und nicht substituierten) Opiatabhängigen um ein hoch belastetes Klientel handelt. Jeder Zweite



ist mit mindestens einem Elternteil aufgewachsen, das ebenfalls ein Suchtproblem hatte. Etwa 25 Prozent verbrachten Teile ihrer Kindheit und Jugend in Heimen oder in anderen öffentlichen Erziehungseinrichtungen. 70 Prozent erlebten körperliche und etwa 25 Prozent sexuelle Gewalt. Viele Opiatabhängige haben keinen Berufsabschluss, was die Arbeitsintegration eben-

so erschwert wie ihr vorgerücktes Lebensalter. Die Hamburger Substituierten sind im Schnitt 41 Jahre alt – für einen Berufseinstieg in Deutschland keine gute Voraussetzung. Allerdings stellte sich die Wohnsituation der Substituierten deutlich stabiler dar als die der Nicht-Substituierten, was durchaus

Fortsetzung auf S. 8

für einen Zugewinn an sozialer Integration spricht.

In den 1960er und den 1970er Jahren war Heroin eine Art „Modedroge“. Es folgte die „Drogenepidemie“ in den 80er und 90er Jahren mit steigenden Drogentodeszahlen, einer zunehmenden Verelendung der Konsumenten und der Ausbreitung von HIV und Hepatitiden. Seither hat die Attraktivität von Opiaten bei Ju-

gendlichen abgenommen, was sich aber bisher kaum in sinkenden Prävalenzzahlen niederschlägt. Die geschätzte Zahl der Opiatsüchtigen in Deutschland bewegt sich weiterhin zwischen 150.000 und 200.000. Zwischenzeitlich warnten die Medien vor einer rapiden Zunahme des Konsums von Amphetaminen, Crack und Crystal Meth. An das Ausmaß der Heroinabhängigkeit reichen die mit diesen Drogen verbundenen Prävalenzzahlen

jedoch bei Weitem nicht heran. Durch das gut etablierte Substitutionssystem hat man die Behandlung von Heroinabhängigen zumindest einigermaßen im Griff. Die Abhängigkeit von Crack und Crystal Meth ist deutlich schwieriger zu behandeln.

Bei allen Erfolgen gerät die Substitution immer wieder unter politischen und medialen Rechtfertigungsdruck – vor allem im Zusammenhang mit

## Bitte substituieren Sie!

Mit Anzeigen und Plakaten wirbt ein breit aufgestelltes Bündnis für eine größere Beteiligung von Ärzten an der Substitutionsmedizin: Der „Initiativkreis Substitutionstherapie“ wird getragen von ärztlichen Fachgesellschaften und Verbänden der Drogen- und Aids-Arbeit. „Die Substitutionstherapie hat hohe Erfolgsquoten vorzuweisen“, sagt Christoph von Ascheraden,

Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, die das Bündnis unterstützt. „Doch es droht ein Versorgungsengpass.“

Während sich die Zahl der behandelten Substitutionspatienten bundesweit in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt hat, stagniert die Zahl der substituierenden Ärzte. Immer mehr ältere Ärzte gehen in den Ruhestand, jüngere folgen kaum nach. Vor allem in den ländlichen Gebieten ist die Entwicklung besorgniserregend.

„Wir wollen den Substitutionsärzten für ihren Einsatz danken“, sagt Markus Backmund, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), „doch wir wollen auch weitere Ärzte für diese ethisch und gesellschaftlich wertvolle Arbeit gewinnen.“ Für beide Ärzte-Zielgruppen werden entsprechende „Danke“ und „Bitte“-Anzeigenmotive in medizinischen Fachme-

dien erscheinen. Geplant sind auch Postkarten-Aktionen. Zur Unterstützung neuer Substitutionsärzte stehen neben einem „Starterpaket“ mit ausführlichen Informationen und Basiswissen auch erfahrene Substitutionsmediziner als Ansprechpartner zur Verfügung. Diese sind in einem Mentorenetzwerk zusammengefasst, das über die Website zu erreichen ist.

Die „Initiative Substitutionstherapie“ wird auch von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung sowie von Gesundheitspolitikern aller Fraktionen der im Bundestag vertretenen Parteien unterstützt.

Mehr zur Kampagne: [www.bitte-substituieren-sie.de](http://www.bitte-substituieren-sie.de) Auf der Website finden sich Hintergrundinformationen zur Substitutionstherapie, zu den Rahmenbedingungen und den fachlichen Voraussetzungen.



durch Substitutionsmittel bedingten Todesfällen. Suchterkrankungen werden häufig nicht als Krankheit, sondern als moralisch verwerfliches, abweichendes Verhalten betrachtet. Intravenös Opiatabhängige sind hiervon in besonderem Maße betroffen, die Marginalisierung ist weitreichend.

Auch bei „normalen“ Patienten gibt es immer wieder Todesfälle durch die fehlerhafte oder auch missbräuchliche Einnahme von Medikamenten. Immer wieder kommen auch Kinder zu Schaden durch Arzneimittel, die nicht für sie gedacht waren. Niemand würde deshalb die Pharmakotherapie beispielsweise bei Diabetes oder Hypertonie grundsätzlich in Frage stellen, wie dies bei der Substitutionsbehandlung immer wieder vorkommt. Wichtig ist es, darüber zu diskutieren, wie man die Versorgung sicherer handhaben könnte - und das taten die zuständigen Behörden, die Ärzteschaft und die Einrichtungen der psychosozialen Betreuung, als die elfjährige Chantal, deren Pflegeeltern beide in Substitutionsbehandlung waren, im Januar 2012 an einer Überdosis Methadon starb. Im August 2012 wurde eine Kooperationsvereinbarung vorgestellt, in denen klare Regeln festgelegt wurden, die einzuhalten sind, wenn Ärzte, Suchtberater oder Behördenmitarbeiter das Wohl von Kindern für gefährdet halten.

Im Jahr 2012 gab es in Hamburg 49 Drogentote – so wenige, wie seit 1986 nicht mehr.<sup>8</sup> In 31 Fällen wurde ein Konsum von Substitu-

tionsmitteln nachgewiesen, bei 25 vorliegenden Mischintoxikationen wurden Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin) als Haupttodesursache aufgeführt. Bemerkenswert an der Statistik ist allerdings auch, dass nur sechs der 49 Hamburger Drogentoten zu Lebzeiten an einem Substitutionsprogramm teilgenommen haben.

Das Hamburger Substitutionssystem war von Anfang an bewusst niedrigschwellig ausgelegt. Der Vorteil dieser von Kritikern als „zu lax“ bezeichneten Vorgehensweise besteht in einem leichteren Zugang für Opiatabhängige zur Substitutionsbehandlung mit all ihren bereits diskutierten, für die Gesellschaft und für die einzelnen Patienten vorteilhaften Effekten. Die Kehrseite besteht darin, dass überall dort, wo in einem gewissen Umfang Substitutionsmittel ausgegeben werden, diese zum Teil auch auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden<sup>9</sup> - was dazu führt, dass Substitutionsmittel hin und wieder entgegen ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauch verwendet werden.

Agiert man bei der Ausgabe von Substitutionsmitteln restriktiver, würde das „Schwarzmarkt-Risiko“ zwar vermindert, allerdings bliebe eine größere Anzahl von Opiatabhängigen zurück, die nicht in ein Substitutionsprogramm aufgenommen werden. Die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Anzahl der Drogentoten in diesem Fall unterm

Strich höher wäre: Die Mortalitätsrate bei Nicht-Substituierten ist doppelt so hoch ist wie bei Substituierten (zwei Prozent im Vergleich zu einem Prozent).<sup>10</sup>

**Prof. Dr. Jens Reimer,**

*Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)*

**PD Dr. Uwe Verthein,**

*Geschäftsführer des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)*

**Dr. Axel Heinemann,**

*Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

1) Verthein U, Raschke P. & Kalke J. (1995) Methadone therapy in Hamburg. *European Addiction Research* 1: 99-105.

2) Verthein U, Degkwitz P. & Haasen C. (2008) Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. In: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Band 1. Baden-Baden.

3) Wittchen H-U, Bühringer G. und Rehm J. (2011) *Schlussbericht PREMOS Substitution im Verlauf. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies. Technische Universität Dresden.

4) Soyka M, Träder A, Klotsche J, Habertür A, Bühringer G, Rehm J, Wittchen H-U (2012) Criminal behavior in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. *J Forensic Sci. Nov*; 57(6): 1524-30.

5) Verthein U. (1994) *Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht*. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 44: 128 ff.

6) Heinemann A. (2013) Immer weniger Drogentote. *Hamburger Ärzteblatt* 2: 28f.

7) Buth S. u.a. (2012) *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation 2011*. Hamburg.

8) Heinemann A. (2013) Immer weniger Drogentote. *Hamburger Ärzteblatt* 2: 28f.

9) Reimer J (2001) *Folgestudie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland*. Hamburg.

10) Ullmann R (2006) *Schaden substituierender Ärzte der Gesellschaft? Suchttherapie*, 7: 173ff.

# Engmaschige Kontrolle

■ Die Qualitätsprüfung belegt das hohe Niveau der Substitutionsbehandlung – und gibt Einblicke in das Versorgungsgeschehen aus Perspektive der Praxen.

von Rainer Ullmann

Im vergangenen Jahr stand die Substitutionsbehandlung immer wieder im Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen.

Im Januar 2012 starb ein elfjähriges Mädchen, deren Pflegeeltern seit Jahren in Substitutionsbehandlung waren, an einer Methadon-Vergiftung.

Im Mai berichteten die Zeitungen über eine offenbar von Opiatabhängigen betriebene Internet-Seite, auf der unter anderem ein Ranking von „Hamburgs lockersten Methadon-Ärzten“ zu finden war.

Dem kurz darauf veröffentlichten Bericht der Drogenbeauftragten entnahmen die Medien, dass in Hamburg im Jahr 2011 mehr Menschen an einer Methadon-Intoxikation starben als in anderen Bundesländern – ließen aber außer Acht, dass Hamburg bei der Belastungszahl - also der Anzahl von Drogentoten insgesamt pro 100.000 Einwohnern - im Durchschnitt der deutschen Großstädte lag (siehe Grafik Seite 7).

Angesichts des Vorwurfs, in Hamburg werde leichtfertig mit Substitutionsmedikamenten umgegangen, beschloss die KV Hamburg,

eine Sonder-Qualitätsprüfung durchzuführen. Die Substitution ist streng geregelt durch das Betäubungsmittelgesetz, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die Richtlinien der Bundesärztekammer, die Richtlinien für die Methoden vertragsärztlicher Versorgung und durch die Arzneimittelrichtlinien.

Die Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg, der ich seit zehn Jahren als Vorsitzender angehöre, prüft anhand einer Zufallsauswahl routinemäßig zwei Prozent der Behandlungen – das sind etwa 400 pro Jahr. Darüber hinaus werden alle Behandlungen nach fünf Jahren überprüft, wodurch weitere 300 pro Jahr hinzukommen. Das bedeutet: Jede Behandlung wurde in den letzten Jahren mindestens einmal, bisweilen sogar zweimal von der Kommission kontrolliert. Die strenge Prüfung der Substitutionsbehandlung ist in der vertragsärztlichen Versorgung einzigartig. Auch Diabetiker, Hochdruckkranke oder Rheumakranke werden oft jahrelang behandelt – mit sehr differenzierten und bei falscher Anwendung auch lebensgefährlichen Medikamenten. Dennoch wird der Arzt bei solchen Indikationen

nicht derart streng kontrolliert wie bei der Substitutionsbehandlung, die – nicht nur in Hamburg - unter besonderer Beobachtung steht. Bei den Routineprüfungen wertet die Substitutionskommission die Dokumentation nach folgenden Kriterien aus:

- Wie differenziert beschreibt der Arzt die individuellen Probleme des Substitutionspatienten? Gibt es Probleme mit Beikonsum anderer Substanzen?
- Wird der Behandlungsverlauf angemessen dargestellt? Findet eine Mitbehandlung statt bei zusätzlichen körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen?
- Werden Benzodiazepine verordnet? Wie wird das begründet?
- Ist die Mitgabe der Substitutionsmedikamente begründet?

Der letzte Punkt ist wichtig, weil über die Mitgabe immer wieder diskutiert wird. Zu Beginn der Behandlung muss der Patient noch täglich in die Apotheke kommen, um das Substitutionsmedikament dort unter Aufsicht einzunehmen. Die fremdkontrollierte Einnahme ist ein wichtiges



**Ausgabe von Substitutionsmedikamenten: Jede Behandlung wurde in den letzten Jahren mindestens einmal geprüft.**

Foto: Michael Zapf

Hilfsmittel bei süchtigem Konsum. Allerdings soll der Patient lernen, mit den Substitutionsmedikamenten kontrolliert umzugehen. Deshalb wird man schrittweise vorgehen und dem Patienten, sofern er stabil ist und Risiken der Fremd- oder Selbstgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen werden können, zunächst eine Dosis für den darauffolgenden Tag mitgeben und den Zeitraum dann bis maximal eine Woche ausweiten. Die Risiken der Mitgabe sind ein häufiges Thema in der Kommission und im Arbeitskreis Suchtmedizin: Einnahme mehrerer Tagesdosen oder Weitergabe,

wodurch Intoxikationen bei nicht toleranten Menschen auftreten können.

Über die Mitgabe entscheidet der behandelnde Arzt. Er muss seine Entscheidung natürlich begründen.

Die Auswertung der Dokumentationsbögen und der Fünf-Jahres-Berichte durch die Kommission zeigt: Bei Substitutionspatienten sind konsumassoziierte Komplikationen wie Abszesse, Überdosierungen und Thrombosen sehr selten. Was die Ärzte zunehmend beobachten, sind altersbedingte Probleme. Das ist ein Nebeneffekt des Behandlungserfolgs: Durch die Substitution leben die Opi-

atsüchtigen länger als früher. Viele der Patienten sind heute 50 oder 60 Jahre alt. Hypertonie, COPD und auch Krebserkrankungen werden jetzt häufiger beobachtet.

Der Beikonsum von Heroin und Kokain nimmt innerhalb der ersten zwei Jahre nach Behandlungsbeginn stark ab. Lediglich bei 10 bis 20 Prozent der Patienten bleibt dieses Problem über einen längeren Zeitraum hinweg bestehen. Der Beikonsum von Alkohol und Benzodiazepinen spielt eine etwas größere Rolle - das ist, wie den Berichten zu entnehmen ist, immer wieder

Fortsetzung auf S. 12 ■■■

Thema der Arzt-Patienten-Gespräche.

Häufig kommen die Patienten bereits mit einer Benzodiazepinabhängigkeit in die Praxen. Viele von ihnen haben psychiatrische Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Psychosen. Dann dient der Konsum der Selbstbehandlung. Die Grundkrankheit muss also erkannt und behandelt werden. Wenn das nicht geschieht, werden Benzodiazepine weiter illegal besorgt.

Die Substitutionskommission ist deshalb der Ansicht, dass die Substitution und die Benzodiazepin-Verordnung möglichst in einer Hand bleiben sollte. Der substituierende Arzt sollte psychische Ko-



Dr. Rainer Ullmann ist Allgemeinarzt in Eimsbüttel und Vorsitzender der „Qualitätssicherungskommission Substitution“

morbiditäten gegebenenfalls behandeln (oder von einem Psychiater mitbehandeln lassen). Er sollte versuchen, eine Benzodiazepin-Dosis zu finden, mit der sein Patient zurechtkommt – und dann geduldig versuchen, zu entziehen. Geduldig heißt: über Monate hinweg.

Leider werden Ärzte in der letzten Zeit häufig von Krankenkassen wegen der Benzodiazepinverordnungen in Regress genommen. Das Sozialgericht Hamburg hält die Verordnung für einen Off-Label-Use. Das entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft und muss geklärt werden.

Im Rahmen der Qualitäts-Sonderprüfung wurden per Zufall fünfzig Ärzte ausgewählt und aufgefordert, ihre Dokumentation zu jeweils fünf Patienten vorzulegen. Zusätzlich zu den Dokumentationsbögen mussten die Ärzte auch die Laborbefunde, Facharztbriefe und Krankenhausberichte vorlegen.

Insgesamt haben wir im Rahmen der Sonderprüfung ungefähr 5.000 Seiten gelesen. Ein Schwerpunkt der Sonderprüfung lag auf der Mitgaberegulation. Ergebnis: Bei 80 Prozent der Patienten bewilligten die Ärzte die Mitgabe des Substitutionsmedikaments. Wenn man bedenkt, dass die meisten Patienten länger als zwei Jahre behandelt werden, und 80 Pro-

zent der Patienten nach zwei Jahren stabil sind, dann ist eine Mitgabe bei 80 Prozent der Patienten plausibel. Bei etwa 10 Prozent der Patienten haben wir eine intensivere Überprüfung der Mitgabe angemahnt und einen Verlaufsbericht nach drei oder sechs Monaten angefordert.

Bei 35 der geprüften 250 Substitutionspatienten leben Kinder im selben Haushalt. In zwei dieser Fälle hatten wir den Eindruck, die Mitgabe müsste nochmals überprüft werden.

Die Patienten werden darauf hingewiesen, dass das Substitutionsmittel gut verschlossen und für Kinder unzugänglich aufbewahrt werden muss.

Schon Ende 2011 konstituierte sich in Hamburg ein runder Tisch, an dem Vertreter der Behörden, der Ärzte und der Suchtberater beteiligt sind. Dabei wurde eine Kooperationsvereinbarung erarbeitet, die einen Indikatorenkatalog für mögliche Kindeswohlgefährdung enthält und festlegt, unter welchen Bedingungen Ärzte das Jugendamt einschalten. Bei den Gesprächen wurde auch vereinbart, dass die Vorgabe der Bundesärztekammer zur Mitgabe von Substitutionsmedikamenten („kein Hinweis für eine Fremdgefährdung!“) restriktiv ausgelegt werden soll, wenn Kinder im Haushalt der Patienten leben. Im Zweifel bekommt der Kinderschutz Vorrang.



Ende einer Ära: Der KV-Vorstandsvorsitzende Dieter Bollmann (links) und der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth, legen zum 1. Juli 2013 ihre Ämter nieder.

## Späth und Bollmann kündigen Rücktritt an

Der Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth, wird sein Amt zum 1. Juli 2013 niederlegen. Zum selben Zeitpunkt tritt auch Dieter Bollmann von seinem Amt als Vorstandsvorsitzender der KV zurück; Anfang 2014 scheidet er ganz aus dem Vorstand aus.

Dies kündigten die beiden KV-Führungskräfte während der Vertreterversammlung am 11.

April an. Späth wies darauf hin, dass es weder gesundheitliche Gründe noch ein Mangel an Freude an seiner Arbeit seien, die ihn zu dieser Entscheidung gebracht hätten. „Vielmehr halte ich es für meine Pflicht, nach 25 Jahren Arbeit in Diensten der niedergelassenen Ärzte einen Wechsel einzuleiten.“ Auch Bollmann betonte, dass er seine Arbeit in Gremien und Ausschüssen gern fortsetzen

werde, es aber für richtig halte, die Führung der KV nun in jüngere Hände zu übergeben.

Über die Nachfolger in beiden Ämtern soll auf der nächsten Vertreterversammlung am 13. Juni entschieden werden. Bollmann empfahl der Vertreterversammlung, seinen derzeitigen Stellvertreter Walter Plassmann an die Spitze der KV-Verwaltung zu wählen.

## „Krankenkassen entziehen sich ihrer Verantwortung“

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat den Krankenkassen vorgeworfen, sich ihrer Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten medizinischen Versorgung zu entziehen. Notwendige strukturelle Reformen seien in den Honorarverhandlungen für 2013 nur aus

prinzipiellen Gründen abgelehnt worden, heißt es in einer am 11. April verabschiedeten Resolution. „Auch kann es nicht hingenommen werden, dass die haus- und fachärztliche Basisversorgung nicht ausreichend finanziert werden soll. Dies gilt in gleichem Maße für die Honorierung psycho-

therapeutischer Leistungen.“ Die Vertreterversammlung erklärte, sie bedauere das Scheitern der Honorarverhandlungen. „Nun hoffen wir auf ein zügiges Verfahren vor dem Schiedsamt und darauf, dass das hohe Niveau der Versorgung in Hamburg erhalten bleiben kann.“

# Eingeschränkte Therapiezeiten

■ Die Ausweitung der Ganztags schulbetreuung bringt für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ein Problem mit sich: Das Zeitfenster für Termine wird immer kleiner.

Kinder und Jugendliche, die psychotherapeutisch Hilfe benötigen, sollten zeitnah und professionell versorgt werden. Denn wenn sich psychische Krankheiten chronifizieren, bedeutet das nicht nur jahrelanges Leid für die betroffenen Kinder und deren Eltern. Es hat auch Auswirkungen auf die Gesellschaft. Aus psychisch kranken Kindern werden oft psychisch kranke Erwachsene, die unter Umständen hohe Kosten im Sozial- und Gesundheitssystem verursachen.

Doch die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung steht in Hamburg vor einem Problem: Mit Ausweitung der Ganztags schulbetreuung wird das Zeitfenster für Termine immer kleiner. Früher konnten die Kinder und Jugendlichen schon in der Mittagszeit zur Psychotherapie kommen. Viele von ihnen hatten um 13 Uhr Schulschluss, aßen zu Mittag und waren um 14 Uhr in der Praxis. Heute haben die meisten Mädchen und Jungen um 16 Uhr Schulschluss und können erst ab 17 Uhr zu ihren Therapiestunden kommen. Dann sind sie oftmals erschöpft. Es ist anstrengend, nach einem langen Schultag noch zu einer Therapie zu gehen.

Für die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bedeutet

das vor allem: Die Arbeit wird schwerer, und die Arbeitszeiten verschieben sich nach hinten. Vormittagstermine bleiben frei, während die Termine in den Abendstunden doppelt und dreifach belegt werden könnten. Oft bleiben die Therapeuten bis 20 Uhr in der Praxis, manchmal sogar noch länger. Einige Kollegen vergeben auch an Samstagen Termine. Durch diese geänderten Arbeitszeiten leidet das Privatleben. Besonders für Therapeuten, die selbst Kinder haben, ist es schwierig, Beruf und Privatleben unter einen Hut zu bekommen.

Darüber hinaus ist es nicht immer einfach, verlässliche Wochenpläne zu erstellen. Die Schulen gestalten ihre Unterrichtszeiten flexibel nach ihren eigenen Bedürfnissen: Kurse werden verlegt, Freistunden entfallen, der Stundenplan ändert sich.

Kein Zweifel: Die Ganztagschule ist für viele Kinder ein Segen, da sie die Nachmittage sinnvoll verbringen und besser gefördert werden können als in der Familie. Es gibt in zahlreichen Schulen Kooperationen mit Sportvereinen und Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit, sodass die Mädchen und Jungen nachmittags Sport

treiben, ein Musikinstrument spielen oder töpfern können. Für berufstätige Eltern sind die Ganztagschulen ebenfalls eine unentbehrliche Entlastung.

Doch wir müssen darüber diskutieren, wie die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung mit dieser Schulform synchronisiert werden kann.

Es gibt Überlegungen, die Psychotherapie in einem Raum innerhalb der Schule durchzuführen. Dies ist für die meisten Hamburger Kinder- und Jugendpsychotherapeuten keine Option. In der Schule wären sie der Schulaufsicht unterstellt mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben. Der The-



Foto: kids4pictures/fotolia.com

**Nach der Schule zur Therapie: Abendtermine könnten dreifach vergeben werden.**

rapeut wäre dann Teil des Teams und der Schulleitung gegenüber rechenschaftspflichtig. Eine Behandlung in der Schule wäre weder mit dem Recht des Patienten auf Vertraulichkeit noch mit der Schweigepflicht des Therapeuten zu vereinbaren. Niemand würde auf die Idee kommen, Erwachsenen eine Psychotherapie an ihrem Arbeitsplatz anzubieten. Mit Kindern sollten wir genauso umsichtig umgehen.

Allerdings besteht die Möglichkeit, ein Kind für eine psychotherapeutische Behandlung vom Unterricht zu befreien, sodass es vormittags oder in den frühen Nachmittagsstunden in die Praxis kommen kann. Doch auch dieses Prozedere hat Nachteile. Das Kind muss erklären, warum es nicht zum Unterricht kommt und wird vielleicht stigmatisiert, wenn die Mitschüler erfahren, dass es in psychotherapeutischer Behandlung ist. Oft handelt es sich zudem um Kinder, die ohnehin nicht optimal in der Klasse integriert sind und deren schulische Leistungen beeinträchtigt sind. Fehlzeiten während der Schulzeit können in diesen Fällen kontraproduktiv sein.

Der Therapeut wiederum muss mit jedem Lehrer einzeln verhandeln. Manche Lehrer sind sehr verständnisvoll und versuchen, passende Termine zu finden. Sie helfen dem Kind und besprechen gegebenenfalls die Angelegenheit in der Klasse. Doch manchmal muss sich der Therapeut dem Lehrer gegenüber rechtfertigen und genau

darlegen, warum ein Kind seiner Ansicht nach eine psychotherapeutische Behandlung benötigt. Der Lehrer sieht dafür möglicherweise keine Notwendigkeit. Er empfiehlt eher eine Ergotherapie, Sprachförderung oder eine medikamentöse Behandlung für schwierige Kinder.

Eine klare Regelung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg, auch während der Schulzeit, ist dringend erforder-

lich. Hier müsste die Schulbehörde, eventuell in Absprache mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg, tätig werden.

Damit die Psychotherapeuten nicht mehr mit jedem Lehrer einzeln verhandeln müssen, sollte klar geregelt werden

- dass nur die Psychotherapeuten über die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung entscheiden,
- dass ein Ausfall von Stunden wegen einer notwendigen Behandlung von der Schule sinnvoll eingeplant werden muss,
- dass dem Kind von der Schule Möglichkeiten geboten werden müssen, den versäumten Stoff nachzuholen.

Alle Betroffenen hätten dann klare Vorgaben. Das Thema wäre in den Köpfen aller Lehrer präsent. Die Kinder und Jugendlichen könnten einfacher Termine bekommen.

Insgesamt müssen die Therapieoptionen flexibilisiert werden. Bisher können die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nur fünf diagnostische Sitzungen zur Abklärung einer Psychotherapie abrechnen, dann muss ein Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse gestellt werden. Davor schrecken viele Familien zurück. Es wäre besser, wenn die Kinder unkompliziert auch für mehr als fünf Termine in die Praxis kommen könnten. Manche Probleme lassen

Manche Lehrer sind sehr verständnisvoll.  
Andere sehen keine Notwendigkeit für eine Psychotherapie.

sich in wenigen Sitzungen gut beheben. Um hier flexibler zu werden, sollte die Begrenzung der Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen wie zum Beispiel dem „psychotherapeutischen Gespräch“ aufgehoben werden. Für Patienten, die mit der Einhaltung von Terminen Schwierigkeiten haben, muss eine Praxis zu bestimmten Zeiten „offene Sprechstunden“ anbieten können. Außerdem wäre es hilfreich, wenn die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie variabler und mehr am Bedarf der jungen Patienten orientiert gehandhabt werden könnte.

Mit solchen Erweiterungen der Abrechnungsmöglichkeiten wäre die Hilfe für Hamburger Kinder und Jugendliche sehr viel effizienter.

*Dr. Helene Timmermann,  
Gabriela Küll,  
Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen in Eimsbüttel*



Foto: Felix Fätler

*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** Welche Leistungen kann ich abrechnen, wenn ich wegen eines Notfalls gerufen werde, der Patient aber bei meinem Eintreffen bereits verstorben ist?

In diesem Fall können Sie den Hausbesuch und die Wegepauschale über die gesetzliche Krankenversicherung abrechnen.

Die Untersuchung eines Toten einschließlich der Feststellung des Todes und des Ausstellens des Leichenschauscheins können nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden, da die Mitgliedschaft mit dem Tode erlischt. Die Leistungen müssen den Angehörigen privat nach GOÄ in Rechnung gestellt werden.

**2** Ein Patient benötigt Kompressionsstrümpfe der Klasse I. Können wir diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen?

Ja. Die Wahl der Kompressionsklasse liegt im Ermessen des Arztes und ist abhängig von der Diagnose, von der Lokalisation der Abflussstörung und vom klinischen Befund. Eine feste Zuordnung einer Kompressionsklasse zu einer bestimmten Diagnose gibt es nicht. Thrombose-Prophylaxe-Strümpfe (zum Beispiel prä-, intra- und post-operativ) sind keine Hilfsmittel und deshalb nicht verordnungsfähig.

**3** Woher bekommt man Impfausweise?

Die Impfausweise sind über das Deutsche Grüne Kreuz e. V. zu beziehen.

**Deutsches Grünes Kreuz e. V.**  
Nikolaistraße 3, 35037 Marburg  
Tel.: 06421-293-0

Fax: 06421-293-170

Bestellen: [www.dgk.de](http://www.dgk.de)

Verpackungsinhalt: 50 Stück;  
Einzelpreis: 0,50 EUR pro Stück  
Inkl. 19% MwSt exkl. Versandkosten, Artikel-Nr.10200

**4** Müssen wir die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen der Blankoformularbedruckung auf DIN A5 ausdrucken oder können wir die Formulare auch auf DIN A4 drucken?

Für das Bedrucken der AU-Bescheinigung (Muster 1) muss

das Sicherheitspapier der Größe DIN A5 verwendet werden.

**5** Besteht für die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben eine zeitliche Begrenzung?

Ja, laut Anlage zur Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie „Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung“ sollte die Wiedereingliederungsphase in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

**6** Kann der Zuschlag zu den Versichertenpauschalen 04110 und 04112 EBM für die Behandlung eines chronisch kranken Patienten auch bei einem Neugeborenen abgerechnet werden?

Ja, die EBM-Ziffer 04212 kann bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr auch ohne die Voraussetzung einer wenigstens ein Jahr langen Dauerbehandlung berech-

net werden. (Quelle: EBM, 1. Anmerkung zur GOP 04212 EBM)

**7** Unter welchen Voraussetzungen kann eine Perücke als Hilfsmittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden?

Eine Perücke ist verordnungsfähig

- bei totaler Alopezie aufgrund einer Chemotherapie oder
- bei Alopecia arealis mit mehreren großflächigen Gebieten von Haarausfall.

Das Rezept wird zusammen mit einem Kostenvoranschlag des Perückengeschäfts an die jeweilige Krankenkasse geschickt.

**8** Wir sind eine diabetologische Schwerpunktpraxis. Gynäkologische Praxen schicken oftmals schwangere Patientinnen zu uns, wenn das erste Screening auf Gestationsdiabetes mit 50g Glucose positiv ausgefallen ist. Wie rechnen wir nun den 75g Glucose-Test ab?

In Ihrer Praxis handelt es sich um einen curativen Fall. Sie entnehmen die Glucoselösung dem Sprechstundenbedarf und rechnen den OGT in üblicher Weise ab.

**9** Häufig fordern uns Apotheken dazu auf, auf dem Hilfsmittelrezept auch den Verordnungszeitraum anzugeben. Offenbar wird diese Angabe bei Hilfsmitteln zum Verbrauch (zum Beispiel Inkontinenzartikel oder Lanzetten) von einigen Kassen für die Abrechnung verlangt. Sind wir dazu verpflichtet, diese Angabe zu machen?

Nein. Der Versorgungszeitraum auf den Verordnungen für Hilfsmittel zum Verbrauch ist nicht vom Vertragsarzt einzutragen. In der Regel ergibt sich der Versorgungszeitraum aus der verordneten Menge. Im Zweifelsfall muss der Apotheker den einzutragenden Zeitraum je nach Verbrauch mit dem Patienten klären.

## 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



# Änderung des Infektionsschutzgesetzes

## ■ Liste meldepflichtiger Krankheiten und Erreger erweitert – Meldefrist auf 24 Stunden verkürzt

Durch eine Neufassung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurden zum 1. April 2013 die Meldepflichten geändert. Die namentliche Meldung von meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern muss unverzüglich und spätestens 24 Stunden nach

erlangter Kenntnis erfolgen. (Verdachts-)Fälle meldepflichtiger Krankheiten werden dem für den Wohnort des Patienten zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt. Der Nachweis von meldepflichtigen Krankheitserregern wird dem für den Standort des Einsenders

zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt. Zudem ist die Meldepflicht erweitert worden: Ab dem 1. April sind auch (Verdachts-) Fälle von Pertussis, Mumps, postnatale Röteln, konnatale Röteln und der Nachweis von Varizellen meldepflichtig.

## DMP: Neue Formulare für Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Für die Disease-Management-Programme (DMP) liegen neue Formulare für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung vor, die ab sofort verwendet werden können und ab 1. Juli 2013 verpflichtend sind.

DMP	Formularschlüssel
Asthma bronchiale	050B
COPD	060B
Brustkrebs	020D
indikationsübergreifend	070A

## DMP Asthma/COPD: Neue Abrechnungsziffern

Für die Disease-Management-Programme Asthma und COPD gelten ab 1. Juli 2013 für die nachfolgenden Leistungen neue Gebührenordnungspositionen (GOP):

Indikation	Leistung	Vergütung	ALT GOP bis 30.06.2013	NEU GOP ab 01.07.2013
Asthma	Betreuungspauschale für koordinierende Ärzte nach § 3 (1 x pro Dokumentationszeitraum)	7,50 EUR	99429	99429A
	Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 (neben der Abr.-Nr. 99429A nicht abrechenbar; max. 2 x pro Kalenderjahr)	25,00 EUR	99430	99430A
COPD	Betreuungspauschale für koordinierende Ärzte nach § 3 (1 x pro Dokumentationszeitraum)	7,50 EUR	99429	99429C
	Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 (neben der Abr.-Nr. 99429C nicht abrechenbar; max. 2 x pro Kalenderjahr)	25,00 EUR	99430	99430C

## Korrektur

Im KVH-Journal 5/2013 (Seite 6) heißt es, Röntgenbilder müssten 25 Jahre lang aufbewahrt werden. Das ist nicht korrekt – wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen. Die korrekten Fristen haben wir in folgender Tabelle für Sie zusammengefasst:

Art der Unterlagen	Aufbewahrungsfrist
Röntgendiagnostik (Röntgenbilder)	10 Jahre nach der letzten Aufnahme (bei Aufnahmen von Minderjährigen mindestens bis zum 28. Lebensjahr)
Röntgenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30 Jahre nach der letzten Behandlung

Bei den aufgeführten Fristen handelt es sich um Mindestaufbewahrungsfristen nach der Röntgenverordnung. Zivilrechtliche Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt verjähren nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch aber erst nach 30 Jahren. Wir empfehlen Ihnen daher, alle Dokumentationsunterlagen 30 Jahre lang aufzubewahren.

*Ansprechpartner:  
Infocenter, Tel. 22802-900*



Foto: Minerva Studio/fotolia.com

### 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. Übersicht:

- Übersicht der teilnehmenden BKKn an den einzelnen DMP-Verträgen.

#### II. Verträge:

- Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der **Techniker Krankenkasse** für das **Quartal III / 2013**.

III. Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung für folgenden Vertrag noch nicht abgelaufen:

- 16. Nachtrag zum Gesamtvertrag zwischen der KV Hamburg und der **See-Krankenkasse** vom 18. April 1996 zur **Vergütungsvereinbarung** für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 mit der **Knappschaft** (als Rechtsnachfolgerin der See-Krankenkasse).

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: 22 802-900*

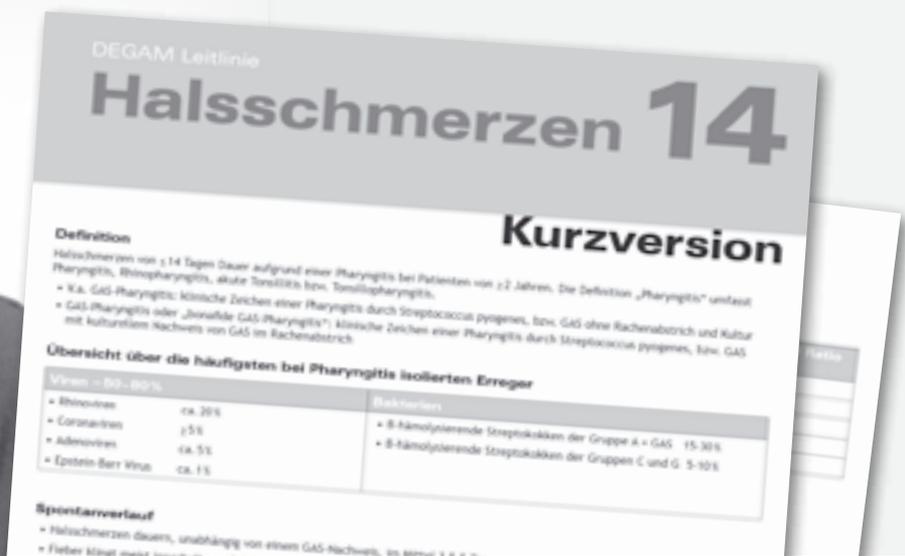


Foto: DDRockstar/fotolia.com

## Antibiotika bei akuten Halsschmerzen: ja oder nein?

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

Im Rahmen des Bündnisses für eine rationale Antibiotikatherapie wird im KVH-Journal alle zwei Monate eine 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

Montagabendsprechstunde, 25-jährige Frau, seit Freitag Fieber bis 39 Grad und starke Halsschmerzen, Schnupfen und leichter Husten, Gliederschmerzen und Nachtschweiß. Wenn sie zwei ASS 500 einnehme, ginge

das Fieber runter und sie fühle sich dann relativ gut. Sonstige Anamnese leer, in der Familie keine Fälle von Akutem Rheumatischem Fieber (ARF) oder Akuter Poststreptokokkenglomerulonephritis.

#### Befund:

Geringgradig reduzierter AZ bei aktuell 38,8 Grad Fieber, guter EZ, HF 96/min, RR 115/75, Tonsillenexsudate und schmerzhaft geschwollene vordere Halslymphknoten, Lunge frei.

#### Fragestellungen:

- Ist weiterführende Diagnostik indiziert, und wenn ja, welche?

- Welche Therapie ist zu empfehlen?
- Sollte ein Antibiotikum verordnet werden und wenn ja, welches?

Definitionsgemäß sprechen wir von akuten Halsschmerzen bei Beschwerden von weniger als 14 Tagen Dauer aufgrund einer Pharyngitis, Rhinopharyngitis, akuten Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis bei Patienten, die älter als zwei Jahre sind. Die überwiegende Mehrheit von akuten Halsschmerzen ist viral bedingt. Den Hauptanteil stellen milde Pharyngitisformen dar, die im Rahmen von Erkältungskrankheiten auftreten.

Beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (*Streptococcus pyogenes*, GAS) gelten als die häufigsten bakteriellen Erreger bei Pharyngitis. Sie bedingen 15 bis 30 Prozent der Pharyngitisfälle bei Kindern und fünf bis zehn Prozent der Fälle bei Erwachsenen.

Darüber hinaus gibt es allerdings auch viele asymptomatische GAS-Träger (bei asymptomatischen Kindern sogar bis zu 30 Prozent der Fälle und bei asymptomatischen Erwachsenen in sieben Prozent der Fälle). Ein kleiner Teil der Pharyngitiden bei jungen Erwachsenen ist durch eine infektiöse Mononukleose bedingt.

Pharyngitiden haben bekanntlich eine sehr hohe Spontanheilungstendenz. Bemerkenswert ist, dass sich, wie Studien zeigen, der Spontanverlauf von Patienten mit Streptokokken-Angina nicht von dem Verlauf anderer Anginaformen unterscheidet. Eine Antibiotikatherapie kann bei Streptokokken-Angina eine Krankheitsverkürzung um bis zu zweieinhalb Tagen bewirken. Komplikationen (Abszesse und Folgeerkrankungen wie das akute rheumatische Fieber) sind selten bis sehr selten. Es gibt keinen Beleg dafür, dass sich heute in den westlichen Industrienationen – in Zeiten ohne GAS-Epidemien oder Hinweise auf ARF – durch eine orale Antibiotikatherapie Komplikationen verhindern lassen.

### Vorgehen in der Praxis

Virale und bakterielle Pharyngitiden sind nicht sicher unterscheidbar, weder durch Laboruntersuchungen (CRP, BSG, Leukozyten) noch durch Rachen-Abstriche oder Schnelltests. Scores ermöglichen ein Schätzen der Wahrscheinlichkeit einer Streptokokken-Angina.

Der Centor Score beispielsweise berücksichtigt vier Kriterien: Fieber, Fehlen von Husten, geschwollene Halslymphknoten und Tonsillenexsudate und beträgt bei unserer Patientin „3“. Die Wahrscheinlichkeit von Streptokokken im Rachenabstrich beträgt bei diesem Score 30 bis 35 Prozent. Ein Schnelltest auf GAS beruht auf dem Nachweis von A-Streptokokken-Gruppenantigen, hat aber eine niedrige Sensitivität und hilft deshalb nicht weiter. Der Rachenabstrich mit anschließender Kultur hat aus praktischen Gesichtspunkten Mängel. Das Ergebnis liegt erst nach ein bis zwei Tagen vor. Außerdem kann es sich auch bei Halsschmerzen mit Nachweis von Streptokokken um eine Pharyngitis anderer Ätiologie handeln. Das heißt: In unserem Fall sind außer der Befragung und der körperlichen Untersuchung keine weiteren technischen Untersuchungen sinnvoll.

### Therapie

Neben allgemeinen Maßnahmen, wie kühlenden Getränken und Halswickeln, lindern Gurgellösungen mit Salbeiextrakt

die Symptome. Lutschtabletten mit lokaler antibiotischer Wirkung oder mit Lokalanästhetika sind nicht empfehlenswert. Analgetika wie Paracetamol, Ibuprofen und Acetylsalicylsäure (ASS) wirken schmerzstillend und fiebersenkend, ASS und Ibuprofen wirken zudem entzündungshemmend und abschwellend. Die Wahrscheinlichkeit einer Streptokokken-Angina ist bei unserer Patientin nicht hoch. Das extrem niedrige Risiko einer Folgekrankheit rechtfertigt zurzeit in den westlichen Industrienationen nicht die routinemäßige Antibiotikagabe selbst bei nachgewiesener GAS-Pharyngitis.

### Gespräch mit dem Patienten

Auch wenn ein starker Wunsch nach einer Antibiose vorgetragen wird, was in einem solchen Fall nicht selten vorkommt, sollte man der Patientin erklären, dass eine solche Therapie mit großer Wahrscheinlichkeit eine negative Nutzen-Schadenbilanz für sie hat. Hilfreich ist hier die zur DEGAM-Leitlinie gehörende Patienteninformation, die man der Patientin aushändigen kann. Selbst wenn eine Streptokokkeninfektion vorliegen würde, könnte eine antibiotische Behandlung lediglich ein bis zweieinhalb Tage krankheitsverkürzend wirken. Sollte eine starke Verunsicherung bestehen, sollte man die Patientin am nächsten Tag wieder einbestellen. Wegen des

Fortsetzung auf S. 22 

Spontanverlaufs stehen bei ihr die Chancen gut, dass es ihr dann etwas besser geht.

Dieser Text basiert auf der Leitlinie Nr. 14 (Halsschmerzen) der

DEGAM, Literatur siehe dort. Die Leitlinien der DEGAM finden Sie online unter: <http://leitlinien.degam.de/>.

Für den schnellen Überblick eignet sich die zweiseitige „Kurzversion“, zur Unterstützung des Gesprächs mit

dem Patienten die dazugehörige „Patienteninformation“.

*Dr. med. Hans-Otto Wagner  
PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Institut für Allgemeinmedizin*

## Auftakt des „Bündnisses für gezielte Antibiotikatherapie“

Über 80 Ärzte besuchten am 24. April 2013 die Auftaktveranstaltung des neu gegründeten „Bündnisses für gezielte Antibiotikatherapie“ im Hamburger Ärztehaus. „Der unvernünftige Einsatz von Antibiotika hat wegen der Ausbildung von Resistenzen Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft“, sagte Dr. Katja Peters, Allgemeinmedizinerin in Eimsbüttel und Initiatorin des Bündnisses. Ziel der Auftaktveranstaltung war es, den Umgang mit Antibiotika im ambulanten Bereich

kritisch zu hinterfragen und eine Diskussion vorhandener Leitlinien, Empfehlungen und praktischer Erfahrungen anzustoßen.

Dazu wurden vier Fallbeispiele typischer Beratungsanlässe der urologischen, hausärztlichen, kinderärztlichen und HNO-ärztlichen Praxis aus der Sicht der behandelnden Ärzte vorgestellt. Der Mikrobiologe Prof. Dr. Matthias Maaß lieferte dazu die diagnostischen und therapeutischen Hintergründe.

Das Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie ist eine Initiative von niedergelassenen Hamburger Vertragsärzten und des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE. Unterstützt wird die Initiative von der KV Hamburg und verschiedenen Ärzteverbänden.

Weitere Informationen zum Bündnis: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → *Verordnung* → *Antibiotika*  
Hier finden Sie auch ein Aufklärungs-Faltblatt für Patienten und Material und Links zum Thema Antibiotikaresistenz.



Foto: Jochen Kriens KVH

# KBV-Broschüre: Barrieren abbauen

## ■ Ideen und Vorschläge zum Umgang mit behinderten Patienten

Eine neue KBV-Broschüre zeigt, wie man seine Praxis stärker auf die Bedürfnisse behinderter Patienten ausrichten kann. Dabei geht es um den räumlichen Zugang und um Einrichtungen wie Rampen, beidseitige Handläufe an Treppen oder eine gute Beleuchtung. Wichtig sind aber auch kommunikative Aspekte wie persönliche Begrüßung und direkte Patientenansprache. Oft sind es schon kleine und leicht umzusetzende Maßnahmen, die einem behinderten Patienten helfen und ihm mehr Orientierung geben.

Die Broschüre „Barrieren abbauen“ bietet Praxisbeispiele, Checklisten und erklärende Texte zu Besonderheiten bei gehbehinderten, blinden, gehörlosen oder geistig und mehrfach behinderten Pati-

enten. Von einer leicht zugänglichen, „barrierearmen“ Praxis profitieren behinderte Patienten ebenso wie Eltern mit kleinen Kindern oder gebrechliche Menschen mit Begleitperson.

Die KBV stellt die Broschüre für Ihre Praxis kostenlos zur Verfügung.

Bestellung per E-Mail: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)

Als PDF herunterladen unter: [www.kbv.de/barrieren-abbauen.html](http://www.kbv.de/barrieren-abbauen.html)

*Ansprechpartnerin der  
KV Hamburg für den  
Barriereabbau in Praxen:  
Astrid Kuratnik, Tel: 22802-539  
E-Mail: [astrid.kuratnik@kvvh.de](mailto:astrid.kuratnik@kvvh.de)*



## Informationsveranstaltung „Netzwerk psychische Gesundheit“

Im Ärztehaus findet am 28. August 2013 eine Informationsveranstaltung des Netzwerks psychische Gesundheit (NWpG) statt. Initiatoren dieses Projekts zur integrierten Versorgung psychisch Kranker sind die TK und die Abitato gGmbH. Inzwischen sind dem Netzwerk auch die KKH Kaufmännische Krankenkasse und

die AOK Rheinland/Hamburg beigetreten. Aktuell werden in Hamburg und Umland über 700 Versicherte dieser Kassen versorgt.

Vertreter der TK und der AOK Hamburg/Rheinland werden das Projekt zusammen mit bereits teilnehmenden Ärzten vorstellen und die Teilnahmemodalitäten erläutern.

Die Veranstaltung richtet sich vor allem an niedergelassene Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten.

Für weitere Informationen zum Hamburger NWpG:

[www.abitato.de](http://www.abitato.de)

**Termin:** Mi, 28.8.2013 (17 Uhr)  
**Ort:** Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

# Mit Gemälden zurück ins Leben

■ Ausstellung im Ärztehaus zeigt Werke aus einem Kunstprojekt mit Psychiatrie-Patienten



Ausstellungsstück  
("Zeit", Gemälde von Winkler)

Das Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel (ZSP) hat ein Kunstprojekt durchgeführt, bei dem psychisch erkrankte Menschen und Oberstufen-Schüler zusammen Bilder für eine Ausstellung gestalteten. Das gemeinsame kreative Interesse und die daraus entstehenden Kontakte sollen (Selbst-)Stigmatisierungen entgegenwirken. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes und weitere Gemälde psychisch Erkrankter werden im Ärztehaus ausgestellt. Die Künstler werden zur Vernissage anwesend sein und würden sich freuen, mit den Besuchern

über ihre Werke ins Gespräch zu kommen.

**Vernissage:**

**Mi. 5.6.2013 (18.30 Uhr)**

**Die Ausstellung endet am 31.7.2013.**

Weitere Informationen: [www.zsp-salzwedel.de](http://www.zsp-salzwedel.de) und [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → *Kunst in der KV*

*Ansprechpartner:*

*Dr. med. Nicolas Nowack,  
Psychiater und Psychotherapeut  
am Zentrum für Soziale  
Psychiatrie Salzwedel (ZSP)  
E-Mail: [n.nowack@zsp-salzwedel.de](mailto:n.nowack@zsp-salzwedel.de)*

---

## Bergedorfer Arzt organisiert Musiktage

Bis Mitte August 2013 finden noch insgesamt elf Konzerte im Rahmen der Bergedorfer Musiktage statt. Die Festtage werden vom Bergedorfer Arzt Dr. Farhang Logmani organisiert und traditionell von Ärzten und

Apothekern unterstützt. Eines der Highlights ist der Auftritt des Bundesjugendballetts unter der Intendanz von John Neumeier im Bergedorfer „Haus im Park“ (8. Juni 2013, 19 Uhr). Die Musiktage enden mit einem

Konzert des St. Simeon Orchesters am Altengammer Elbdeich (16. August 2013, 19 Uhr).

Mehr Infos: [www.bergedorfer-musiktage.de](http://www.bergedorfer-musiktage.de)

---

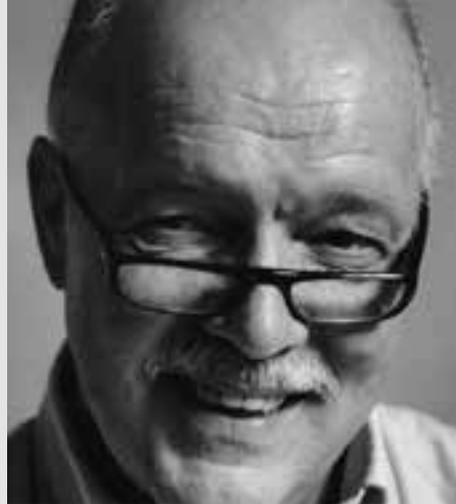
## Ärztechor tritt in Kirchen auf

Der Hamburger Ärztechor unter Leitung von Andreas Wendorff tritt im Juni in zwei Kirchen im Hamburger Osten auf. Das Programm steht unter dem Titel „Sünndagsblumen“:

„Lieder aus alter und neuer Zeit, von Sonntagen und Alltagsen, von Frühling und Herbst, von Liebe und Leid...“ Es spielt das Streicherensemble Ad Libitum.

**Sa. 8. Juni 2013 (18 Uhr),  
Kreuzkirche – Wandsbek,  
Kedenburgstraße 12  
So. 9. Juni 2013 (18 Uhr),  
Epiphaniienkirche – Barmbek-Nord,  
Großheidestraße 44**

Von Dr. Bernd Hontschik,  
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



## Scheinheilig

Privatpatient müsste man sein! Schließlich hat die Wissenschaft gerade wieder festgestellt, dass ein Kassenpatient drei Mal so lange auf einen Arzttermin warten muss wie ein Privatpatient. Na und? Es soll auch Ärzte mit zwei Wartezimmern geben: Privatpatienten aufs Ledersofa, für Kassenpatienten das harte Holzgestühl - na und? Und Privatpatienten werden zumeist vom Chefarzt behandelt, Kassenpatienten eher nicht - na und? Das war doch nie anders. Und dass die schnellere und komfortablere Chefarzt-Medizin die bessere Medizin sei, ist auch nur ein uraltes Märchen.

Privatpatient müsste man sein? Was macht acht Millionen Privatpatienten gegenüber 70 Millionen Kassenpatienten eigentlich so attraktiv? Haben sie die interessanteren Krankheiten? Haben sie die besseren Umgangsformen? Oder riechen Privatpatienten vielleicht angenehmer? Viel einfacher: Bei Privatpatienten wird die Leis-

tung des Arztes bezahlt, bei Kassenpatienten nicht immer.

Spätestens im dritten Monat jeden Quartals wird die Behandlung von Kassenpatienten in Arztpraxen nicht mehr vergütet. Spätestens gegen Ende des Jahres sind die Budgets der Krankenhäuser für Kassenpatienten verbraucht. Aber auch das ist nichts Neues.

### *Zwei-Klassen-Medizin? Die Politik wollte den Gesundheitsmarkt. Und auf unattraktive Kunden reagiert der Markt sofort.*

Das mediale Getöse über unterschiedliche Wartezeiten soll nur ablenken: In der Beziehung zwischen Arzt und Patient weht ein neuer Wind. Ob im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, der neue Wind weht überall: Es ist der Wind des Marktes. Caritas war gestern, heute herrscht Konkurrenz. Und ist die Konkurrenz erst einmal da, dann wirkt sie überall. Auf unattraktive Kundschaft reagiert jeder Markt sofort. Und es glitzern die Krokodilstränen über die "Zweiklassen-Medizin" gerade bei denen am hellsten, die

die politischen Entscheidungen auf dem Weg zum Gesundheitsmarkt, auf dem Weg zu Privatisierung und Eigenverantwortung getroffen haben. Der Patient ist nun Kunde, der Arzt Anbieter, Gesundheit eine Ware.

Deutschland hat heute schon einen höheren Anteil von Krankenhäusern im Besitz privater Konzerne als die USA. Die Anzahl privatwirtschaftlich geführter Medizinischer Versorgungszentren nimmt stetig zu. Und so konkurrieren heute nicht nur Ärzte um Patienten, sondern Patienten müssen neuerdings auch um Ärzte konkurrieren, um einen Behandlungstermin, um einen Platz im Wartezimmer.

Dass die Medizin mehr und mehr zu einem Geschäft zu verkommen droht, ist das Ergebnis politischer Entscheidungen. Nicht unterschiedlich lange Wartezeiten, nicht Ledersofas und Chefarztvisiten sind der Skandal, sondern diese Politik.

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

# Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

---



**Ursula Meier-Kolcu**

**Geburtstag:** 22.04.1952

**Familienstand:** verheiratet, zwei erwachsene Töchter, 29 und 26 Jahre alt

**Fachrichtung:** Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie

**Weitere Ämter:** Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hamburg; Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer; 1. Vorsitzende des bvvp-Hamburg (integrativer Berufsverband, der alle psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen und alle sozialrechtlich zugelassenen Therapiemethoden vertritt)

**Hobbys:** Singen im „Chor St. Johannis Altona“; vieles, was mich in Bewegung bringt: Schwimmen, schnelles Spaziergehen, Fahrradfahren, Skilanglaufen, ...

*Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?* Ja – weil mir die Ausübung meines Berufes auch nach mehr als 35 Jahren noch Freude macht; nein – weil es mir mit meiner Berufstätigkeit nicht gelungen ist, für eine gute Absicherung im Alter vorzusorgen.

*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?* Stärkung der Psychotherapie im Gesundheitswesen und im Versicherungssystem; Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken mit Migrationshintergrund.

*Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?* Ich Sorge mich um die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitssystem und wünsche mir KVen, die sich dieser Entwicklung entgegenstellen.

*Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?* Ich würde gern alle bisherigen Gesundheitsminister versammeln und Ihnen die Frage stellen, ob die verstärkte Marktorientierung im Gesundheitswesen von ihnen politisch gewollt oder aber unerwünschte Nebenwirkung war.

*Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?* Ich würde gern mit Freunden eine Hausgemeinschaft für gemeinschaftliches Wohnen im Alter gründen – am liebsten mit kleinem Garten, in dem ich gärtnern kann.

# Terminkalender

## ■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 13.06.2013 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

## ■ Qualitätsmanagement-Seminare

### 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-lizenzierten 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

### QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis müssen das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 28.08.2013 (09:30-17:00 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. 18.09.2013 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer  
Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl.  
Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

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. 16.10.2013 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP®-Vertiefungsseminar

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

Fr. 1.11.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 2.11.2013 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Pro Teilnehmer 185 Euro (inkl. CD-gestütztes  
QM-Handbuch und Verpflegung)

16 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 2. Quartal 2013**

1. bis 15. Juli 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](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



Foto: Felix Fallner