

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 5/2013

Shared Decision Making

Funktioniert das im Praxisalltag?



Patientenrechtegesetz

Was Ärzte und Psychotherapeuten wissen müssen

Psychotherapie

Gute Versorgung braucht gute Bedingungen

Kommerzialisierung

Wie die menschlich orientierte Medizin zurückgedrängt wird

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Kaum ist das Patientenrechtegesetz unter Dach und Fach, werden schärfere Regelungen gefordert. Ich rate zu mehr Augenmaß. Eine weitere Beweislastumkehr brächte riesige Bürokratiefluten mit sich. Die Zeit, in der sich ein Arzt damit beschäftigen muss, zu dokumentieren, dass er alles richtig gemacht hat, fehlt für die Patientenversorgung. Hinzu kommt: Wenn der Arzt stets unter der Bedrohung arbeitet, aus unsinnigen Gründen verklagt zu werden, wird die juristische Absicherung in den Mittelpunkt rücken – und nicht die beste Entscheidung im Sinne der Patienten. Die Montage übergroßer juristischer Damokles-Schwerter würde eine gute Versorgung also vermutlich erschweren. Das kann weder im Interesse der Ärzte noch im Interesse der Patienten sein.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann', written in a cursive style.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: Werner Heiber/fotolia.com

Ausgabe 5/2013 (1. Mai 2013)

Redaktionsschluss: 15. April 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 halten Sie vom Patientenrechtegesetz?	4
Was Ärzte und Psychotherapeuten über die neuen Patientenrechte wissen müssen	5
Partizipative Entscheidungsfindung in der Praxis – funktioniert das?	8

Gesundheitspolitik

Psychotherapie: Die Behandlungsmöglichkeiten müssen flexibilisiert und erweitert werden	12
---	----

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	16
Slowakische EHIC ohne Ablauffrist sind in Deutschland gültig	17
Ärzte müssen Krankenbeförderungsprotokolle nicht gegenzeichnen / AOK: Rabattvertrag für Elektrostimulationsgeräte	18

Qualitätssicherung

Labor: Neue Regeln zum Nachweis von Infektionserregern	19
--	----

Qualitätsmanagement

Seminare im Ärztehaus: „Einführung Qualitätsmanagement“ und „Hygiene“	19
---	----

Arznei- und Heilmittel

ASS verordnungsfähig bei koronarer Herzkrankheit / Stimulantieneinsatz für Erwachsene mit ADHS geregelt	20
Nutzenbewertung von neuen Medikamenten	21
Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf	22

Forum

Befundberichte für Jobcenter: KV unterstützt Forderung nach angemessener Bezahlung / UKE und KV Hamburg kooperieren bei Versorgungsforschung / Hanserad-Mitarbeiter demonstrieren vor dem Ärztehaus	23
---	----

Image-Spot der Niedergelassenen: Auch zwei Hamburger waren bei den Dreharbeiten dabei	24
--	----

Berufsvorbereitung: Praktikumsplätze in Arztpraxen gesucht / Protest gegen Umverteilung von schwangeren Migrantinnen	26
---	----

Kolumne

Wie Kommerzialisierung den Medizinbetrieb deformiert	27
--	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung	30
Terminkalender	31

Nachgefragt

■ Was halten Sie vom neuen Patientenrechtegesetz?



Was mich besonders freut, sind die beschleunigten Antragsverfahren, zu denen Krankenkassen verpflichtet wurden. Erleichtert das Gesetz die Arbeit der Ärzte? Wohl kaum, denn natürlich gibt es durch einige der Änderungen einen höheren Aufwand. Das Gesetz ist dennoch hilfreich, weil es die Rechte von Patienten kompakt zusammenfasst und verständlicher als bisher regelt. Bei genauerem Hinsehen ist die enge Verwandtschaft mit unserer Berufsordnung erkennbar. Dort sind die individuellen Patientenrechte in ärztlichen Pflichten sozusagen „reziprok“ geregelt: Angemessene Information der Patienten, Aufklärung, Dokumentation. Der Berufsordnung liegt ein partnerschaftliches Kooperationsmodell von Patient und Arzt zugrunde. Dass sich dieser Gedanke nun auch im Patientenrechtegesetz wiederfindet, sichert die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient.

*Klaus Schäfer,
Vizepräsident der
Ärztekammer Hamburg*



Die Lobbyisten der Ärzte und Kliniken waren beim Patientenrechtegesetz sehr erfolgreich, denn das Gesetz kodifiziert fast nur die bisherige Praxis. Patienten wird es weiterhin schwerfallen, ihre Rechte durchzusetzen. Wir begrüßen zwar, dass das Gesetz nun für alle Heilberufe gilt, außerdem wurden die Rechte von Versicherten gegenüber den Krankenkassen geringfügig gestärkt. Beim Thema Behandlungsfehler hätten wir uns aber einen Härtefallfonds gewünscht und weitere Erleichterungen der Beweislast. Auch bei den IGeL wäre mehr Patientenschutz dringend nötig. Patienten sollten zudem ihre Krankenunterlagen ergänzen dürfen, wenn darin Wesentliches fehlt oder falsch dargestellt ist. Auch eine Patientenvertretung in Krankenkassen wäre wünschenswert.

*Christoph Kranich,
Verbraucherzentrale Hamburg*



Evidenzbasierte Patienteninformationen gibt es nur für ausgewählte Indikationen, und die existierenden werden nur spärlich eingesetzt. Das ändert sich auch mit dem Patientenrechtegesetz nicht. Patienten können weiterhin nicht partizipativ an medizinischen Entscheidungen teilhaben, denn Einverständniserklärungen vor Operationen oder invasiven diagnostischen Eingriffen dienen vorrangig der juristischen Absicherung der Ärzte. Patienten wollen aber verstehen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt, welche Risiken ein Eingriff birgt, welchen Nutzen er hat und was sie erwartet, wenn sie auf den Eingriff verzichten. Bei Finanzgeschäften in der Sparkasse muss ausführlich informiert und ein Protokoll zum Informationsgespräch angefertigt werden, für medizinische Eingriffe gilt das leider nicht.

*Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser,
Fachbereich Patienteninformation und -beratung des
Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)*



Foto: ArTo/Fotolia.com

Mehr Aufwand! Mehr Rechtsklarheit?

■ Was Ärzte und Psychotherapeuten über das neue Patientenrechtegesetz wissen müssen

Die Belange der Patienten waren schon bisher im deutschen Recht verankert. Doch wer sich einen Überblick verschaffen wollte, musste sich die Regelungen aus unterschiedlichen Gesetzen und zahlreichen Gerichtsurteilen zusammensuchen. Für Ärzte und Patienten war dieses Sammelsurium kaum zu überblicken. Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll mehr Transparenz und Rechtssicherheit erreicht werden. Vorrangiges Ziel war es, die verstreuten Regelungen in einem Gesetz zusammenzufassen und zu konkretisieren. Hier die wichtigsten Aspekte im Überblick:

Aufklärung und Einwilligung

Jede medizinische Maßnahme, die in die körperliche Integrität des Patienten eingreift, bedarf weiterhin der Aufklärung und Einwilligung des Patienten. Der Arzt muss alle Informationen zur Verfügung stellen, die der Patient braucht, um eine selbstständige Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme zu treffen. Dazu gehören Informationen zu Art, Umfang und Durchführung der Maßnahme, über Notwendigkeit und Dringlichkeit, aber auch über Erfolgsaussichten und Risiken. Zudem muss der Arzt den Patienten auf alternative Behandlungsmöglichkeiten hinweisen.

Das Gesetz verlangt, dass der Patient im Rahmen eines persönlichen Gesprächs aufgeklärt wird. Die Aufklärung muss stärker als bisher individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt sein. Zur Ergänzung des Gesprächs verwendete Merkblätter oder andere schriftliche Informationen und Entscheidungshilfen sollten daraufhin überprüft werden, ob sie den individuellen Anforderungen an die Aufklärung gerecht werden. Der Arzt muss sich vergewissern, dass der Patient die Ausführungen versteht. Die Aufklärung muss rechtzeitig erfolgen, damit der Patient Zeit hat, sich

Fortsetzung auf S. 6 

Neue Patientenrechte gegenüber der Krankenkasse

- Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen für Behandlungsfehler zu unterstützen. Dies kann zum Beispiel durch medizinische Gutachten geschehen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird.
- Krankenkassen müssen über die Anträge ihrer Versicherten innerhalb von drei Wochen (fünf Wochen bei Entscheidung des MDK) entscheiden. Erfolgt die Entscheidung nicht innerhalb dieser Frist, ist die Krankenkasse verpflichtet, dem Versicherten mitzuteilen, weshalb eine Entscheidung noch nicht erfolgen konnte. Wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung erfolgt, können die Versicherten die Leistung selbst beschaffen und bekommen die entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstattet.
- Versicherte können die Teilnahme an Selektivverträgen innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen gegenüber der Krankenkasse widerrufen.

Fortsetzung von S. 5 

die Entscheidung zu überlegen und Fragen zu stellen.

Völlig neu ist, dass der Arzt den Patienten über Behandlungskosten, die voraussichtlich nicht oder nicht vollständig von den Krankenkassen übernommen werden, schriftlich informieren muss. Das betrifft Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), aber auch Satzungsleistungen und Privatleistungen, bei denen der Arzt oftmals gar nicht weiß, ob die Kosten erstattet werden. Ausbleibender Widerspruch und stillschweigende Duldung des Patienten gelten nicht als Einwilligung. Der Arzt muss den Patienten ausdrücklich und unmissverständlich fragen, ob er einverstanden ist, dass die Maßnahme durchgeführt wird. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Nur bei nicht aufschiebbaren Maßnahmen ist eine Einwilligung nicht nötig. Der Arzt muss dann allerdings den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten beachten. Dem Patienten sind Fotokopien von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen. Die Kopien muss der Arzt auf eigene Kosten anfertigen.

Aufklärung und Einwilligung müssen in der Patientenakte dokumentiert werden. Die Beweislast dafür, dass eine (stärker als früher individualisierte) Aufklärung stattgefunden hat und dass eine Einwilligung eingeholt wurde, liegt beim Arzt.

Dokumentation

Der Arzt oder Psychotherapeut muss die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit den Patientengesprächen oder der Behandlung

anfertigen. Die Patientenakte kann sowohl in Papierform als auch elektronisch geführt werden. Nachträgliche Berichtigungen und Änderungen sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt und der Zeitpunkt der Änderung erkennbar bleiben. Die Dokumentation ist nach Abschluss einer Behandlung zehn Jahre lang aufzubewahren (es sei denn, es gelten abweichende Bestimmungen wie beispielsweise bei Röntgenbildern, die 25 Jahre aufbewahrt werden müssen).

Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die Behandlungsakte zu gewähren. Ist dies nicht möglich, weil die Akte elektronisch geführt wird und der Arzt oder Psychotherapeut den Patienten nicht an den Praxis-Computer lassen will, muss die Akte zur Einsichtnahme innerhalb der Praxisräume ausgedruckt werden. Der Patient kann auch eine Kopie zum Mitnehmen verlangen. In diesem Fall muss er dem Arzt oder Psychotherapeuten die anfallenden Kosten erstatten.

Therapeutische Gründe können dem Einsichtsrecht entgegenstehen. Teile der Akte, deren Lektüre beispielsweise eine schwere Selbstgefährdung des Patienten erwarten lässt, sind vom Einsichtsrecht ausgenommen. Die subjektiven Notizen und persönliche Bemerkungen des Arztes oder Psychotherapeuten („Patient ist ein Querulant“) hingegen sind nicht mehr geschützt und müssen herausgegeben werden.

Behandlungsfehler

Bei einer Auseinandersetzung vor den Gutachter- und Schlichterkommissionen der Ärztekammern oder vor Gericht muss grundsätzlich weiterhin der Patient beweisen, dass ein Behandlungsfehler begangen wurde und dass dieser ursächlich für eine Gesundheitsschädigung war. Allerdings gibt es nun Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten:

- Egal ob Aufklärung/Einwilligung oder medizinische Behandlung – ist etwas nicht in der Akte dokumentiert, wird davon ausgegangen, dass der Arzt es nicht durchgeführt hat.
- Ein Behandlungsfehler wird vermutet, wenn eine Komplikation eintritt, deren Risiko vom Arzt voll beherrschbar war. Dabei geht es vor allem um Organisationsmängel: Wenn beispielsweise der OP verschlossen war, es 20 Minuten gedauert hat, bis der Schlüssel gefunden wurde

und der Patient zu Schaden gekommen ist, muss der Arzt beweisen, dass der Schaden auch bei rechtzeitig geöffnetem OP eingetreten wäre. Arztpraxen, die ein konsequentes Qualitätsmanagement betreiben, sind beim Risikomanagement und bei der Vorbeugung von Organisationsmängeln gut aufgestellt.

- War der Arzt für eine von ihm durchgeführte Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass dies die Ursache für eine aufgetretene Gesundheitsschädigung war.
- Auch bei einem "groben" Behandlungsfehler findet eine Beweislastumkehr zu Ungunsten des Arztes statt: Bis zum Beweis des Gegenteils wird vermutet, dass der grobe Behandlungsfehler für eine aufgetretene Gesundheitsschädigung ursächlich war. Das gilt analog auch, wenn der Arzt es versäumt hat, einen Befund zu erhe-

ben, durch dessen Fehlen weitere Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, deren Unterlassung bei Vorliegen des Befundes grob fehlerhaft gewesen wäre.

Fragt der Patient nach etwaigen Behandlungsfehlern, muss der Arzt wahrheitsgemäß antworten – egal ob es um Fehler von Kollegen oder um seine eigenen geht. Der Arzt muss allerdings nur über das Auskunfts geben, was ihm bekannt ist. Aktiv recherchieren muss er nicht. Wenn es zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren notwendig ist, muss der Arzt den Patienten auch unaufgefordert über etwaige Behandlungsfehler informieren. Informationen, durch die sich der Arzt selbst belastet, dürfen vor Gericht aber nur mit seiner Zustimmung verwendet werden.

Ansprechpartner zum Patientenrechtgesetz: Ärztekammer Hamburg, Tel: 20 22 99 -0

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



"Medizinkultureller Wandel"

- Mehr Mitsprache für Patienten - funktioniert das im Praxisalltag?
Der Rostocker Professor für Allgemeinmedizin Attila Altiner über die Frage, wann Ärzte autoritär sein sollten - und wann nicht.

Im klassischen paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis trifft der Arzt die Entscheidung. Soll künftig der Patient allein darüber bestimmen, was gemacht wird?

Altiner: Nein. Das Modell der „partizipativen Entscheidungsfindung“, für das wir eintreten, erschließt im Spannungsfeld dieser Extreme eine neue Dimension: Wir leugnen nicht, dass es eine grundsätzliche Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis gibt. Patient und Arzt sind keine Geschäftspartner, wie dies im „Patient als Kunde“-Modell suggeriert wird. Doch anders als im bisher vorherrschenden Modell des „benevolent Paternalismus“ wird der Patient als mündiger Bürger und als Experte seiner selbst wahrgenommen. Der Arzt hat die weitestgehende fachliche Autorität, bietet aber einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess an.

Wie soll das gehen?

Altiner: Arzt und Patient kommunizieren ihre Erwartungen, es werden objektive und subjektive Aspekte mit einbezogen. Manchmal kommt der Arzt an einen Punkt, an dem er sagen muss: „Bis hierhin kann ich mitgehen, darüber hinaus nicht mehr.“ Doch meist gelingt es, am Ende dieses Prozesses zu einer Entscheidung zu kommen, mit der beide Seiten einverstanden sind.

Wollen die Patienten das?

Altiner: Natürlich gibt es in den Praxen auch weiterhin Patienten, die das paternalistische Modell bevorzugen, und sagen: „Herr Doktor, entscheiden Sie für mich. Ich möchte mich gar nicht so sehr mit meiner Erkrankung beschäftigen. Ich vertraue Ihnen.“ Das ist völlig in Ordnung. Doch eine Mehrheit von Patienten scheint

mittlerweile eine partizipative Entscheidungsfindung zu bevorzugen. Diesen Eindruck bestätigt eine bereits zehn Jahre alte Umfrage der Bertelsmann-Stiftung, in der schon damals über 60 Prozent der Befragten mit höherer Bildung, die Hälfte der Befragten mit geringer Bildung und immerhin noch über 45 Prozent der befragten Senioren der Ansicht waren, Patient und Arzt sollten in wichtigen Fragen gemeinsam entscheiden.

Wollen die Ärzte das?

Altiner: Das ist ein medizinkultureller Wandel, der auch von immer mehr Ärzten befürwortet wird. Wer sich fortbildet, die nötigen Fähigkeiten erlernt und das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung anschließend in seiner Praxis umsetzt, macht damit gute Erfahrungen. Die Methode führt zu einer Entlastung des Arztes. Denn dieser kann zwar sorgfältig Risiken kalkulieren und Wahrscheinlichkeiten abschätzen, doch was eine Intervention im Einzelfall für den Patienten tatsächlich für Folgen hat, kann er nicht vorhersehen. Arzt und Patient werden besser mit den Konsequenzen einer Entscheidung leben können, die gemeinsam getroffen wurde. Der Arzt ist

Prof. Dr. Attila Altiner leitet das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Rostock und ist Sprecher der Forschungssektion der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Bis 2009 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Düsseldorf. Neben seiner Arbeit als Hochschullehrer ist er weiterhin hausärztlich tätig.



damit übrigens auch besser vor (juristischen) Auseinandersetzungen geschützt.

Ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht sehr zeitraubend?

Altiner: In manchen Situationen muss man sich etwas länger mit dem Patienten beschäftigen. Mittel- bis langfristig spart diese Methode jedoch Zeit ein.

Wie das?

Altiner: Weil letztendlich die Versorgungsqualität steigt, Probleme nachhaltiger angegangen werden und die Patienten weniger oft nachfragen müssen. Wir haben ja in Deutschland die Situation, dass wir extrem viele, dafür aber kurze Konsultationen haben. Studien zeigen beispielsweise, dass die partizipative Entscheidungsfindung eine rationalere Pharmakotherapie fördert. Im Bereich der chronischen Erkrankungen geht man davon aus, dass bis zu 50 Prozent der verordneten Medikamente nicht im Sinne des Verordners eingenommen werden. Wir schlagen in diesem Zusammenhang vor, den Begriff „Compliance“ durch „Adhärenz“ zu ersetzen. Das meint nicht „Gehorsam“, sondern das Anhaften an einen gemeinsam entwickelten Therapieplan. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Patient an einen Therapieplan hält, ist viel größer, wenn er ihn selbst mit entwickelt hat, als wenn er ihn einfach nur vorgesetzt bekommt.

Wo liegen die Grenzen der gemeinsamen Entscheidungsfindung?

Altiner: Die Methode funktioniert nicht in jeder Situation und auch nicht bei jeder Krankheit. Wir Ärzte dürfen oder müssen manchmal autoritär sein und klar sagen, was zu tun ist – wenn eine akute Gefahr vorliegt oder wenn es nur eine Behandlungsoption gibt. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist angezeigt, wenn es keinen eindeutigen medizinischen Königsweg gibt. Das ist bei chronischen Erkrankungen eigentlich die Regel. Und der demographische Trend geht eindeutig in Richtung „chronisch“. Auch wenn Maßnahmen eine uneindeutige Nutzen-Schaden-Bilanz haben, müssen Arzt und Patient gemeinsam entscheiden.

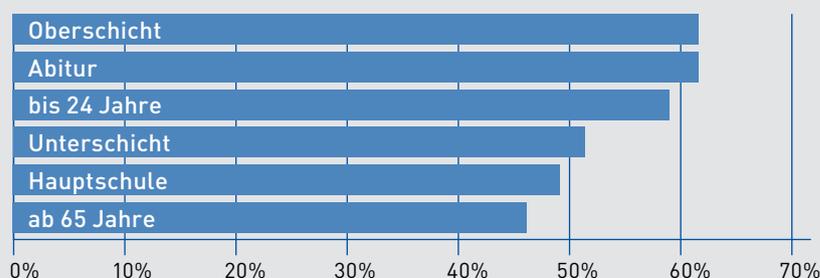
Das neue Patientenrechtsgesetz schreibt fest, dass der Patient einen Anspruch darauf hat, individuell über verschiedene Optionen aufgeklärt zu werden (siehe

Seite 5). Ist der Arzt mit der Aufgabe, individuelle statistische Wahrscheinlichkeiten zu vermitteln, nicht bisweilen überfordert?

Altiner: Ja. Je mehr individuelle Faktoren berücksichtigt werden, desto komplizierter wird es. Zu einigen Krankheitsbildern und Fragestellungen gibt es Merkblätter und Flyer, die als Entscheidungshilfen genutzt werden können. In dem von uns entwickelten Computerprogramm Arriba gehen wir einen entscheidenden Schritt weiter. Hier können Wahrscheinlichkeiten visualisiert werden. Interaktive Grafiken zeigen beispielsweise, was geschieht, wenn 1.000 Männer im Alter von über 55 Jahren den PSA-Test machen: Bei wie vielen davon wird eine Biopsie durchgeführt? Wie viele werden operiert? Wie viele bekommen eine erektile Dysfunktion, wie viele werden inkontinent? Arzt und Patient müssen all diese Wahrscheinlichkeiten

Fortsetzung auf S. 10 ■■■

Patient und Arzt sollen gemeinsam entscheiden



Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2001 - 2004 (n=9146)

gegeneinander abwägen. Wie bewertet man die Chance, zu jenen sieben von 10.000 Patienten zu gehören, die durch das PSA-Screening vor dem Prostatakarzinom-Tod gerettet werden? Wie bewertet man die Möglichkeit, wegen eines Karzinoms behandelt und operiert zu werden, das eventuell niemals irgendwelche Schwierigkeiten gemacht hätte? Solche Entscheidungen lassen sich nur unter Zuhilfenahme subjektiver Kriterien treffen.

Wie meinen Sie das?

Altiner: Bleiben wir beim Beispiel PSA-Screening. Die Gesamtnutzen-Schadensbilanz spricht gegen den Test. Dennoch gibt es einzelne Patienten, die von dem Test profitieren - nur dass man im Vorhinein eben nicht sagen kann, wer das ist. Stellen Sie sich vor, ein Patient hat nun in der Familie einen Todesfall aufgrund eines metastasierenden Karzinoms miterlebt. Da kann die informierte Entscheidung des Patienten sein, sich im Einzelfall für den Test zu entscheiden und die möglichen negativen Folgen des Tests in Kauf zu nehmen.

Wer entwickelt und pflegt die Entscheidungshilfen, die Ärzten zur Verfügung stehen?

Altiner: Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat die Entwicklung von evidenzbasierten „Decision Aids“ ganz erheblich unterstützt. So konnten verschiedene universitäre Arbeitsgruppen in Deutschland wichtige Projekte umsetzen. Unter www.patientals-partner.de beispielsweise findet man „Decision Aids“ zu vielen verschiedenen Indikationen. Die Website wurde von Martin Härter aufgebaut, einem der Pioniere der partizipativen Ent-

Das „Antibiotika-Missverständnis“

■ Bessere Kommunikation kann den Antibiotika-Verbrauch senken

Atemwegsinfekte sind in der Regel selbstlimitierende Erkrankungen. Die Symptome verschwinden nach ein bis zwei Wochen meistens von selbst, selbst wenn neben Viren auch Bakterien im Spiel sind. Dennoch verlassen auch Patienten mit harmlosen Atemwegsinfekten die Arztpraxen bisweilen mit einem Antibiotika-Rezept in der Tasche.

Eine bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann die Verschreibung von Antibiotika um relativ bis zu 40 Prozent senken. Das zeigen mehrere Studien. Arzt und Patient sitzen bei ihren Gesprächen nämlich leicht Missverständnissen auf:

Der Patient macht sich Sorgen, fürchtet beispielsweise eine Lungenentzündung oder Schlimmeres, und will sicher gehen, eine effektive Behandlung zu bekommen. Der Arzt nimmt diese nicht explizit kommunizierten Sorgen und Nöte als massiven Druck wahr, möchte dem Patienten entgegenkommen und verordnet Antibiotika. Der Patient denkt: „Aha, ich bin wieder gesund geworden, das lag wohl am Antibiotikum“ - und hat „gelernt“, beim nächsten Mal wieder Druck zu machen, um ein Antibiotikum verordnet zu bekommen.

Um diesem Kreislauf zu entgehen, müssen alle Informa-

tionen und Erwartungen von Arzt und Patient offen gelegt werden. Ärzte neigen erwiegenermaßen dazu, den Anteil der Patienten, die ein Antibiotika erhalten wollen, zu überschätzen. Wird das Thema Antibiotika offen angesprochen, stellt sich heraus, dass ein großer Teil der Patienten lediglich sicher sein wollte, dass hinter ihren Symptomen nichts Schlimmeres als ein harmloser Infekt steckt. Knapp neun von zehn Patienten sagen deshalb: „Nein, wenn es nicht unbedingt sein muss, möchte ich kein Antibiotikum.“ Mit jenem zehnten Patienten, der ein Antibiotikum einfordert, sollte der Arzt ergebnisoffen

scheidungsfindung in Deutschland. Er lehrt am Hamburger UKE. Ein von uns und unseren Marburger Kollegen um Norbert Donner-Banzhoff entwickeltes Computerprogramm, das schon angesprochene Arriba, kann sich jeder Arzt als Freeware auf seinen Computer holen. Programme für andere Behandlungsanlässe (zum Beispiel Blutgerinnungshemmung bei Vorhofflimmern, KHK, PSA-Screening) wurden zwar mit Hilfe von Fördergeldern auf den Weg gebracht, doch wie deren Weiterentwicklung und Aktualisierung finanziert werden soll, ist noch

unklar. Ich finde: Entscheidungshilfen, die im Rahmen von Studien gezeigt haben, dass sie die Versorgung verbessern, sollten in die normale kassenärztliche Versorgung aufgenommen werden. Doch das setzt (standes-) politischen Willen voraus.

Was denken Sie: Wird sich die partizipative Entscheidungsfindung als gängige Methode durchsetzen?

Altiner: Seit Ende der 2000er Jahre gibt es eine zunehmend robuste Evidenz, dass die partizipative Entscheidungsfindung die Versorgung in vielerlei Hin-

sicht verbessert. Zur Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft hat eine Entdogmatisierung der Diskussion beigetragen. Die meisten Befürworter des Modells verfolgen mittlerweile einen ganz pragmatischen Ansatz: Es gibt Behandlungssituationen, in denen die Anwendung dieser Methode sehr gut funktioniert und andere, in denen sie hilfreich ist. Und es gibt Situationen, in denen partizipative Entscheidungsfindung nicht angebracht ist. So einfach ist das.

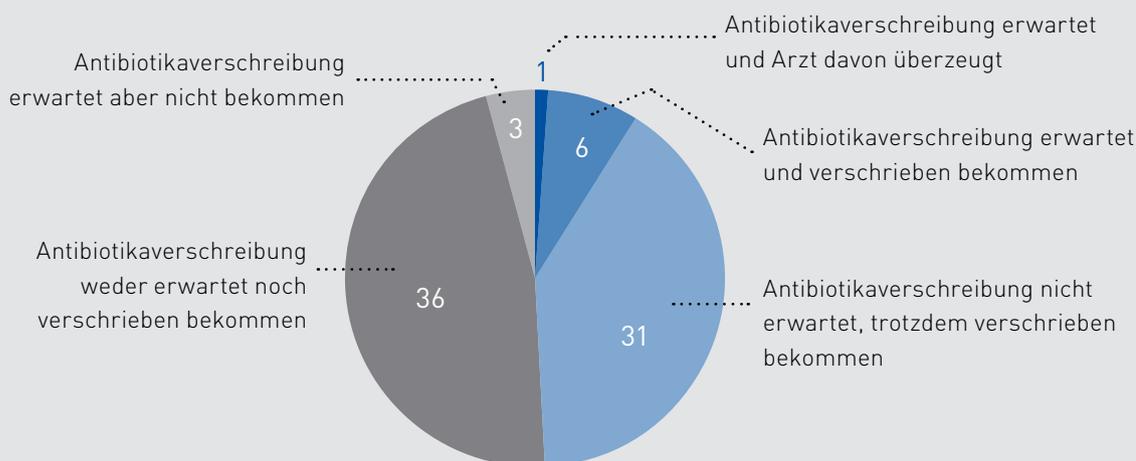
Interview: Martin Niggeschmidt

sprechen. Er könnte vorschlagen: „Gut, Sie bekommen ein Antibiotikum – aber erst in zwei Tagen, wenn es Ihnen bis

dahin noch nicht besser geht.“ Jedenfalls sollte der Arzt genauer nachfragen und versuchen, die Motivations- und

Interessenlage des Patienten zu verstehen - und Wege zu einer Entscheidung suchen, die beide Seiten mittragen können.

Wie viele Patienten erwarten eine Antibiotika-Verordnung?



Datenbasis: 77 Patienten mit akutem Husten

Quelle: Sandquist Sabine, Altiner, Attila u.a.: Akuter Husten: Was erwarten die Patienten? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2002;78:19-23

Siehe zum selben Thema auch:

Altiner, Attila u.a.: Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. In: Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2007;60 (3):638-644.

Légaré, France u.a.: Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. In: Canadian Medical Association Journal 2012 Sep 18;184(13):E726-34

Gute Versorgung braucht gute Bedingungen!

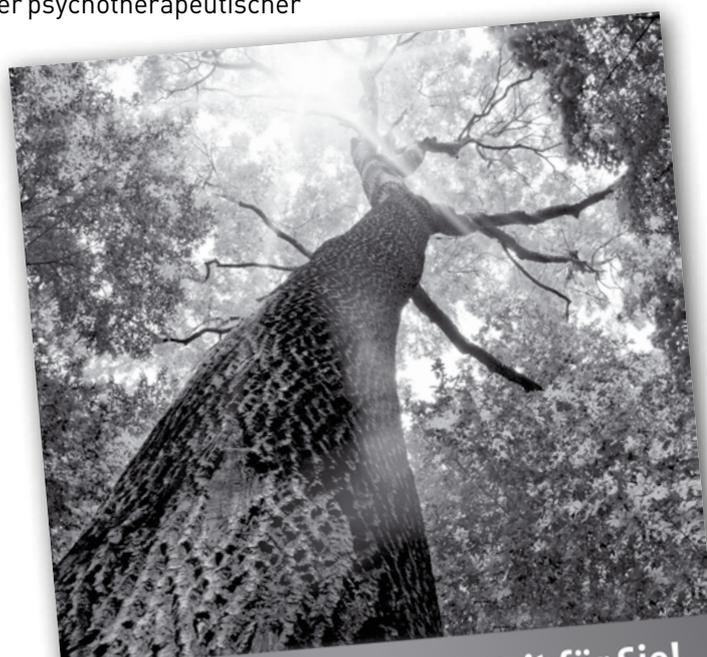
- Es stimmt: Die psychotherapeutische Versorgung muss reformiert werden. Die Psychotherapeuten-schaft hat dazu längst vielfältige Vorschläge vorgelegt. Sie müssen nur umgesetzt werden.

von Heike Peper

„Sollte nicht jeder, der psychotherapeutische Hilfe benötigt, auch die Chance auf eine zeitnahe und angemessene Behandlung haben?“ Diese scheinbar einfach zu beantwortende Frage auf dem Protestplakat (siehe Abb. rechts), das im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne der KV Hamburg für den Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie entwickelt wurde, zielt auf einen zentralen Konflikt in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Denn bereits die Vorstellungen darüber, wer überhaupt psychotherapeutische Hilfe benötigt und wie eine zeitnahe und angemessene Behandlung gewährleistet werden kann, gehen zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren weit auseinander. Besonders auffällig in den Diskussionen der vergangenen Jahre ist die Tatsache, dass in nahezu allen Krankenkassenreports eine alarmierende Zunahme psychischer Erkrankungen in Hamburg festgestellt wird. Der im Februar 2013 vorgestellte DAK-Gesundheitsreport 2013¹ bestätigt diesen Trend. Es heißt darin: „Die Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist (...) die bei weitem auffälligste

Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.“ (Siehe dazu Kasten auf Seite 14.) Hinter den Muskel- und Skeletterkrankungen nehmen psychische Erkrankungen den zweiten Platz als Ursache für Krankschreibungen ein. Ob dieser stetige Anstieg an einem frühzeitigeren Ansprechen und Erkennen, an einer differenzierteren Diagnostik, an einer Zunahme psychischer Belastungen in Arbeitswelt und Schule, an einer Veränderung der Lebensformen oder an einer Kombination all dieser Faktoren liegt, muss sicher noch weiter erforscht werden. Jedoch ist eines klar: Der Versorgungsbedarf bei psychischen Erkrankungen und damit an ambulanter psychotherapeutischer

Versorgung steigt seit Jahren. Die dringend notwendige Reaktion der Krankenkassen auf die von ihnen erhobenen Zahlen, nämlich in eine bedarfsgerechte und nachhaltige ambulante psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten innerhalb des Kollektivvertrages zu investieren, ist allerdings nicht zu erkennen. Für mich ist diese „Zurückhaltung“ nicht nachvollziehbar, denn bereits die TK-Studie von 2011² zeigt, dass ambulante Psychotherapie wirkt und sich wirtschaftlich rechnet. Bei fast allen psychischen Erkrankungen ist entsprechend konsentierter Behandlungsleitlinien eine Psychotherapie die Behandlungsform der Wahl, be-



Wir hätten gern mehr Zeit für Sie!

Sollte nicht jeder, der psychotherapeutische Hilfe benötigt, auch die Chance auf eine zeitnahe und angemessene Behandlung haben? Politik und Kassen schränken uns Psychotherapeuten ein, Menschen mit seelischem Leid individuell zu behandeln – frühzeitig und so lange wie nötig. Genesung ist nicht kalkulierbar und braucht ausreichend Zeit und Mittel.

ziehungsweise werden Psychotherapie und Pharmakotherapie als gleichwertige Alternativen (z.B. bei einer mittelgradigen depressiven Episode) empfohlen.

Seit langem ist nachweislich klar, dass der gestiegene Bedarf mit dem bestehenden Angebot an Behandlungsplätzen nicht abgedeckt werden kann. Es bestehen deshalb lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Laut einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer³ warten Therapiesuchende in Hamburg im Durchschnitt mehr als zwei Monate auf ein Erstgespräch und mehr als fünf Monate auf einen Therapieplatz. Angesichts dieser Entwicklung ist eine Erhöhung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten dringend geboten.

Die seit dem 1. Januar 2013 geltende neue Bedarfsplanungsrichtlinie verstärkt zwar die Versorgung in ländlichen Regionen. Die sogenannten Kernstädte wie Hamburg hingegen gehen leer aus, und die massive Unterversorgung eines großen Teils der Bevölkerung wird dadurch festgeschrieben. Aufgrund neuer Berechnungszahlen steigt die nominelle Überversorgung in Hamburg sogar von 140 auf knapp 170 Prozent. Eine mögliche Stilllegung von Sitzen, wie sie das Versorgungsstrukturgesetz bei diesem Überversorgungsgrad vorsieht, würde die psychotherapeutische Versorgung noch weiter verschlechtern. Deshalb hat sich die Vertreterversamm-

lung der KV Hamburg am 31. Januar 2013 mit einem einstimmigen Beschluss dafür ausgesprochen, dass ein Aufkauf von Sitzen nur im Einvernehmen mit den jeweiligen Berufsverbänden beziehungsweise mit dem Beratenden Fachausschuss der jeweiligen Fachgruppe erfolgen kann. Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie vertritt eine klare Meinung: Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage lässt einen Aufkauf von Praxissitzen nicht zu.

Doch nicht nur eine Erhöhung der Zahl von ambulanten Behandlungsplätzen ist für eine Verbesserung der Versorgung dringend erforderlich.

Die Psychotherapie-Richtlinien und die Psychotherapie-Vereinbarungen benötigen ebenso eine Weiterentwicklung, um dem gestiegenen Bedarf und den fachlichen Erfordernissen einer guten leitliniengerechten Versorgung zu genügen. Eine „Weiterentwicklung“ der Psychotherapie-Richtlinien wurde zwar in Zusammenhang mit den Honorarbeschlüssen im Bewertungsausschuss vereinbart. Es ist allerdings zu befürchten, dass dies aufgrund des Beschlusses zur extrabudgetären Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nur zu einem Euphemismus für eine geplante Kürzung der Therapiekontingente werden könnte. Ein kürzlich bekannt gewordenes Papier des GKV-Spitzenverbandes, das eine Reduzierung der Kurzzeittherapie von 25 auf 15 Sitzungen vorsieht, weist deutlich in diese Richtung.

Bereits seit langem werden flexiblere Behandlungsmöglichkeiten in Ergänzung und Erweiterung der Richtlinienpsychotherapie in der Psychotherapeutenchaft diskutiert und in den Diskurs mit Politik und Krankenkassen eingebracht. Besonders im Bereich der psychotherapeutischen Akutversorgung wie auch in der Psychotherapie von Patientinnen und Patienten mit intensivem und längerfristigem Behandlungsbedarf verhindern Beschränkungen in den Psychotherapierichtlinien sowie eine ungenügende Vergütung eine fachlich angemessene Behandlung.

In der Profession besteht eine große Übereinstimmung, dass eine Flexibilisierung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten notwendig sind. Folgende Veränderungsvorschläge werden diskutiert:

Psychotherapeutische Akutversorgung

Damit eine frühzeitige Abklärung und Diagnostik sowie eine zeitnahe Akutbehandlung erfolgen kann, ist es erforderlich, dass probatorische Sitzungen und das psychotherapeutische Gespräch (EBM-Ziffer 23220) besser als bisher vergütet werden, das heißt mindestens in der Höhe einer genehmigten Psychotherapiesitzung. Notwendige Leistungen müssen in der Akutbehandlung flexibel einsetzbar sein. Zur Krisenintervention sollten deshalb bis

Fortsetzung auf S. 14 

zu zehn antragsfreie Sitzungen möglich sein. Die Mengenbegrenzung der EBM-Ziffer 23220 auf 150 Minuten im Quartal sollte aufgehoben werden.

Es sollte darüber hinaus die Möglichkeit einer offenen psychotherapeutischen Sprechstunde geschaffen werden, für die ein bestimmtes Stundenkontingent (z. B. vier Stunden pro Woche) vom Psychotherapeuten vorgehalten und pauschal vergütet wird.

Förderung der Gruppenpsychotherapie

Nur wenige Behandlerinnen und Behandler, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie verfügen, führen tatsächlich Grup-

pentherapien durch. Dies liegt zum einen an der ungenügenden Vergütung, zum anderen an dem aufwändigen und komplizierten Verfahren zur Beantragung und Durchführung von Gruppenpsychotherapie. Eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung wie auch eine vereinfachte Beantragung, gegebenenfalls ohne Gutachterverfahren, würde sicherlich zu einer Erhöhung von Gruppentherapien führen.

Kombination Einzelpsychotherapie/Gruppenpsychotherapie

Die starren Regelungen zum Einsatz von Einzel- und Gruppentherapie sind fachlich nicht begründbar. Im Gegenteil: Flexibel kombinierbare Kontingente von Einzel- und Gruppentherapie machen eine variable und individuell angepasste Behand-

lung von Patientengruppen mit einem intensiveren Behandlungsbedarf möglich. Eine (teil-) stationäre Behandlung könnte dadurch oftmals vermieden werden.

Erhaltungstherapie / Intervalltherapie

Zur niederfrequenten und längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung sollte es, unter anderem zur Rezidivprophylaxe, die Möglichkeit einer Weiterbehandlung auch nach Ausschöpfung der bestehenden Richtlinien-Kontingente geben. Besonders bei Patientengruppen mit komplexen und chronifizierten Erkrankungen wirkt eine niederfrequente ambulante Langzeitbehandlung stabilisierend und kann stationäre Aufenthalte verhindern.

Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen



Indexdarstellung: 1997 = 100; Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre; Quelle: DAK Gesundheitsreport 2013

Modifizierung des Gutachterverfahrens

Das bürokratische, zeitaufwändige und schlecht vergütete Gutachterverfahren muss modifiziert werden. Es ist in seiner jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Sein Beitrag zur Qualitätssicherung ist fachlich umstritten. Vorschläge zur Modifizierung sind zum Beispiel eine Stichprobenregelung statt flächendeckender Anwendung, eine erhebliche „Verschlankung“ des Berichts an den Gutachter oder eine Begutachtungspflicht nur noch bei Verlängerungsanträgen innerhalb einer Langzeittherapie.

Sozialrechtliche Befugnisse

Längst überfällig ist eine Gleichstellung der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ärztlichen Psychotherapeuten im Hinblick auf ihre sozialrechtlichen Befugnisse. Die Möglichkeiten, Überweisungen und AU-Bescheinigungen auszustellen, Krankenhauseinweisungen zu veranlassen sowie Heilmittel zu verordnen, tragen dazu bei, den Behandlungsprozess verantwortlich zu steuern, den Patientinnen und Patienten unnötige Wege und Termine zu ersparen und Schnittstellenprobleme zu verringern.

Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leisten einen qualitativ hochwertigen

Beitrag zur Versorgung. Diese Tatsache spiegelt sich in der Honorierung nicht wider. Seit 2009 stieg das Honorar einer Psychotherapiesitzung insgesamt um 73 Cent, das heißt um 0,2 Prozent pro Jahr. Durch die zeitgebundenen Leistungen ist eine Mengenausweitung nicht möglich. Deshalb muss sich der Grundsatz einer angemessenen Vergütung genehmigungs- und nicht-genehmigungspflichtiger Leistungen im „Preis“ der jeweiligen Leistung abbilden. Der § 87 SGB V muss präzisiert werden, so dass ein mit anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielt werden kann.

Viele der genannten Veränderungsvorschläge finden sich übrigens auch in einem Eckpunkte-Papier des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg wieder, das in Vorbereitung auf ein Gespräch mit dem Landesverband des Verbandes der Ersatzkassen (VDEK) entwickelt wurde. Keiner der Vorschläge wurde vom VDEK ernsthaft geprüft, geschweige denn positiv aufgenommen. Obwohl bekannt ist, dass die Mitgliedskassen in Hamburg in erheblichem Maße außervertragliche Psychotherapie nach § 13,3 SGB V genehmigen, wurden Kostengründe ins Feld geführt. Scheinheilig ist wohl der passende Begriff, der ein solches Verhalten beschreibt.

In der aktuellen KBV-Umfrage zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Psychotherapeuten mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit sehr hoch ist. Dies ist

ein erfreuliches Ergebnis und zeigt die hohe Identifikation der Kolleginnen und Kollegen mit ihrem Beruf.

Deutliche Unzufriedenheit allerdings wird hinsichtlich der Rahmenbedingungen (ungenügende Vergütung, zu viel Bürokratie) geäußert. Die aufgeführten Veränderungen würden hier konkrete Abhilfe schaffen. Dann könnten Psychotherapeuten sich auch wieder in der angemessenen Form und der notwendigen Zeit der Arbeit mit ihren Patienten widmen.

Auf dem Protestplakat steht nämlich auch: „Genesung ist nicht kalkulierbar und braucht ausreichend Zeit und Mittel.“ Stimmt.

- 1) DAK –Gesundheitsreport 2013: www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf
- 2) TK-Studie: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Abschlussbericht 2011: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/54714
- 3) BPTK-Studie 2011: www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf



*Heike Peper,
Psychologische Psychotherapeutin, Mitglied der
Vertreterversammlung und des
BFA Psychotherapie,
Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg*



Foto: Felix Fallter

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 Kann eine Orthonyxiespange (Nagelspange) als Hilfsmittel zu Lasten der GKV verordnet werden?

Nein. Die Orthonyxiespange ist nicht im Hilfsmittelkatalog gelistet. Sie muss vom Patienten privat bezahlt werden. Das Anlegen einer solchen Nagelspange ist mit der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgegolten und kann somit nicht zusätzlich berechnet werden.

2 Müssen wir den Teil A der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Weiterlei-

tung an die entsprechenden Krankenkassen an die KV Hamburg schicken?

Nein. Es besteht keine Verpflichtung, den für die Krankenkassen bestimmten Teil der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die KV Hamburg zur Weiterleitung zu schicken. Sie können ihn direkt Ihren Patienten zur Abgabe bei deren Krankenkasse mitgeben.

3 Kann eine Todesbescheinigung des Landes Hamburg auch in Schleswig-Holstein eingesetzt werden?

Nein. Ausschlaggebend ist der Wohnort des Verstorbenen. Daher müssen die Todesbescheinigungen des jeweiligen Bundeslandes genutzt werden.

4 Im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung haben Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien. Die zweite kann frühestens zehn Jahre nach der ersten Koloskopie beansprucht werden. Kann statt der zweiten Koloskopie auch ein Hämoccult-Test durchgeführt werden?

Ja. Laut Krebsfrüherkennungs-Richtlinie haben Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine zweite Koloskopie (oder gar keine Koloskopie) durchgeführt worden ist, Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

5 Kann die Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung (Muster 3) schon vor der 33. Schwangerschaftswoche ausgestellt werden?

Nein. Laut den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung darf das Muster 3 frühestens sieben Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung ausgestellt werden. Handelt es sich um eine Frühgeburt ist stattdessen das Muster 9 (Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten) zu verwenden.

6 Wie viele arbeitsfreie Tage können in Anspruch genommen werden, wenn ein Erziehungsberechtigter die Betreuung eines



Betreuung eines kranken Kindes durch den Erziehungsberechtigten: Wie lange besteht Anspruch auf Krankengeld?

kranken Kindes übernehmen muss?

Nach § 45 SGB V besteht Anspruch auf Krankengeld pro Kalenderjahr für jedes Kind für längstens 10 Arbeitstage und für Alleinerziehende längstens 20 Arbeitstage. Leben mehrere Kinder in demselben Haushalt, besteht insgesamt ein Anspruch auf Krankengeld für höchstens 25 Arbeitstage und bei Alleinerziehenden für höchstens 50 Arbeitstage pro Kalenderjahr.

7 Können wir einem Patienten Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, wenn er einem Familienmitglied ein Organ spendet?

Kann ein Angestellter wegen einer Organspende nicht arbeiten, gilt dies nach neuer Gesetzeslage als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit. Der Arzt hat dem Organspender in diesen Fällen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. (Korrektur vom 24.5.2013)

Slowakische EHIC ohne Ablauffrist sind in Deutschland gültig

In der Slowakei werden Europäische Krankenversicherungskarten (EKVK bzw. EHIC – European Health Insurance Card) ausgegeben, die mit Ablaufdatum „31/12/9999“ versehen und damit de facto unbefristet gültig sind. Diese Karten müssen von Vertragsärzten in Deutschland als Anspruchsnachweis akzeptiert werden.



Foto: Tasosk / fotolia.com

Ärzte müssen Krankbeförderungsprotokolle nicht gegenzeichnen

Immer wieder werden Ärzte von Krankentransportunternehmen oder Krankenkassen aufgefordert, Sammel-Krankbeförderungsprotokolle zu stempeln und zu unterschreiben. Die Ärzte sollen bestätigen, dass der Patient an jenen Tagen, an denen er Krankbeförderung in Anspruch genommen hat, in der Praxis behandelt wurde. Die Ärzte müssen einer solchen Aufforderung nicht nachkommen. Aufgabe des Arztes ist es, im Vorwege die medizinische Notwendigkeit einer Krankbeförderung

festzustellen und gegebenenfalls eine entsprechende Verordnung auszufüllen. Beförderungen zur ambulanten Behandlung sind genehmigungspflichtig. Der Patient legt die Verordnung der Krankenkasse vor, die sie entweder genehmigt oder ablehnt. Für eine nachträgliche Bestätigung der Krankbeförderungsprotokolle durch den Arzt gibt es keine Rechtsgrundlage.

*Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900*

AOK: Rabattvertrag für Elektrostimulationsgeräte

AOK-Versicherte, die außerhalb Bayerns wohnen, erhalten niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung und zur Muskelstimulation aufgrund eines Rabattvertrages seit dem 1. April 2013 ausschließlich von der Firma tic Medizintechnik. Die Firma hat den Zuschlag für die exklusive Lieferung dieser Hilfsmittel bekommen.

Positionsnummern im Hilfsmittelverzeichnis

Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung: **09.37.01**

Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation: **09.37.02.0, 09.37.02.1, 09.37.03 und 09.37.02.4**

tic Medizintechnik GmbH & Co. KG
Endeler Feld 9 · 46286 Dorsten
Tel. 0800/2085000 · Fax: 02369/208510

Zur schnellstmöglichen Versorgung der Versicherten werden die Ärzte gebeten, ihre Verordnung direkt an tic Medizintechnik zu schicken. Bei Fragen, beispielsweise zur Geräteeinweisung, können sich die Ärzte ebenfalls direkt an die Firma wenden.

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

Qualitätssicherung Labor: Neue Regelungen zum Nachweis von Infektionserregern

In die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) sind Regelungen zum Nachweis von Infektionserregern aufgenommen worden.

In diesem Teil B 3 werden die Mindestanforderungen an die Sicherung der Qualität laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen zum direkten Nachweis von medizinisch relevanten Infektionserregern festgelegt. Diese umfassen auch sich gege-

benenfalls daran anschließende Untersuchungen zur Charakterisierung von Infektionserregern (z. B. Differenzierung, Identifizierung, Typisierung) und zu deren relevanten Eigenschaften hinsichtlich der Therapie von Infektionen (z. B. Prüfung der Empfindlichkeit gegenüber Antibiota). Diese Mindestanforderungen umfassen sowohl die interne und als auch die externe Qualitätssicherung.

Damit ist das Gesamtkonzept der Qualitätssicherung labo-

ratoriumsmedizinischer Untersuchungen abgeschlossen. Die komplette Rili-BÄK ist am 1. April 2013 in Kraft getreten und im Internet zu finden unter: www.bundesaerztekammer.de → Qualitätssicherung → Richtlinien, Leitlinien

Ansprechpartner:

Michael Bauer,

Tel: 040 22 802-388

michael.bauer@kvvh.de

Milena Stechmann,

Tel: 040 22 802-687

milena.stechmann@kvvh.de

QEP-Einführungsseminar für Praxen

Am 14. und 15. Juni 2013 bietet die KV Hamburg erneut ein QEP-Einführungsseminar an. Das Seminar richtet sich an Ärzte, die bisher noch nicht dazu gekommen sind, sich mit Qualitätsmanagement zu beschäftigen – oder die sich neu niedergelassen haben. Das QEP-Einführungsseminar

eignet sich sowohl für Praxisinhaber als auch für die Mitarbeiter.

Die Teilnehmer werden dazu befähigt, das von der KBV und den KVen speziell für niedergelassene Praxen entwickelte Qualitätsmanagement-System QEP ohne externe Hilfe einzuführen.

Termin: Freitag, 14.6.2013

(15 bis 21 Uhr) / Samstag, 15.6.2013 (8.30 bis 16.30 Uhr)

Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis 220 €, jeder weitere 160 € (inkl. aller Unterlagen).

Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56

Fortbildungspunkte: 16

QEP-Hygiene-Seminar

Am 15. Mai 2013 findet wieder ein Hygiene-Seminar im Ärztehaus statt. Bisher waren diese Seminare stark nachgefragt – noch sind Plätze frei. Es werden unter anderem Kenntnisse darüber vermittelt, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden, welche Aufgaben ein

Hygienebeauftragter hat, wie die Praxis sich auf Begehungen von Behörden vorbereiten kann und welche Gesetze zu beachten sind.

Die Teilnehmer erhalten ein Zertifikat, welches auch als Qualitätsmanagement-Nachweis genutzt werden kann.

Termin: Mittwoch, 15.5.2013 (9.30 bis 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: 149 € inkl. Verpflegung

Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56

Fortbildungspunkte: 10

Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

ASS verordnungsfähig bei koronaler Herzkrankheit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, die Ausnahmeindikationen für die Verordnung von Acetylsalicylsäure als Thrombozytenaggregationshemmer um die gesicherte koronare Herzkrankheit (KHK) zu erweitern.

Die Regelung der Anlage I der Arzneimittelrichtlinie (OTC-Liste) wird dann wie folgt lauten:

Acetylsalicylsäure (bis 300mg/Dosiseinheit) als Thrombozy-

tenaggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nicht-invasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen

In der Anlage I (OTC-Liste) legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankun-

gen als Therapiestandard gelten und mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.

Erläuterungen zur Diagnostik der KHK und zur Studienlage der Behandlung der KHK mit ASS finden Sie in den Tragenden Gründen zum Beschluss (www.g-ba.de → *Informationsarchiv* → *Richtlinien* → *Arzneimittelrichtlinie* → *Anlagen zur Richtlinie* → *Anlage I* → *Beschlüsse*).

Stimulantien-Einsatz für Erwachsene mit ADHS geregelt

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen Beschluss über die Verordnungsfähigkeit von Stimulantien im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) gefasst. Nach der Zulassung methylphenidat-haltiger Arzneimittel auch zur Behandlung von Erwachsenen hatte der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt, dass Methylphenidat auch für Erwachsene mit ADS/ADHS verordnungsfähig ist, hatte damals aber schon eine Einschränkung der Erstattungspflicht angekündigt. Diese Einschränkung ist nun durch Änderung der Anlage III der Arzneimittelrichtlinie erfolgt.

Der Beschluss spiegelt im Wesentlichen die Inhalte der Fachinformation wider.

Erwachsene mit ADS/ADHS dürfen demnach zu Lasten der

GKV mit Methylphenidat behandelt werden,

- wenn die Erkrankung bereits im Kindesalter bestand
- im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie
- wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Die Diagnose erfolgt angelehnt an DSM-IV Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 und basiert auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten. Diese schließen ein strukturiertes Interview mit dem Patienten zur Erfassung der aktuellen Symptome, inklusive Selbstbeurteilungsskalen mit ein.

Erfolgt die Diagnosestellung erst im Erwachsenenalter, so ist die retrospektive Erfassung des Vorbestehens einer ADHS

im Kindesalter notwendig, welche anhand eines validierten Instrumentes erfolgen muss. Die derzeit einzig valide Methode ist Wender-Utha-Rating-Skala-Kurzform (WURS-k) - siehe hierzu Schreiben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 17.8.2011.

Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen verordnet und unter dessen Aufsicht angewendet werden. Dazu zählen:

- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Psychiatrie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie.

In Ausnahmefällen dürfen Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen der oben genannten Spezialisten erfolgt.

In therapeutisch begründeten Fällen dürfen Spezialisten für Verhaltensstörungen für Kinder und Jugendliche diese Arznei-

mittel zur Weiterbehandlung während einer Übergangsphase verordnen. Dies ist aber maximal bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten möglich.

Weiter ist unbedingt zu beachten, dass der Einsatz von Stimulantien im Verlauf besonders zu dokumentieren ist. Hierbei ist insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung

der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten, zu berücksichtigen.

Den vollständigen Text und weitere Erläuterungen zum Beschluss finden Sie unter: *(www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlagen zur Richtlinie → Anlage III → Beschlüsse).*

Beide Beschlüsse sind erst nach Prüfung durch das Ministerium und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger rechtskräftig wirksam.

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) ist für alle Vertragsärzte verbindlich. Indikationen, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Ein-

zelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst:

Perampanel (Fycompa®), Ruxolitinib (Jakavi®)

Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung aller Be-

schlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter:

www.kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel → Basisinformation → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): *www.kbv.de/ais → Nutzenbewertung*

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

Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf

Prüfanträge zu fiktiv zugelassenen Arzneimitteln

Bereits seit Anfang letzten Jahres stellen die Krankenkassen Prüfanträge bezüglich fiktiv zugelassener Arzneimittel im Sprechstundenbedarf (wir informierten). Seitens der Krankenkassen wurden nunmehr zu weiteren Mitteln Prüfanträge angekündigt:

Diamox® Tabletten

Diamox® parenteral

Myoson® Injektionslösung

Myoson® direct Tabletten

Bitte beachten Sie: Muskelrelaxantien (z.B. Tetrazepam-Ge-

nerika, Myoson®, Mydocalm®, Tolperison-Generika) sind – unabhängig vom Zulassungsstatus des Fertigarzneimittels – grundsätzlich nicht im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.

Salben, Cremes, Gele: Nur Monopräparate zulässig

Salben, Cremes und Gele zur Erstbehandlung von Verbrennungen/Verletzungen/akuten Hauterkrankungen und Pilzinfektionen der Haut sind grundsätzlich nur als Monopräparate folgender Wirkstoffgruppen im Sprechstundenbedarf zulässig:

- antibiotikahaltige Präparate
- antimykotikahaltige Präparate nur für Kinderärzte
- cortisonhaltige Salben
- jodpovidonhaltige Salben
- Zugsalben

Die Anforderung von entsprechenden Kombinationspräparaten, wie z.B. Lotricomb® Salbe/ Crème ist ausgeschlossen und kann zu Regressen führen.

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

Pharmakotherapieberatung der KVH

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

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572 oder 22802-571

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



Befundberichte für Jobcenter

■ KV unterstützt Forderung der Ärztekammer nach angemessener Bezahlung

Die Ärztekammer Hamburg hat das Jobcenter aufgefordert, von ihm angeforderte hausärztliche Befund- und Prognoseberichte in angemessener Weise zu bezahlen. Das vom Jobcenter gebotene Honorar von 5,36 Euro bilde die Leistung nicht adäquat ab. Der Aufwand für die vom Jobcenter angeforderten Berichte gehe weit über das hinaus, was Ziffer 70 GOÄ beispielsweise

für AU-Bescheinigungen beschreibe, so die Ärztekammer. Vielmehr handle es sich um einen ausführlichen schriftlichen Krankheitsbericht, der in Höhe des zwischen Bundesärztekammer und Bundesagentur für Arbeit für derartige Leistungen vereinbarten Honorars von 21 Euro zu vergütet sei. Die KV Hamburg unterstützt diese Forderung. Das Jobcenter droht ihren

Klienten eine Untersuchung beim MDK an, falls der Hausarzt sich anhaltend weigert, den Bericht für ein Honorar von 5,36 Euro zu schreiben. Die Untersuchung beim MDK kostet ein Vielfaches des von Ärztekammer und KV für sachgerecht erachteten Betrages. "Das ist ein völlig absurder Vorgang", sagt KV-Hamburg-Chef Dieter Bollmann.

UKE und KV Hamburg kooperieren bei Versorgungsforschung

Das Institut für Allgemeinmedizin am UKE und die KV Hamburg wollen die hausärztliche Versorgungsforschung intensivieren. In einem Kooperationsvertrag vereinbarten

beide Partner, gemeinsame Forschungsziele zu identifizieren, die Forschungsvoraussetzungen zu schaffen - insbesondere mit der Bereitstellung von Versorgungsdaten - und

die Ergebnisse gemeinsam zu publizieren. Zu diesem Zweck leistet die KV Hamburg eine dauerhafte finanzielle Unterstützung für das Institut des UKE.

Hanserad-Mitarbeiter demonstrieren für ihre Arbeitsplätze

Etwa fünfzig Mitarbeiter der Medizinischen Versorgungszentren „Hanserad I“ und „Hanserad II“ protestierten am 27. März 2013 vor dem Ärztehaus, während der Zulassungsausschuss den beiden Einrichtungen die Zulassung entzog. Da deren Eigentümer Prof. Dr. Wolfgang Auffermann gegen diesen Beschluss Widerspruch einlegte, können die

MVZ vorerst weiterarbeiten. Wegen gravierender Rechtsverstöße, die den MVZ zur Last gelegt werden, hatte die KV

Hamburg beim unabhängigen Zulassungsausschuss den Antrag auf Zulassungsentzug gestellt.





Foto: KBV

Zum Dreh nach Berlin

- In einem Werbespot, der zurzeit im Fernsehen läuft, sind auch zwei Niedergelassene aus Hamburg zu sehen. Hintergrund ist die bundesweite Imagekampagne zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufes.

Mit einem Werbespot auf dem begehrten Sendeplatz kurz vor der Tagesschau hat am 26. April 2013 eine groß angelegte Kampagne der KBV und der KVen begonnen. Ziel ist es, die Attraktivität des Berufsbilds der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erhöhen. Das Engagement der nieder-

gelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, ihr Einsatz für die Patienten, ihr Herzblut, die Überstunden, die Liebe zum Beruf – all das soll die Kampagne zeigen. Das Motto lautet: „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Es geht allerdings nicht um eine Fiktion nach dem Motto „der fröhliche Landarzt“, son-

dern um ehrliche Aussagen. Deshalb werden auch die Bedingungen thematisiert, die die ärztliche Tätigkeit behindern, zum Beispiel das Übermaß an Bürokratie.

Der Arztberuf gehört zu den beliebtesten und anerkanntesten in Deutschland. Die Patienten

vertrauen ihren Ärzten. Doch schon bald könnte es einen gravierenden Mangel an Medizinnern geben – Anzeichen dafür sind in den ländlichen Gebieten bereits unübersehbar. Wer heute Medizin studiert, kann sich aussuchen, was er beruflich machen will – sowohl in Deutschland als auch im Ausland. Deshalb wollen KBV und KVen alles dafür tun, dass der Ärztenachwuchs es als attraktiv empfindet, sich niederzulassen. Auch das ist ein Ziel der Kampagne.

Die Vertreterversammlung der KBV hat in mehreren Beschlüssen die Durchführung der Kampagne sowie den finanziellen Rahmen beschlossen. Ein Lenkungsausschuss, dem unter anderem der Vorstand der KBV und Vorstände mehrerer KVen angehören, hat als durchführenden Partner die Werbe- und PR-Agentur Ressourcenmangel ausgewählt

und beauftragt. Dazu fand ein europäischer Ausschreibungswettbewerb statt.

Bei der Produktion der Werbemedien wurde Authentizität groß geschrieben: Es sind keine Models zu sehen – sondern die Gesichter von echten Ärzten und Psychotherapeuten. Insgesamt wurden mehr als 70 Niedergelassene für den Fernseh-Spot gecastet. Dabei machten auch zwei Hamburger das Rennen: Dr. Naomie Cayemitte-Rückner und Dr. Marcus Dahlke wurden zu den Dreharbeiten eingeladen, die Anfang März 2013 an verschiedenen Orten in Berlin stattfanden. „Ich war begeistert davon, mit wie viel Hingabe und Aufwand die Beteiligten an diesem Spot arbeiteten“, sagt Dr. Naomie Cayemitte-Rückner, niedergelassene Anästhesistin in Hamburg-Alsterdorf.

„Mein erster Gedanke war: Was werden wohl meine Töchter dazu sagen, wenn ich im Fern-

sehen zu sehen bin?“, berichtete Dr. Marcus Dahlke, Allgemeinmediziner in Eimsbüttel. „Vielleicht ruft Hollywood nach der Ausstrahlung des TV-Spots an. Angesichts der derzeitigen gesundheitspolitischen Umstände wäre es nicht schlecht, neben der ärztlichen Tätigkeit ein zweites Standbein aufzubauen.“ Übereinstimmend sagten die beiden Hamburger, sie seien stolz darauf, die bundesweit rund 150.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten in der Öffentlichkeit repräsentieren zu dürfen.

Die Spots sind der Auftakt einer auf fünf Jahre angelegten Kampagne, in deren Rahmen unterschiedliche Medien flächendeckend und wiederholt genutzt werden. Dazu gehören auch ein Kinospot, eine Homepage und Plakate, die ab Mitte des Jahres in allen größeren Städten zu sehen sein werden.

Franziska Schott



Fotos: KBV

Dr. Naomie Cayemitte-Rückner (links) und Dr. Marcus Dahlke (rechts) bei den Dreharbeiten in Berlin: „Wir sind stolz, die Vertragsärzte und -psychotherapeuten repräsentieren zu dürfen.“

Praktikumsplätze in Arztpraxen gesucht

Die staatliche Schule Gesundheitspflege sucht Vertragsärzte, die Schülern einen Einblick in den Arbeitsalltag einer Arztpraxis gewähren. Die Schüler sind Teilnehmer einer Berufsqualifizierung für den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten. Es handelt sich um schulpflichtige Jugendliche mit Ausbildungsreife, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben.

Bis zu den Herbstferien werden die Schüler in Vollzeit unterrichtet. Danach sollen sie an

zwei bis drei Tagen pro Woche in einer Arztpraxis tätig sein. An den anderen Tagen besuchen sie den Unterricht und erhalten gegebenenfalls zusätzliche Unterstützung.

Für Arztpraxen ist die Berufsqualifizierung ein neuer Ansatz, Auszubildende zu finden.

Ein erster Jahrgang hat die Berufsqualifizierung bereits mit großem Erfolg durchlaufen. Die Schule dankt den teilnehmenden Ärzten sehr, dass sie diese soziale Aufgabe übernommen haben und die Teil-

nehmer auf dem Weg in eine qualifizierte Berufsausbildung unterstützt haben.

Könnten Sie sich vorstellen, in Ihrer Arztpraxis ab September/Oktober 2013 einen Praktikumsplatz bereit zu stellen?

*Kontakt: Andrea Hinsch,
Staatliche Schule
Gesundheitspflege
Tel: 42879-220*

*Andrea.Hinsch@hibb.hamburg.de
Mehr Infos: www.schule-w4.de*

„Handeln Sie menschlich – nicht bürokratisch!“

■ Ärztekammer kritisiert Umgang mit hochschwangeren Migrantinnen

Die Ärztekammer Hamburg hat Innensenator Michael Neumann (SPD) zu einem menschlicheren Umgang mit hochschwangeren Migrantinnen aufgefordert. Hintergrund ist eine aktuelle Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts, das die Innenbehörde dazu verpflichtet, einer Migrantin mit Risikoschwangerschaft und attestierter

Reiseunfähigkeit eine Duldung zu erteilen – und sie nicht in Flüchtlingsheime außerhalb Hamburgs zu verlegen. „Dass dafür eine Gerichtsentscheidung nötig war, zeigt: Die Mitarbeiter der Innenbehörde sind mit solchen Einzelfallprüfungen überfordert“, sagt Anwältin Daniela Hödl.

Im Jahr 2010 hatte der damalige Innensenator Christoph Ahlhaus (CDU) entschieden, dass hier geduldete Frauen, deren Schwangerschaft die 26. Woche erreicht hat, nicht mehr auf andere Bundesländer verteilt werden. Zuvor war eine Ghanaerin kurz vor Ende der

Schwangerschaft von Hamburg aus in Flüchtlingsheime in Mecklenburg-Vorpommern verlegt worden und hatte ihr Kind tot zur Welt gebracht.

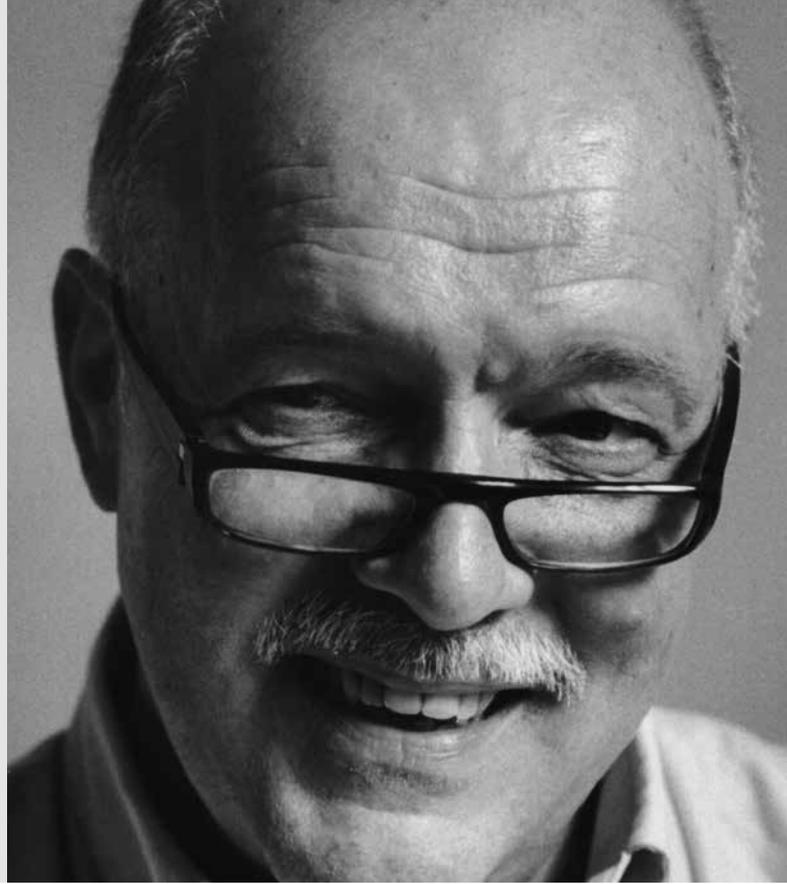
Die Entscheidung seines Vorgängers hatte Innensenator Neumann jedoch im Dezember 2011 zurück genommen, was von der Ärztekammer wiederholt kritisiert wurde.

„Ersparen Sie den Frauen die Strapazen und Unsicherheiten einer Umverteilung kurz vor der Geburt“, appellierte Ärztekammer-Chef Frank Ulrich Montgomery nun nochmals an Neumann. „Handeln Sie menschlich – nicht bürokratisch!“



Foto: tunamarina/fotolia.com

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



Deformation der Medizin

- Explodierende Gesundheitskosten? Keineswegs. Doch die Orientierung an Bilanzen führt zur Zerstörung einer menschlich orientierten Versorgung durch ökonomische Habgier.

Es ist inzwischen allgemeiner Konsens, dass unser Gesundheitswesen auf eine Art Zusammenbruch zusteuert. Konsens ist, dass wir mit einer Kostenexplosion konfrontiert sind, und Konsens ist, dass die immer älter werdende Bevölkerung immer höhere Kosten der gesundheitlichen Versorgung verursachen wird. Man kann das aber auch ganz an-

ders sehen. Ich behaupte, dass es keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt, und dass es auch noch nie eine gegeben hat. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind in unserem Land seit Jahrzehnten konstant. Sie betragen zehn bis zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts mit minimalen Ausschlägen nach oben oder unten.

Das zweite Märchen betrifft die Veränderungen der Altersverteilung. Die immer weiter steigende Lebenserwartung und der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind Tatsachen. Aber auch diese Tatsachen werden für eine zweckbestimmte Propaganda missbraucht. Denn das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich Veränderungen im Krankheitsspektrum.

Jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus be-

Aus Sicht eines Chirurgen

Der Artikel ist eine gekürzte Fassung des Eröffnungsvortrages, den Dr. Bernd Hontschik Anfang März auf dem Chirurgentag 2013 in Nürnberg hielt. Hontschiks Kritik an der Kommerzialisierung der Medizin stieß bei seinen Fachkollegen auf große Zustimmung.

Fortsetzung auf S. 28 

trachtet, verursacht etwa 70 bis 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen im letzten Jahr seines Lebens. Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen doch längst zusammengebrochen.

Das ist aber mitnichten der Fall. Der ökonomische Druck, dem wir uns bei unserer Arbeit

inzwischen ausgesetzt sehen, muss also ganz andere Gründe haben.

Was also hat sich geändert? Als ich vor über dreißig Jahren als Assistenzarzt und als Oberarzt in einem großen Krankenhaus gearbeitet habe, war ökonomischer Druck für uns alle ein Fremdwort. Unser Krankenhaus hat Jahr für Jahr ein Millionendefizit produziert, weil von den Krankenkassen in den Tagessatzverhandlungen nicht mehr Geld herausgeholt werden konnte, und dieses Millionendefizit hat der städtische Haushalt für das kommunale Krankenhaus Jahr für Jahr übernommen und ausgeglichen.

Als ich vor fünf Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, den dort sogenannten Aufsichtsrat eben dieses Krankenhauses berufen wurde, war ich wohl auf große Veränderungen ge-

fasst, die Realität war aber noch schlimmer. Den Vorsitz und das große Wort hatte der kaufmännische Geschäftsführer. Der Einfluss des ärztlichen Direktors kam über Einwürfe kaum hinaus. Es wurden diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) verhandelt, es wurden Personalentscheidungen und

Die ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung!

das Wohl und Wehe ganzer Abteilungen am Fallschwere-Index (Case Mix Index) diskutiert und entschieden, und es gab nur ein Ziel: schwarze Zahlen in der Bilanz.

Ständige Drohung

Die ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung! Wenn es der Klinik nicht gelänge, zu schwarzen Zahlen zu kommen, stünde der Verkauf an einen der privaten Klinikkonzerne bevor.

Sie kennen alle den Begriff der „blutigen Entlassung“, der zwar immer wieder bestritten wird, aber als niedergelassener Chirurg kann ich Ihnen sagen, dass das inzwischen Teil meines normalen Arbeitsalltags ist. Es kommen postoperativ immer mehr Patienten in einem haarsträuben-

den Zustand in meine Praxis, die ambulant nur mühsam und extrem aufwendig zu betreuen sind.

Im vergangenen Jahr ist in der Kinderchirurgie der präoperative Aufenthaltstag zur OP-Vorbereitung aus dem Vergütungskatalog gestrichen worden. Die Kinder müssen

nun sozusagen direkt von der Straße auf den OP-Tisch springen – ein menschlicher, psychologischer und medizinischer

Irrsinn, der gute Chirurgie unmöglich macht. Und damit steigt natürlich auch die Fehleranfälligkeit unserer Arbeit.

Die eigentlichen ärztlichen Fähigkeiten, die wirklich ärztlichen Tätigkeiten in den Phasen der Indikation und der Restitution werden auf ein Mindestmaß reduziert und bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt. Wenn die Chirurgie aber nur noch ein Handwerk ist, ist sie keine mehr. Einer meiner Lehrer hat einmal gesagt, dass er die Entfernung einer Gallenblase jedem beibringen könne, der nicht zwei linke Hände hat. Aber ob man sie entfernt und wann man sie entfernt und bei wem man sie entfernt und wie man sie entfernt, das ist die ärztliche Kunst. Ich befürchte, wir sind in einen Prozess, in einen Strudel geraten, in dem die ärztliche Kunst völlig an die Wand gedrückt wird, und ich sage katastrophale Folgen für

die Ausbildung junger Chirurgeninnen und Chirurgen voraus, wenn es uns nicht gelingt, diese Deformation anzuhalten und rückgängig zu machen.

Dieser Deformationsprozess hat aus meiner Sicht tiefere Ursachen, die außerhalb des Gesundheitswesens und außerhalb der Humanmedizin gesucht werden müssen und zu finden sind. Er ist Teil einer Umwälzung, von der alle Sozialsysteme in unserer Gesellschaft betroffen sind.

In das Gesundheitswesen hat unsere Gesellschaft bislang einen Teil ihres Reichtums investiert, zum Wohle aller. Das Gesundheitswesen war ein wichtiger Teil des Sozialsystems. Nun wird das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftszweig. Sofort gelten ganz andere Gesetze als in einem Sozialsystem. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Quelle neuen Reichtums für Investoren.

Unsägliche Bonussysteme

Ich erwähne als Pars pro Toto nur die unsäglichen Bonussysteme. Und dort, wo Markt und Konkurrenz für allerbeste Verhältnisse sorgen könnten, nämlich bei der Herstellung und Verteilung von Medikamenten, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten, da werden sie durch Korruption, Lobbyismus und globale Winkelzüge an ihrer Entfaltung gehindert

und verkehren sich ins Gegenteil. Siehe Schweinegrippe.

Ich möchte das an den Leitlinien konkretisieren. Insbesondere Pharma-Unternehmen bauen eine Truppe von hoch angesehenen Universitäts-Experten auf, finanzieren Stiftungen, Forschungsprogramme und Lehrstühle und bezahlen medizinische Zentren zur Durchführung klinischer Studien. Auf diese Weise hat in den USA eine Gruppe staatlich bestellter Experten im Mai 2003 die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definiert. Neun der elf Mitglieder dieser Expertengruppe hatten finanzielle Beziehungen

Millionen Menschen können zusätzlich zu Hochdruck-Kranken erklärt werden, indem man den systolischen Grenzwert absenkt.

zu Firmen, die von der neuen Leitlinie direkt profitierten. Es lässt sich leicht berechnen, wie viele Millionen Menschen man zusätzlich zu Hochdruck-Kranken erklären kann, wenn man den systolischen Grenzwert nur um fünf oder gar um zehn Millimeter Quecksilbersäule absenkt.

Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe die Leitlinie zum Cholesterinspiegel revidiert. Danach waren mit einem Schlag acht Millionen US-Bürger zu Patienten geworden, wobei man wissen muss, dass diese Leitlinie schon einige Zeit zuvor „über-

arbeitet“ worden war, womit schon einmal etwa 23 Millionen US-Amerikaner zu Patienten geworden waren.

Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortete Karl Valentin einmal: „Mein Magen tut weh, die Leber ist geschwollen, die Füße wollen nicht so recht, das Kopfweh hört auch nicht mehr auf, und wenn ich von mir selber reden darf: Ich fühle mich auch nicht wohl.“ Wenn ich der behandelnde Arzt von Karl Valentin wäre, hätte ich fünf Leitlinien zu Rate zu ziehen: die Leitlinie Magenschmerzen, die Leitlinie Hepatomegalie, die Leitlinie Fußschmerzen, die

Leitlinie Kopfschmerzen, und eine fünfte Leitlinie, die jetzt aber eigentlich „Karl Valentin“ heißen müsste und die

es so natürlich nicht gibt, gar nicht geben kann.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein einmaliger und unwiederholbarer Vorgang, sie ist das Zentrum unserer Arbeit. Mit den ersten vier Leitlinien käme jeder Handwerker mit medizinischer Halbbildung zu recht, mit der fünften Leitlinie allerdings nur ein Arzt.

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

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

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung



Gerd Lampe

Geburtstag: 11.11.1952

Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Facharzt für Allgemeinmedizin/manuelle Medizin

Weitere Ämter: stellvertretender Vorsitzender der Freien Ärzteschaft Hamburg, Delegiertenmitglied ÄK HH, Stellvertreter BFA Hausärzte

Hobbys: Joggen, Fußball, Ökologie, Handwerk, Hunde

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Anfangs ja! – Niedergelassen seit 1984 habe ich über die 29 Jahre eine zunehmende „Verschmalspurung“ der Allgemeinmedizin feststellen müssen; teils sogar mit Hilfe der Betroffenen (Pauschalierung = DHÄV). Waren in den Anfangsjahren kleine Chirurgie, Proktologie, Endoskopie, Ergometrie, stützende psychotherapeutische Gesprächsbehandlung, Allergologie, etc. noch fester Bestandteil unseres täglichen ärztlichen Handelns, so reduziert sich der Arbeitsalltag jetzt (EBM gewollt) auf kurze Patientenkontakte mit rein symptombezogener Untersuchung, kurzer medikamentöser Einstellung. Da dies nicht meiner Auffassung ärztlichen Handelns entspricht, erlaube ich mir nach 29 Jahren kassenärztlicher Tätigkeit – rein betriebswirtschaftlich betrachtet kaum zu vertreten –, meinen Patienten bei Gesprächen, Untersuchungen, etc. etwas mehr Zeit einzuräumen! Dafür fahre ich keinen Porsche – setze mich aber weiterhin für eine adäquate Vergütung auch der „sprechenden Medizin“ ein.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Beerdigung des E-Card-Projekts; Kostenerstattung auf der Grundlage eines „vernünftigen“ EBM (z.B. EBM 2000); Überwindung der politisch forcierten Kluft zwischen Haus- und Fachärzten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Protegierung von MVZ's gefährdet die wohnortnahe, ambulante Versorgung der Patienten, begünstigt Apparatemedizin, begünstigt Falschabrechnungen! Im Rahmen einer vernünftigen Kostenerstattung (Patient quittiert die tatsächlich erbrachten Leistungen, Rechnung wird zur Kontrolle an die KV weitergereicht, auf Plausibilität geprüft (Rolle der KV) und anschließend zur KK weitergeleitet) erhält der Patient eine Kontrollfunktion und gleichzeitig möglicherweise ein Kostenbewusstsein für die durch ihn verursachten Leistungen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Niemanden! Alles, was ich von Politikern und Prominenten bisher gehört habe, sind Lippenbekenntnisse und Worthülsen, deshalb würde ich mir diese Zeitverschwendung gern ersparen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Über meine wahren Träume rede und schreibe ich nicht!

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Vertreterversammlung: Do. 13.06.2013 (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. 15.05.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungseminar 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-Einführungseminaren 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®-Vertiefungseminar

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungseife – 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.kvvh.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

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

