KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 4/2013

Antibiotika - ja oder nein?

Hamburger Ärzte starten Fortbildungs-Initiative

Ärzteprotest

Fortbildung während der Praxisöffnungszeiten

Versorgung

Schwierige soziale Umstände machen krank

Ultraschall

Geräte werden von der KV geprüft

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das Spannungsfeld ärztlicher Arbeit ist in dieser Ausgabe des *KV-Journal* wieder einmal in aller Deutlichkeit aufgezeigt: Bei der Frage eines rationalen Einsatzes von Antibiotika muss der Arzt den Spagat bewältigen zwischen (halb-)informierten Patienten und deren Forderungen auf der einen und dem medizinisch sinnvollen Einsatz dieses grundsätzlich sehr mächtigen Instrumentes auf der anderen Seite. Das geht nur, wenn der Patient überzeugt wird, was wiederum Gespräche und Zeit bedarf. Genau die hat der Arzt aber nicht mehr, weil er wegen einer unzulänglichen Finanzierung gezwungen ist, die Zahl seiner Mitarbeiterinnen auf ein Minimum zu reduzieren. Mit der eindrucksvollen Fortbildungsveranstaltung, die ganz bewusst in die normale Arbeitszeit gelegt wurde, haben die Ärztinnen und Ärzte sowie die Medizinischen Fachangestellten in Hamburg sehr nachdrücklich auf diese miteinander unvereinbaren Anforderungen hingewiesen. Wer von den Ärztinnen und Ärzten verlangt, dass sie genügend Zeit haben, um den Patienten zu einem rationalen Umgang mit des Ressourcen des Gesundheitswesens zu überzeugen, der muss ihnen auch das hierfür notwendige Umfeld finanzieren. Den Kuchen gleichzeitig besitzen und essen zu wollen, geht nicht.

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

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

Titelbild: Headquarters Hamburg

Ausgabe 4/2013 (1. April 2013)

Redaktionsschluss: 15. März 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: Antibiotikatherapie – warum wir die Initiative ergreifen 4
Hamburger Ärzte schließen Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie 5
Der konkrete Fall (1. Folge): Antibiotika bei akutem Husten – ja oder nein? 8

Gesundheitspolitik

Massen-Fortbildungsveranstaltung während der Praxisöffnungszeit 10
Versorgung: Schwierige soziale Umstände machen krank 12

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten 16
Notfallpraxen dürfen nicht als Praxisvertretung angegeben werden /
Zulassungssperren für bislang nicht beplante Arztgruppen 17

Qualität

QEP-Seminar: „Fit am Empfang“ /
Qualitatssicherung: Prüfung von Ultraschallgeräten 18

Abrechnung

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2013 19

Amtliche Veröffentlichung

Bekanntmachungen im Internet 19

Arznei- und Heilmittel

Blutzuckerteststreifen für insulinpflichtige Diabetiker: Wie viel darf verordnet werden? /
Nutzenbewertung von neuen Medikamenten 20
Wann ist Astronautenkost verordnungsfähig? 21
Suchthilfezentrum: Hilfe beim Ausschleichen von Benzodiazepinen /
Neue Vordrucke für den Heilmittelbereich 22

Forum

Leserbriefe 23

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik 25

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung 26
Terminkalender 27

Nachgefragt

Antibiotikatherapie: Warum wir die Initiative ergreifen

Wir haben für den Gebrauch von Antibiotika umfangreiche Leitlinien. Trotzdem werden Antibiotika zu häufig und unkritisch verordnet. Die unsachgemäße Anwendung hat in den letzten Jahren zu schwerwiegenden Resistenzentwicklungen geführt. Wir werden immer wieder gute Gründe dafür finden, so weiterzumachen wie bisher: Unser Alltag ist überlastet. Wir haben zu wenig Zeit, dem Patienten unsere Entscheidung gegen ein Antibiotikum zu erklären. Neben anderen Leistungen wird auch die Labordiagnostik nicht ausreichend finanziert. Wir wissen aber auch, dass insbesondere bei häufig behandelten Patienten eine gezielte antibiotische Therapie eine gezielte Diagnostik erfordert. Eine Behandlung ohne Kenntnis von Antibiogramm und Resistenzlage wird weniger erfolgreich sein. Die Patienten haben ein Recht darauf, durch ein sinnvolles Antibiotika-Verordnungsverhalten auch zukünftig bei Infektionen wirksame Antibiotika zu erhalten. Es ist höchste Zeit, uns zusammenzutun und zu handeln.

Dr. Katja Peters,
Allgemeinmedizinerin
in Rotherbaum

Viele Patienten in der Praxis sind es gewohnt, bei Fieber und Infektzeichen Antibiotika verschrieben zu bekommen. Wenn ich sage: „Hier handelt es sich um eine virale Infektion, ein Antibiotikum würde nicht helfen“, zeigen sie oft nur wenig Verständnis.
Es kostet Kraft und Zeit, das zu erklären – und wenn es kein Grundverständnis für biologische Zusammenhänge gibt, können die Patienten mit einem Vortrag über den Unterschied zwischen einem Virus und einer bakteriellen Infektion nur wenig anfangen. Bekommen sie bei mir kein Antibiotikum, wechseln sie häufig zu einem anderen Arzt.
Ein Wunsch wäre, dass wir alle trotz Zeitdruck versuchen, jede dezidierte Forderung eines Patienten nach einem Antibiotikum genau auf ihre Berechtigung zu prüfen und auf auch nur gelegentliche Gefälligkeitsverordnungen zu verzichten.

Dr. Jan Wieland,
Kinderarzt in Lurup

In vielen Fällen wäre es nützlich, einen evidenzbasierten, abgestimmten Patientenflyer in verschiedenen Sprachen aushändigen zu können, der mit einfachen Worten erklärt, wann ein Antibiotikum indiziert ist und wann nicht. Das würde viel Redezeit sparen. Ich habe allerdings auch schon erlebt, dass Patienten sagen: „Ich bleibe hier so lange sitzen, bis ich mein Antibiotikum bekomme.“ Da würde auch kein Flyer helfen. Das größte Problem ist, dass wir das Ausmaß der Bedrohung noch nicht verstanden haben: Wir wissen zwar, dass die Waffe Antibiotikum durch einen ungezielten Einsatz stumpf zu werden droht. Das besorgt uns, doch richtig Angst macht es uns bisher nicht.

Dr. Bernward Heidland,
HNO-Arzt in Altona

Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie

Wir sollten eine Selbstverpflichtung eingehen – damit Antibiotika auch von unseren Kindern und Enkeln noch genutzt werden können.

Nach Einschätzung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) stellen multiresistente Erreger weltweit eines der größten Probleme für die öffentliche Gesundheit dar. Auf manchen Intensivstationen liegen die Resistenzraten multiresistenter Erreger bei über 50 Prozent. Der Verlust einer wirksamen Therapie zum Beispiel gegen eine Pneumonie durch MRSA kann dann besonders für multimorbide Patienten zu einem tödlichen Krankheitsverlauf führen.

Dass der unvernünftige Einsatz von Antibiotika die Entwicklung resistenter Erreger begünstigt, ist seit langem bekannt: Resistente Erreger bekommen in einem Organismus einen Selektionsvorteil gegenüber Erregern, die auf Antibiotika sensibel reagieren. Diese Veränderungen beeinflussen durch die Übertragung von Mensch zu Mensch auch die Resistenzlage der Allgemeinbevölkerung.

Etwa 80 Prozent der Antibiotika-Verordnungen finden im ambulanten Bereich statt. Wir tragen also einen großen Teil der Verantwortung dafür, dass diese Therapie wirksam bleibt und auch unseren Kindern und Enkeln noch zur Verfügung steht.

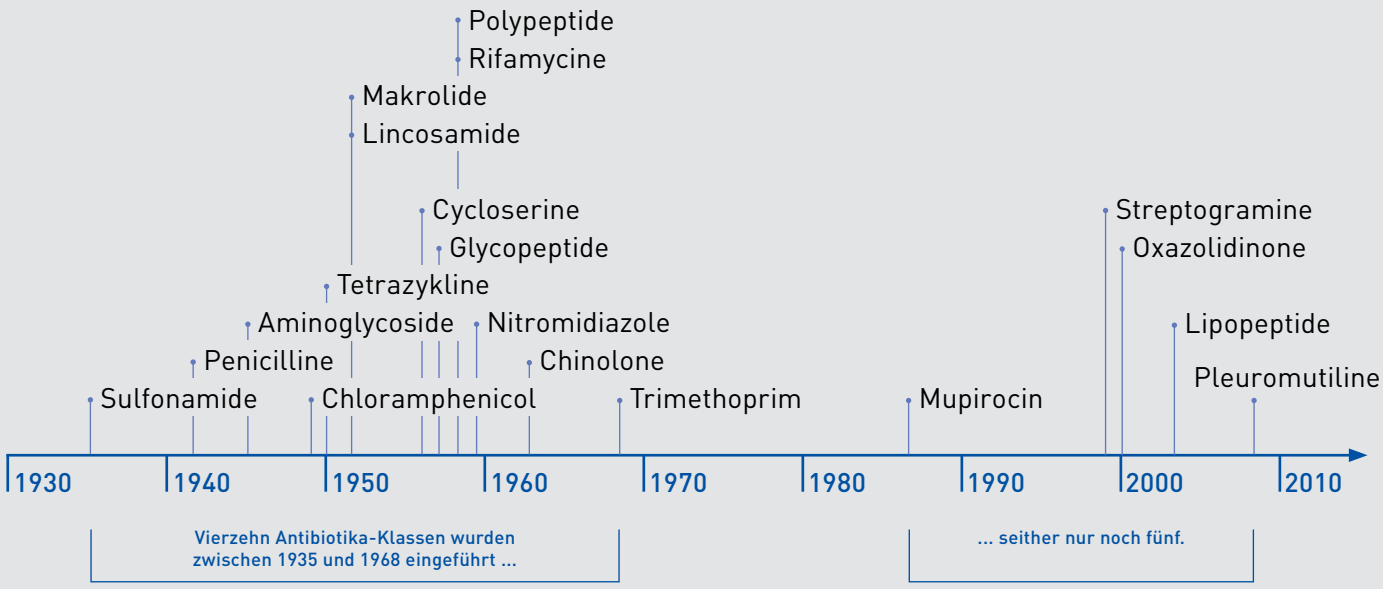
Das Problem wird deutlich, wenn man sich unser Inventar an Antibiotika ansieht. Vierzehn Antibiotika-Klassen wurden zwischen 1935 und 1968 eingeführt. Seither waren es nur noch fünf – und dabei handelte es sich auch noch um Reserve- oder Lokal-Antibiotika (siehe Grafik unten). Durchbrüche stehen nicht an, und wir sind noch lange auf die altbekannten Substanzklassen angewiesen.

Jeder Neueinführung folgte unweigerlich das Auftreten resistenter Erreger, wie das Beispiel von Betalaktamen und dem Betalaktam-resistenten Staphylococcus aureus, MRSA, zeigt (siehe Grafik Seite 6 unten).

Je nach Antibiotikaverbrauch und weiteren Einflussfaktoren wie Hygienemaßnahmen und Screeninguntersuchungen

Fortsetzung auf S. 6

Einführung neuer Antibiotika-Klassen



Quelle: www.extendingthecure.org

Fortsetzung von S. 5

liegt der Anteil von MRSA an den Staphylococcus-Aureus-Isolaten in einzelnen Staaten zwischen 1 und 60 Prozent. In Deutschland treten in circa 25 Prozent MRSA auf – ein gutes Beispiel, um zu zeigen, dass wir nicht schlecht liegen, aber wesentlich besser liegen könnten.

Was können wir tun? Darüber wollen wir in den nächsten Monaten auf breiter Basis diskutieren. Wir rufen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Hamburg dazu auf, ein Bündnis für den rationalen Gebrauch von Antibiotika zu schaffen. Wir wollen eine Kampagne durchführen, die das Problem stärker ins Bewusstsein rückt. Dazu brauchen wir Ihre Vorschläge, Ihre Mithilfe, Ihre aktive Teilnahme!
Am 24. April 2013 findet im Ärztehaus Hamburg eine Auftaktveranstaltung statt. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine praxisnahe Fortbildung mit dem Ziel, erweiterte Kenntnisse zur Infektionsdiagnostik und Antibiotika-Therapie zu vermitteln und bisherige Behandlungskonzepte zu überprüfen und zu diskutieren.

Außerdem wollen wir über eine Art Selbstverpflichtung diskutieren, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eingehen können. Mögliche inhaltliche Ziele könnten sein:

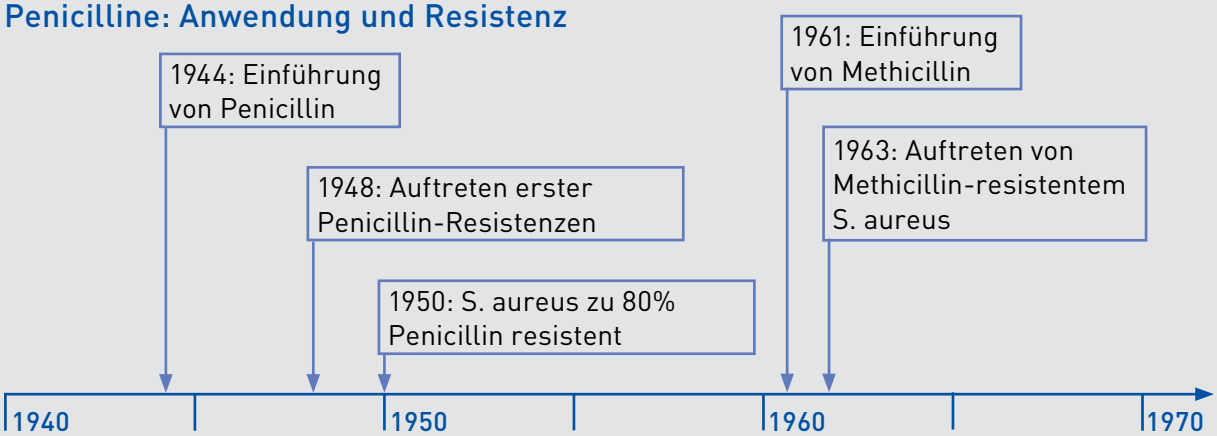
Keine unnötigen Antibiotikaverordnungen!
Wir alle wissen, wie groß die Versuchung ist, einem fordernd auftretenden Patienten nachzugeben und zu sagen: „Ich habe viel zu tun. Soll er sein Antibiotikum doch kriegen, auch wenn es nicht indiziert ist!“ Dem müssen wir widerstehen, auch wenn der Patient dann zu einem anderen Arzt geht.

Fundierte Entscheidungen treffen!
Wir brauchen eine kritische Haltung zum Einsatz von Antibiotika. Oft entscheiden wir zu schnell nach ungeprüften klinischen Symptomen oder unter Zeitdruck oder haben Sorge, etwas falsch zu machen. Das Befolgen von evidenzbasierten Leitlinien kann hierbei weiterhelfen.

Antibiotika kalkuliert und gezielt anwenden!
Ist der Einsatz von Antibiotika tatsächlich nötig, stellen sich vier Fragen:

1. Wurde bereits von einem anderen Arzt ein Antibiotikum verordnet?
2. Welche Wirkgruppe soll unter Beachtung der Kontraindikationen zur kalkulierten (entsprechend dem epidemiologisch zu erwartenden Erregerspektrum) oder zur gezielten (nach Antibiogramm) Therapie verwendet werden? Reserveantibiotika, die für die Bekämpfung multiresistenter Keime gebraucht werden, sollten möglichst vermieden werden.
3. Welche Dosis ist ausreichend wirksam?

Penicilline: Anwendung und Resistenz



Auf jede Neueinführung von Antibiotika-Klassen folgt unweigerlich das Auftreten resistenter Erreger.

Quelle: Dr. Katja Peters

4. Wie lange soll behandelt werden?

Wer dem Bündnis beitreten möchte, kann dies gegenüber seinen Patienten demonstrieren und mit Hilfe von auf unserer Veranstaltung zur Verfügung gestellten Materialien untermauern. Es werden Flyer für Patienten bereitgestellt, die als Argumentationshilfe gedacht sind. In den Flyern wird in einfachen Worten erläutert, dass Antibiotika bei durch Viren ausgelösten Infektionen (zum Beispiel Bronchitis, Schnupfen) nicht wirken – und dass sie gezielt eingesetzt werden müssen, damit sich möglichst wenige Resistenzen entwickeln. Anstecker, Plakate und Flyer sollen bis zum Zeitpunkt der Auftaktveranstaltung fertiggestellt sein und dort an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgegeben werden.

Außerdem planen wir, im Web-Auftritt der KV Hamburg (*www.kvhh.de*) konzentrierte Informationen zum Thema "rationale Antibiotikatherapie" bereitzustellen und weiterzuentwickeln.

Im *KVH-Journal* sollen regelmäßig Leitlinien zu den häufigsten Infektionskrankheiten vorgestellt werden, bei denen sich die Frage nach der Indikation von Antibiotika stellt. Die Diagnose und Therapie soll anhand von konkreten Fällen diskutiert werden. Dabei geht es nicht um „Orchideen", sondern um typische Alltagsfälle. Diese Artikel wird das Institut für Allgemeinmedizin des UKE beisteuern. Die erste Folge finden Sie in dieser Ausgabe auf Seite 8. In der Juli-Ausgabe des *KVH-Journal* wird der in Hamburg niedergelassene Mikrobiologe Prof. Dr. Matthias Maaß über Strategien zum verbesserten Einsatz von Antibiotika in der Praxis, die "Antimicrobial Stewardship", informieren.

Antibiotika sind, gezielt eingesetzt, eine hochwirksame Waffe zur erfolgreichen Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen. Wir sollten dafür Sorge tragen, dass sie wirksam bleiben.

Dr. Thorsten Bruns, niedergelassener Urologe
Dr. Bernward Heidland, niedergelassener HNO-Arzt
Dr. Hartmut Horst, Pharmakotherapieberater der KV Hamburg
Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Privatdozentin am Institut für Allgemeinmedizin des UKE
Prof. Dr. Matthias Maaß, Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe am Labor Dr. Heidrich und Kollegen
Dr. Katja Peters, niedergelassene Allgemeinmedizinerin
Dr. Jan Wieland, niedergelassener Kinderarzt

Fortbildung: Gezielte Antibiotikatherapie

Bündnis für gezielte Antibiotika Therapie

Auftaktveranstaltung
Ziel ist die Vermittlung vertiefender Informationen zur Infektionsdiagnostik und Antibiotika-Therapie und die Überprüfung und Diskussion bisheriger Behandlungskonzepte.

Programmpunkte:
- Antibiotikaverbrauchsdaten in Deutschland und Hamburg
- Fallkonferenzen
  - Pädiatrie: Pyelonephritis
  - Urologie: Harnwegsinfektion im Altenheim
  - Allgemeinmedizin: Infekt der oberen Atemwege
  - HNO: akute Sinusitis
- Informationen über den Fortgang der Kampagne

Ort: Ärztehaus Hamburg/ Saal1
Datum: 24.04.2013 (16-19 Uhr)
Teilnehmerzahl: max. 100 Personen
Moderation: Dr. Katja Peters
Mikrobiologische Beratung: Prof. Dr. Matthias Maaß

Foto: Klaus Eppele/fotolia.com

Antibiotika bei akutem Husten: ja oder nein?

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

Im Rahmen des Bündnisses für eine rationale Antibiotikatherapie soll im *KVH-Journal* alle zwei Monate eine Leitlinie der DEGAM vorgestellt werden. Die Erwartung ist, dass durch eine größere Bekanntheit der evidenzbasierten Leitlinien - und häufigere Anwendung - der unnötige Einsatz von Antibiotika reduziert werden kann.

Der Fall

Freitagmorgensprechstunde, ein 58-jähriger Versicherungsangestellter, gut eingestellter Typ 2 Diabetiker, bekannte KHK, stellt sich mit seit drei Tagen anhaltendem Fieber bis 39.2 Grad vor. Davor habe er schon einige Tage Halsschmerzen gehabt. Zusätzlich habe er Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen, starken Husten und gelben Auswurf. Er möchte, dass „jetzt etwas passiert", weil er am Montag wieder arbeiten müsse.

Befund:
Etwas reduzierter AZ und adipöser EZ, Ohren, Hals, LK, Lunge ohne Befund.

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

Man spricht von einem akuten Husten, wenn der Husten seit nicht länger als drei Wochen besteht. Husten kann durch entzündliche, chemische, physikalische oder mechanische Reizungen der Schleimhaut der oberen und unteren Atemwege ausgelöst werden. 70 Prozent der Diagnosen können mit Hilfe von Anamnese und körperlicher Untersuchung gestellt werden.

Bei 5- bis 40-Jährigen ist eine Viruserkrankung als Auslöser von Husten bei weitem am häufigsten. Bei über 40-Jährigen müssen vermehrt andere Erkrankungen (wie zum Beispiel gastroösophagealer Reflux, Exazerbation einer COPD, Medikamenten-Nebenwirkungen) in Betracht gezogen werden. Bei älteren, insbesondere über 70-jährigen Patienten kommen eine Stauungsbronchitis durch

Herzinsuffizienz sowie Nebenwirkungen von Medikamenten öfter als bei Jüngeren vor. Longitudinale Kohortenstudien haben gezeigt, dass nur 8 Prozent aller akuten Atemwegsinfektionen bakterieller Genese sind.

Vorgehen in der Praxis

In der Leitlinie Akuter Husten werden die vier häufigsten Ursachen des akuten Hustens (Virale Infektion, Akute Bronchitis, Pneumonie und Virusgrippe) hinsichtlich typischer Befunde, diagnostischem Vorgehen und allgemeinen Therapiemaßnahmen differenziert.
Im oben vorgestellten Fall handelt es sich aufgrund des langsamen Beginns wahrscheinlich nicht um eine Influenza, auch für eine Pneumonie besteht bei unauffälligem Lungenbefund zurzeit kein Anhalt. Wegen des zum Teil hohen Fiebers und produktiven Hustens handelt es sich am ehesten um eine akute Bronchitis.

Weiterführende Diagnostik?
Weitere Untersuchungen erscheinen zurzeit nicht angemessen. Die Bestimmung des CRP, der Leukozyten oder gar Procalcitonin hilft nicht bei der Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und einer viralen Ursache. Eine mikrobiologische Untersuchung wird erst bei Nicht-Ansprechen der Therapie, bei besonders schweren Verläufen, häufigen Exacerbationen (≥ 3/Jahr) oder Verdacht auf multiresistente Bakterien empfohlen.

Therapie

Neben allgemeinen Maßnahmen, wie ausreichend trinken, Wasserdampfinhalationen ggf. mit Cineol, Thymian/Primelwurzel bzw. Thymian/Efeu und ggf. Analgetika (zum Beispiel Paracetamol) stellt sich die Frage nach einer antibiotischen Therapie. Die Farbe des Sputums ist keine Indikation für eine Antibiotika-Therapie. Laut Leitlinie sollte diese in der Regel nicht veranlasst werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei Patienten mit schweren kardialen oder respiratorischen Krankheiten, angeborenen oder erworbenen Immundefekten sowie bei alten Patienten im Einzelfall zu erwägen, weil bei diesen Patienten Pneumonien oft schwer abzugrenzen sind. Dann wären als Therapie der ersten Wahl Aminopenicilline (zum Beispiel Amoxicillin), Makrolide (zum Beispiel Roxithromycin) oder Tetracycline (zum Beispiel Doxycyclin) indiziert.

Gespräch mit dem Patienten
Der Patient möchte, dass „jetzt etwas passiert". Es empfiehlt sich, ihn zu fragen, was genau er darunter versteht und welche Therapie er selber schon begonnen hat. Wenn er bisher keine allgemeinen Maßnahmen eingeleitet hat, zum Beispiel keine Inhalationen oder keine Analgetika, so könnte der Beginn dieser Maßnahmen ihm reichen, als etwas, das nun „passiert". Möchte er explizit ein Antibiotikum verschrieben haben, macht es Sinn, zu sagen, dass er zum jetzigen Zeitpunkt kein Antibiotikum benötigt, weil sein Infekt dadurch nicht beeinflussbar ist. Eventuell hilft die Aufklärung, dass sich sein Zustand auch ohne Antibiotikum wahrscheinlich über das Wochenende verbessern wird. Wenn der Patient trotzdem weiter auf dem Antibiotikum besteht, kann ihm gegebenenfalls ein Rezept mitgegeben werden für den Fall, dass am Sonntag das Fieber immer noch über 39 Grad ist – ein übliches Vorgehen, für das es allerdings keine wissenschaftliche Evidenz gibt. Wichtig ist bei diesem Patienten die Vereinbarung einer Wiedervorstellung am Montag, wenn sich die Symptome bis dahin nicht gebessert oder sogar verschlechtert haben sollten.

Dieser Text basiert auf der Leitlinie Nr. 11 (Akuter Husten) 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".

PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz
Dr. med. Hans-Otto Wagner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
In Zusammenarbeit mit
PD Dr. med. Christoph Heintze,
Institut für Allgemeinmedizin,
Charité, Universitätsmedizin Berlin

Volle Ränge im Audimax

Das gab es noch nie: Wegen der angespannten Honorarsituation verlegten Hamburger Ärzte ihre Fortbildung in die Praxisöffnungszeit. Etwa 700 Praxen blieben geschlossen.

Der Streit um die Honorare der Vertragsärzte und -psychotherapeuten hält an. Über 1600 Vertragsärzte samt Praxisteams haben am 27. Februar 2013 ein Zeichen gesetzt: Sie ließen die Praxen geschlossen, um eine Fortbildung zu besuchen. „Normalerweise machen wir unsere Fortbildungen abends und am Wochenende“, erläutert Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, „doch wegen der schlechten finanziellen Rahmenbedingungen müssen die Praxen Personal abbauen. Die Folge sind überlange Arbeitstage, an deren Ende man einfach nicht mehr aufnahmefähig genug ist.“

Das Audimax der Universität Hamburg, in dem die Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Notfall in der Praxis“ stattfand, war bis fast auf den letzten Platz belegt. „Ich finde es ganz toll, dass so viele hergekommen sind“, sagte Späth, der sichtlich beeindruckt war von den vollen Rängen des riesigen Hörsaals.

Als Referenten hatte die KV Hamburg den Notfallmediziner Dr. Klaus-Gerrit Gerdts, ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes im Landkreis Cuxhaven, eingeladen. Er verzichtete aus Solidarität mit den Hamburger Ärzten auf ein Honorar. Sein teils amüsanter, teils drastischer, stets aber fesselnder Vortrag wurde mit viel Applaus bedacht. Vor und nach der Fortbildung wurde über die finanzielle Situation der Vertragsärzte und -psychotherapeuten diskutiert.

Bereits Anfang Januar hatten sich in einer Urabstimmung rund 96 Prozent der teilnehmenden Hamburger Vertragsärzte und Psychotherapeuten für Protestmaßnahmen ausgesprochen. 91,1 Prozent waren für einen Boykott der Kassen, 81 Prozent für den Schulterschluss mit den Patienten, 77 Prozent für Praxisschließungen.

Die große Resonanz zeige, so Späth, „wie richtig unsere Analyse ist. Die finanziellen Rahmenbedingungen in den Praxen müssen sich ändern!“ Bereits ein Drittel aller Leistungen werde ohne Honorar erbracht. „Muss wirklich erst ein Praxissterben einsetzen, damit auch dem Letzten klar wird, dass die Krankenkassen nicht behandeln können?“

Foto: Felix Faller / Alinea

Den Vorwurf der Krankenkassen, die Fortbildung sei eine unangemessene Protestveranstaltung auf dem Rücken der Patienten, wies Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, zurück. „Das ist Unsinn. Wir bilden uns fort, machen also unsere Arbeit. Wenn das so weiter geht mit den Kassen, können wir das gern auch mal an einem Montag tun."

Dr. Silke Lüder, stellvertretende Sprecherin des Beratenden Fachausschusses (BFA) Hausärze der KV Hamburg, kritisierte scharf die Finanzpolitik der Krankenkassen: „Inzwischen haben sich die Verhältnisse völlig auf den Kopf gestellt: Pro Versichertem geben die Kassen 235 Euro im Jahr für Verwaltungskosten aus". Das sei deutlich mehr als das, was eine Hamburger Hausarztpraxis jährlich für die Behandlung eines Patienten erhalte – „auch wenn er 30 Mal in die Praxis kommt oder 10 Mal zuhause besucht werden muss." An die Hamburger Krankenkassen gehe ganz klar das Signal: „Wir sind nicht damit einverstanden, dass ihr auf den Milliardengeldern der Beitragszahler sitzt wie auf einem Sparstrumpf für Funktionäre". "Dass man für Dumping-Preise keine qualitativ hochwertigen Lebensmittel bekommt, hat sich mittlerweile herumgesprochen", sagte Dr. Stefan Renz, Vorsitzender der Kinder- und Jugendärzte in Hamburg. "Umso anerkennenswerter, dass wir für Dumping-Preise durchweg qualitativ hochwertige Medizin liefern."

Volker Lambert, Sprecher des BFA Hausärzte betonte die zentrale Stellung der hausärztlichen Versorgung und meinte: „Wir dürfen nicht zulassen, dass die Unterfinanzierung in Hamburg das Hausarztwesen auf den Kopf stellt". Mit einer Enthaltung und ohne Gegenstimme beschlossen die Anwesenden, die Kampagne „Kassen pressen Praxen aus" fortzusetzen – und zwar so lange, bis die Krankenkassen endlich die Leistungen der Ärzte gerecht honorieren. Wörtlich lautete der beschlossene Appell: „Die Hamburger Ärztinnen und Ärzte und ihre medizinischen Fachangestellten werden aufgefordert, die Aktionen für eine gerechte Honorierung aktiv zu unterstützen und auch die Patienten über die unhaltbare Situation und die rigide Verweigerungshaltung ihrer Krankenkassen zu informieren. Die Aktionen sollen so lange fortgeführt und unterstützt werden, bis die Finanzierung der Praxen für eine fachgerechte Patientenversorgung wieder gewährleistet ist."

Gabriele Hellwig

Foto: chris-m/fotolia.com

Schlechtere Gesundheit, kürzeres Leben

Schwierige soziale Umstände machen krank. Von den Stressfaktoren, die dabei eine Rolle spielen, sind Migranten oftmals besonders betroffen.

Wer über die medizinische Versorgung von Migranten spricht, muss zunächst einmal klären, um wen es geht. Die migrantische Bevölkerung ist ziemlich heterogen – das zeigt bereits ein Blick auf die jüngere Einwanderungsgeschichte: In den 1960er Jahren kamen die Gastarbeiter, in den 1990er Jahren Flüchtlinge aus dem Balkan, aus Nahost und Afrika. Zusätzlich wanderten Deutschstämmige aus Osteuropa ein. Oftmals ausgeblendet werden die EU-Binnenmigranten - zum Teil sehr hochqualifizierte Arbeitskräfte, die man auch in den Chefetagen von Großkonzernen findet.

Unterm Strich haben wir in Hamburg einen etwa 30-prozentigen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (womit sowohl die Einwanderer selbst als auch ihre Nachkommen gemeint sind). Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Quote im Hamburger Durchschnitt bei 45 Prozent – in Wilhelmsburg bereits bei 80 Prozent. Multikulti ist also unsere Zukunft, wobei sich die „Vielfalt der Kulturen“ nicht nur auf verschiedene kulturelle Wurzeln bezieht, sondern auch auf die Ausdifferenzierung der Milieus.

Das Sinus-Institut in Berlin hat interessante Studien zu den sozialen Lagen der migrantischen Bevölkerung vorgelegt. Die Wissenschaftler sind in die Haushalte gegangen, haben die Menschen nach ihren Einstellungen gefragt und nachgesehen: Wo steht Gelsenkirchener Barock, wo stehen Designermöbel? Dabei zeigte sich: Der weitaus größte Teil der Migrantenmilieus lässt sich einer „modernen Grundhaltung“ zuordnen. Auf diesem Teil der Skala findet man beispielsweise das „intellektuell-kosmopolitische“, das „hedonistisch-subkulturelle“ und das „statusorientierte Milieu“. Im Vergleich dazu verhältnismäßig klein sind Personengrup-

pen, die zum „traditionellen Gastarbeitermilieu“ und zum „religiös-verwurzelten Milieu“ gerechnet werden. Neben der traditionellen Grundhaltung haben diese Personengruppen laut Sinus-Studie vor allem eins gemeinsam: eine „niedrige soziale Lage“.

Diese letztgenannten Milieus sind es, die wir normalerweise meinen, wenn wir über die medizinische Versorgung von Migranten sprechen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive rücken deshalb zunächst die sozialen Determinanten in den Vordergrund: Wir wissen aus unzähligen Studien, dass die sozialen Faktoren, die soziale Aufgehobenheit und soziale Geborgenheit entscheidend sind, wenn es um Krankheit und Gesundheit und um die Lebenserwartung der Menschen geht. Das trifft auf alle Patienten zu, egal aus welchem Land sie kommen.

Die WHO gibt so genannten „Solid Facts“ zur sozialen Determinierung von Gesundheit heraus. Darin veröffentlicht sind unter anderem die Ergebnisse der in Fachkreisen berühmten „Whitehall-Studie“. Whitehall ist das Londoner Regierungsviertel mit der Hauptverwaltung des öffentlichen Dienstes in London. Die Wissenschaftler untersuchten über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten über 28.000 Staatsbedienstete unterschiedlicher Hierarchieebenen, um mehr über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Sterblichkeit insbesondere durch Herzerkrankungen zu erfahren. Ergebnis: Bei den ungelernten Angestellten in der untersten Hierarchiestufe war die Sterblichkeit an Herzkrankheiten drei Mal höher als bei den Direktoren in der obersten Hierarchiestufe. Natürlich spielte dabei auch die Lebensweise eine Rolle: Die ungelernten Angestellten rauchten häufiger, achteten weniger auf ihre Gesundheit. Doch selbst wenn man diese Einflüsse in statistischen multivariaten Analysen herausrechnete, blieb immer noch ein Unterschied von Faktor zwei bestehen. Die Wissenschaftler konnten die psychosozialen Belastungen identifizieren, die zu erhöhtem Stress (und damit zu einem erhöhten Krankheitsrisiko) führen: Menschen, die in ihrem Beruf nur geringe Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten haben, sind einer höheren Belastung ausgesetzt als jene mit hohen Entscheidungsspielräumen. Weitere wissenschaftlich erwiesene Faktoren sind mangelnde Anerkennung der Arbeitsleistung bei gleichzeitig hoher Verausgabung. Man denkt hier vermutlich zuerst an Burnout, aber die Konsequenz kann eben auch KHK oder Herzinfarkt lauten.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen unzählige andere Studien. Das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie in Köln hat Untersuchungen zum Verhältnis zwischen monatlichem Bruttoeinkommen und Lebenserwartung vorgelegt. Der Unterschied zwischen der Lebenserwartung in den untersten Einkommensgruppen und der Lebenserwartung in den höchsten Einkommensgruppen beträgt in Deutschland mitterweile etwa zehn Jahre. Noch weiter klafft diese Lücke beispielsweise im

Fortsetzung auf S. 14

Schichtspezifische soziale Determinanten

- Niedriges Einkommen
- Niedrige Bildung
- Harte, gesundheitlich fordernde Arbeitsbedingungen
- Erhöhte Unfallgefahr
- Arbeitslosigkeit
- Schlechte Wohnbedingungen
- Ungesunde Ernährung
- Tabak- und Alkoholkonsum/-missbrauch
- Mangelnde Bewegung
- Mangelnde Gesundheitsvorsorge
- Fehlender sozialer Rückhalt

Fortsetzung von S. 13

schottischen Glasgow auf. Dort beträgt der Unterschied in der Lebenserwartung der Einwohner des ärmsten im Vergleich zum reichsten Stadtteil fast dreißig Jahre. Das hat weder mit Biologie noch mit dem Zugang zu Medikamenten zu tun – das sind soziale Fakten. Hier haben wir den vermutlich krassesten Kontrast zweier Schmelztiegel aus Privilegien wohlhabener Elternhäuser und deren Bildungsinvestitionen auf der einen und aus sozialen Nachteilen, Deprivation und kollektiver Ohnmacht auf der anderen Seite – und zwar in ein und demselben sozialen und Gesundheitssystem.

Das Gefühl, nicht Herr seines Lebens zu sein, löst (potenziell krankmachenden) Stress aus. Dass solche Stressfaktoren bei Migranten verstärkt auftreten können, liegt – je nach Herkunftshintergrund und -geschichte – auf der Hand. Unklare Aufenthalts- und arbeitsrechtliche Situationen führen zu Gefühlen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins. Bei Flüchtlingen kommen möglicherweise ältere Traumatisierungen hinzu, wenn sie Gewalt und Folter erlitten haben.

Eine spezielle migrationsspezifische Determinante ist natürlich auch die erschwerte Kommunikation: Ärzte haben es oftmals mit Personenkreisen zu tun, die schon ihre eigene Muttersprache weder lesen noch schreiben können. Darauf kann man schlecht aufbauen und sagen: „So, jetzt müssen Sie aber die deutsche Sprache lernen!“ Dr. Bernd Kalvelage bezeichnete dies immer gern als „soziale Taubstummheit“, womit er ausdrücken wollte, dass die hier angesprochenen Personen von der Mehrheitsgesellschaft so abgeschottet leben, dass sie gesundheits- und gesundheitssystemrelevante Informationen weder aufnehmen noch adäquat wiedergeben können. Ich möchte hierzu noch als zusätzlich erschwerendes Element die „doppelte Illiteralität“ hinzufügen: Wir müssen doch anerkennen, dass es nahezu unmöglich ist, deutschsprachige Informationen aufzunehmen, wenn man schon in der eigenen Muttersprache nicht lesen und schreiben kann. Damit und mit mangelnden mündlichen Sprachkenntnissen geht oftmals ein geringerer Zugang der Patienten zu den Informationen der Mehrheitsgesellschaft einher. Um ein anekdotisches Beispiel zu nennen: In einer gemeinsamen Studie mit Dr. Bernd Kalvelage und weiteren Hamburger Ärztinnen und Ärzten, die Patienten mit Migrationshintergrund versorgen, haben wir mit türkischsprachigen Interviewerinnen ungefähr 300 Diabetiker türkischer Abstammung besucht und befragt. Dabei sind unsere Interviewerinnen auf vier bis fünf Situationen gestoßen, in denen bei den Befragten ein Pflegebedarf vorlag, die Betroffenen aber noch nie das Wort „Pflegeversicherung“ gehört hatten. Und dies ist nur einer von vielen weiteren Faktoren, die Migranten besonders betreffen wie zum Beispiel eine erhöhte Arbeitslosigkeit, aber auch Aspekte der Diskriminierung. Manche der hier noch lebenden Gastarbeiter haben zumindest in der Vergangenheit zum Teil

Migrationsspezifische Determinanten

- Aufenthalts- und arbeitsrechtliche Belastungen
- Unklare oder mangelnde Zukunftsperspektiven
- Lebens- und gesundheitsbedrohende Erfahrungen im Herkunftsland; Gesundheitsschädigungen, Verwundungen, Folter, Gefangenschaft
- Entwurzelung, Ohnmachtsgefühle
- Auflösung der Familienverbände, Familien- und/oder Autoritätskonflikte, Normen- und Wertekonflikte
- Vereinsamung, Isolation, Rollenverlust
- Geringe Anteilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen der Mehrheitsbevölkerung
- Kommunikationsschwierigkeiten

Zum Abschied von Dr. Bernd Kalvelage in den Ruhestand

Der hier abgedruckte Artikel ist die gekürzte Version einer Rede, die Dr. Christopher Kofahl am 25. Januar 2013 bei einer Feier zu Ehren von Dr. Bernd Kalvelage im Wilhlemsburger Bürgerhaus gehalten hat.
Der Internist Dr. Bernd Kalvelage hat 26 Jahre in Wilhemsburg praktiziert. Er war eines der bekanntesten Mitglieder der "Hamburger Ärzteopposition", die sich in den 1980er Jahren kritisch mit der ärztlichen Standespolitik auseinandersetzten. Um eine bessere Vergütung von Ärzten in sozialen Brennpunkten durchzusetzen, zog er gegen die KV bis vor das Bundessozialgericht – und unterlag. Kalvelage war Mitbegründer der Wilhelmsburger Ärzteschaft e.V. Er initiierte die Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Migranten" in der Deutschen Diabetesgesellschaft und veröffentlichte zu diesem Thema zusammen mit Dr. Christopher Kofahl einige Arbeiten. Ende 2012 ging Dr. Kalvelage in den Ruhestand.

sehr schlechte Erfahrungen mit Behörden und Ämtern gemacht und hegen ein hochgradiges Misstrauen gegenüber Staatsautoritäten, worunter teilweise auch universitäre Einrichtungen und Ärzte subsumiert werden, wie wir in unserer gemeinsamen Untersuchung erfahren durften. Es war nicht immer leicht, Kontakt und Zugang herzustellen.

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit von Dr. Bernd Kalvelage war immer die Frage nach der Selbstwirksamkeit: Wie kann man bei Patienten ein Selbstbild induzieren, das den Glauben daran stärkt, man könnte selbst etwas tun, um gesünder oder zumindest nicht noch kränker zu werden? Auf die Problematik mangelnder Körperwahrnehmung weisen viele Studien hin: Insbesondere Frauen aus dem vorderen Orient hätten demnach bisweilen verlernt, ihre Körpersymptome wahrzunehmen. Das kann wieder trainiert werden. Es gibt sogar vereinzelt Selbsthilfegruppen von Frauen, die hieran erfolgreich arbeiten.

Alle Tipps, die man für den Umgang mit migrantischen Patienten geben könnte, sind im Prinzip ganz naheliegend, vermutlich sogar sehr banal. Doch der Weg zur Umsetzung ist außergewöhnlich schwer. Sicherlich versuchen die meisten Ärztinnen und Ärzte, eine systemische, familienorientierte Medizin durchzuführen. Sicherlich sagen auch die meisten Ärztinnen und Ärzte: Wir sind unseren Patienten gegenüber neugierig und interessiert. Doch wie hartnäckig kann man an solchen Vorsätzen festhalten, wenn man gleichzeitig zwei grundsätzlichen Problemen gegenübersteht? Erstens haben die meisten Ärzte kaum Zeit - und die Auseinandersetzung mit Patienten, die nicht gut oder gar kein Deutsch sprechen, ist zusätzlich sehr zeitaufwändig. Und zweitens: Wie definiert man eigentlich die eigene ärztliche Rolle bezüglich einer Zielsetzung, die da lautet, die Selbstwirksamkeit der Patienten zu fördern und ihre Gesundheitskompetenz zu steigern? Zählt dies auch noch zu den primären ärztlichen Aufgaben? Dr. Bernd Klavelage hat diese Ziele immer ganz stark im Team verfolgt und dafür gesorgt, dass die Arztpraxis für seine Patienten zum Lernort wurde. Ich fände es begrüßenswert, wenn diese möglicherweise eher als pädagogisch wahrgenommene Aufgabe wieder stärkeren Einzug in das ärztliche Rollenbild halten würde, wie es in der Vergangenheit und in der ärztliche Tradition – wenngleich auch recht paternalistisch – im Prinzip ja schon mal war. Und dies natürlich nicht nur bei der Versorgung von migrantischen Bevölkerungsgruppen.

Dr. Christopher Kofahl,
Dozent für Sozialmedizin und
Medizin-Soziologie am UKE

Foto: Felix Faller

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

Fragen und Antworten

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

1 *Seit Oktober 2011 können Harn- und Blutzuckerteststreifen für nicht-insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nur noch verordnet werden, wenn eine instabile Stoffwechsellage vorliegt (zum Beispiel bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko). Gelten diese Einschränkungen auch für Heimpatienten?*

Ja, dieselben Einschränkungen gelten auch für Heimpatienten.

2 *Ist es möglich, die Blutzuckerteststreifen zusammen mit dem Messgerät auf einem Rezept zu verordnen?*

Nein. Das Messgerät muss als Hilfsmittel auf einem Hilfsmittelrezept verordnet werden. Hier müssen Sie auf der Verordnung die 7 ankreuzen. Hilfsmittel sind nicht budgetiert. Die Teststreifen werden wie Arzneimittel verordnet und die Kosten fallen in das Arzneimittelbudget. Deshalb müssen die Verordnungen unbedingt auf zwei verschiedenen Rezepten vorgenommen werden.

3 *Wir sind eine internistische Praxis und behandeln Patienten, die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen. Stimmt es, dass der Vertrag mit dem BKK Landesverband Nordwest gekündigt wurde?*

Nein. Lediglich die Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 des BKK Landesverbandes Nordwest wurde zum 30. September 2012 gekündigt. Die Codiernummern 99201, 99202, 99203 und 99193 sind somit für Patienten, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, nicht mehr berechnungsfähig.

4 *Gibt es im Zusammenhang mit dem Wegfall der Kassengebühr eine Änderung bei der Berichtspflicht?*

Nein, die Berichtspflicht bleibt weiterhin unverändert bestehen. Der erstbehandelnde Arzt hat den auf Überweisung tätig werdenden Arzt von den bisher erhobenen Befunden in Kennt-

nis zu setzen, soweit dies für die Weiterbehandlung erforderlich ist. Der auf Überweisung tätig gewordene Arzt wiederum hat einen Bericht an den erstbehandelnden Arzt zu schreiben. Wenn ein Patient unmittelbar einen Spezialisten aufsucht, übermittelt dieser mit Einverständnis des Versicherten die medizinischen Informationen an den Hausarzt.

6 Ist eine Überweisung in Kopie ausreichend?

Nein. Ein Überweisungsschein muss im Original vorliegen. Eine Kopie oder ein Fax reicht zur Abrechnung nicht aus.

5 Wie lange müssen ärztliche Unterlagen von BG-Patienten aufbewahrt werden?

Nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung müssen Durchgangsärzte und H-Ärzte ärztliche Unterlagen (einschließlich Krankenblätter und Röntgenaufnahmen) mindestens 15 Jahre aufbewahren.

7 Kann ich als Hausarzt die präoperative Diagnostik vor einem belegärztlichen stationären Aufenthalt durchführen?

Ja. Die präoperativen Gebührenordnungspositionen aus dem Kapitel 31 des EBM können von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben und von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin abgerechnet werden. Da es im belegärztlichen Kapitel (Kapitel 36 des EBM) keine Leistungen für die präoperative Diagnostik gibt, werden die Leistungen aus dem Kapitel 31 EBM abgerechnet.

Notfallpraxen können nicht als Praxisvertretung benannt werden

Bleibt eine Vertragsarztpraxis geschlossen, muss eine andere Vertragsarztpraxis als Vertretung benannt werden (zum Beispiel durch einen Hinweis an der Praxistür oder auf dem Anrufbeantworter). Es ist nicht zulässig, lediglich den Notfalldienst oder die Notfallpraxen als Vertretung anzugeben.

Zulassungsbeschränkungen für Arztgruppen, die bisher nicht der Bedarfsplanung unterlagen

In der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wurden erstmals Verhältniszahlen zwischen Einwohnern und Ärzten für alle Arztgruppen festgelegt (einzige Ausnahme: Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen). Damit fallen auch jene Fachgebiete unter die Bedarfsplanung, in denen zuvor eine freie Zulassung möglich war:

- Humangenetiker
- Laborärzte
- Neurochirurgen
- Nuklearmediziner
- Pathologen
- Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
- Strahlentherapeuten
- Transfusionsmediziner
- Kinder- und Jugendpsychiater

Der zuständige Landesausschuss hat für diese Arztgruppen mit Wirkung ab 1. Januar 2013 Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Sollten Sie an einer späteren Zulassung im Wege einer Praxisübernahme interessiert sein, empfehlen wir Ihnen, sich in die Warteliste der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eintragen zu lassen.

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

QEP-Seminar: „Fit am Empfang“

Der Empfang ist das Aushängeschild der Praxis. Die KV bietet ein Seminar an, in dem medizinische Fachangestellte lernen, den Patienten gleich bei der ersten Begegnung einen positiven Eindruck von sich und der Praxis zu vermitteln.

Von der professionellen Kommunikation über den Umgang mit Stresssituationen bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung – anhand von Fallbeispielen und praktischen Übungen werden alle Themen abgearbeitet, die für Mitarbeiter am Empfang von Bedeutung sind.

Termin: Mi. 24.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

Ansprechpartner:
Ursula Gonsch Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Prüfung von Ultraschallgeräten

Laut aktueller Ultraschall-Vereinbarung müssen alle Ultraschallgeräte, die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden, einer Abnahmeprüfung unterzogen werden. Dabei wird überprüft, ob die Geräte die technischen Mindestanforderungen für die jeweilige Anwendungsklasse erfüllen (näheres zu den Kriterien: Anlage III, Nr. 9.1 und 9.2 der Vereinbarung).

Die KV wird Sie daher anschreiben und Sie bitten, für jedes Ultraschallgerät, das Sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einsetzen, ein Bilddokument (B-Modus) eigener Auswahl bei der KV Hamburg einzureichen. Das Bild darf nicht älter als drei Monate sein. Wird das Gerät für mehrere Anwendungsklassen verwendet, ist das Bilddokument einer Anwendungsklasse ausreichend.

Auf dem Bild müssen das verwendete Gerät und der Praxisname sicher zu identifizieren sein. Ein schriftlicher Befund ist nicht vorzulegen.
Die Beurteilung der Bilddokumentation erfolgt durch die Ultraschall-Kommission der KV Hamburg.
Die Abnahmeprüfung muss auch bei neuen Ultraschallgeräten durchgeführt werden.

Änderungen der apparativen Ausstattung müssen unverzüglich der KV Hamburg mitgeteilt werden. Bitte nutzen Sie dazu das auf unserer Homepage eingestellte Gerätenachweis-Formular *(www.kvhh.de→Formulare →Glossar U = Ultraschalldiagnostik →Gerätenachweis)*, das Sie vom Hersteller bzw. Vertreiber Ihres Gerätes ausfüllen lassen und an die KV Hamburg zurücksenden.

Ansprechpartner:
Kay Siebolds, Tel: 22802-478
Sindy Richter, Tel: 22802-631
Beate Gehrke-Vehrs, Tel: 22802-384

Foto: Tobilander /fotolia.com

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2013

Abgabefrist: 2. April bis 15. April 2013

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabe in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!
Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung AB 1 bis AB 5, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Zeit: Innerhalb der Abgabefrist von Mo. bis Fr. zwischen 7.30 und 16.00 Uhr Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter.

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802 – 900

Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung" Folgendes bekannt gegeben:

I. Hinweis: Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren für den folgenden Vertrag noch nicht abgeschlossen:

- Vereinbarung zur **Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V **im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme** vom 20. Dezember 2010 in der Fassung vom 18. Dezember 2012

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 **AOK Rheinland / Hamburg** für das **Quartal I / 2013**
- **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 II / 2013**
- Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V **im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme** für das **Quartal II / 2013**

III. Erratum: Erratum zur amtlichen Veröffentlichung vom 1. September 2011 zum **Vertrag über den Einbehalt eines Kostenanteils im Rahmen des IV-Vertrages zur integrierten Versorgung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Kindern mit Asthma bronchiale und chronisch rezidivierender obstruktiver Bronchitis zwischen** der **KV Hamburg** und der **BVKJ-Service GmbH:**

In § 1 des Vertrages wurden die Symbolziffern wie folgt geändert:

Leistungsinhalt	**Vergütung in Euro**	**Symbolnummer**
Vertragsärzte der ersten Versorgungsebene		
Identifikationspauschale	25,00	99410
Zuschlag zur quartalsweisen Kontrolluntersuchung	10,00	99411
Instruktion	10,00	99412
Zuschlag zur Instruktion (besonderer Aufwand bei Kindern)	12,50	99413
Vertragsärzte der zweiten Versorgungsebene		
Erstuntersuchung	15,00	99414
Patientenschulung	22,50	99415
Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen	9,00	99416
Teamgespräche	75,00	99417
Bericht an den Arzt der ersten Versorgungsebene	15,00	99418

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

Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22 802 - 900

Blutzuckerteststreifen für insulinpflichtige Diabetiker

■ Richtwerte von 2008 sind nicht mehr gültig. Die Verordnungsmenge richtet sich nach medizinischer Notwendigkeit

Einige Krankenkassen haben Prüfanträge zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen bei insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 gestellt und sich dabei auf Richtwerte aus einer nicht mehr gültigen Vereinbarung bezogen. Dies hat zu Verunsicherung in den Praxen darüber geführt, welche Regeln nun gelten.

Für das Jahr 2008 hatten KV Hamburg und Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Arznei- und Heilmittelvereinbarung Zielvorgaben zur Verordnungsmenge von Blutzuckerteststreifen für Patienten mit Diabetes mellitus vereinbart. Es handelte sich dabei um Richtwerte, die durchaus überschritten werden konnten, wenn dies medizinisch notwendig war.
Die Regelung wurde in den Folgejahren nicht wieder abgeschlossen. Die alten Richtwerte von 2008 sind also nicht mehr gültig und dürfen nicht als Aufgreif-Kriterien für Prüfanträge von Krankenkassen herangezogen werden.

Wie viele Teststreifen dürfen für insulinpflichtige Diabetiker verordnet werden?
Heute richtet sich die Anzahl der Blutzuckerteststreifen-Verordnungen ausschließlich nach der individuellen medizinischen Situation des Patienten. Der verordnende Arzt legt also in Absprache mit dem Patienten fest, wie oft am Tag oder in welchen Situationen der Blutzucker bestimmt werden muss. Hieraus ergibt sich dann die medizinisch notwendige (und damit wirtschaftliche) Anzahl der zu verordnenden Teststreifen.
Allerdings ist eine sorgfältige Dokumentation nötig. Kann der Arzt die medizinische Notwendigkeit von Verordnungen bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht plausibel darlegen, gelten sie als unwirtschaftlich – was möglicherweise zu Regressen führt.

(Zur Verschreibung von Blutzuckerteststreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker siehe auch Seite 16: Frage & Antwort 1)

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 Einzelfall 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.

Foto: Superhasi /fotolia.com

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst:
Pasireotid (Signifor®), Tegafur / Gimeracil / Oteracil (Teysuno®), Ivacaftor (Kalydeco®)
Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung aller Beschlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter:
www.kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel → Basisinformation → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“

Weitere Informationen bietet der Arzneimittel-Infoservice (AIS) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Seit Februar 2013 enthält die Themenseite „Frühe Nutzenbewertung" ein Archiv aller Wirkstoffe, die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung bereits durchlaufen haben oder derzeit durchlaufen. Die Übersicht enthält die wichtigsten Eckdaten der Wirkstoffe sowie die entsprechenden Beschlüsse des G-BA. In „Hinweise für die Praxis" erhalten Vertragsärzte Hinweise für ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten und erfahren, ob ein Wirkstoff als Praxisbesonderheit anerkannt wird und welche Anforderungen der G-BA an eine qualitätsgesicherte Anwendung stellt.

www.kbv.de/ais → Nutzenbewertung

Ansprechpartner
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572

Verordnung von Astronautenkost

Was ist bei der Verordnung von Trinknahrung (Astronautenkost) zu beachten? Zu diesem Thema erhalten wir viele Anfragen, deshalb haben wir die wichtigsten Punkte zu diesem Thema zusammengefasst.

Generell sind Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich der Produkte für Säuglinge und Kleinkinder nicht verordnungsfähig (Arzneimittelrichtlinie Abschnitt I, § 18 bis 26). In „medizinisch notwendigen Fällen" jedoch dürfen ausnahmsweise neben Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Sondennahrung auch Elementardiäten (Trinknahrung) verordnet werden. Elementardiäten (Trinknahrung) sind definiert als diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke. Sie bestehen aus oral zuzuführenden Gemischen von Proteinen, Aminosäuren, Kohlehydraten, Fetten, Mineralstoffen und Vitaminen und sind als einzige Nahrungsquelle geeignet.

Was sind in dieser Richtlinie medizinisch notwendige Fälle?

Trinknahrung kann auf Kassenrezept nur bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung verordnet werden und auch nur dann, wenn „die Verbesserung der Ernährungssituation durch ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen" nicht zu erreichen ist. Ein geringer Body Mass Index (BMI) allein muss keine ausreichende Indikation darstellen. Es kommt auch auf den Krankheits- und Gewichtsverlauf im Einzelfall an. Die Richtlinie nennt hierfür keine speziellen Indikationen.
Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob eine Unter- oder Fehlernährung ursächlich behandelt werden kann. Hierzu nennt die Richtlinie folgende Punkte und Maßnahmen:

- restriktive Diäten überprüfen
- Medikamente prüfen
- kalorische Anreicherung der Nahrung (zum Beispiel mit Butter oder Sahne)
- Lagerung, Logopädie, Ergotherapie bei Schluckstörungen
- geeignetes Besteck, Ergotherapie bei motorischen Problemen
- Mundpflege, Zahnbehandlung, Gebiss bei Kaustörungen
- ausreichende Trinkmenge
- Zuwendung und geduldiges Anreichen der Nahrung
- soziale Maßnahmen (Besuchsdienst, „Essen auf Rädern", ...)

Norm- und hochkalorische Trinknahrung ist also verordnungsfähig bei gegebener Indikation. Das Produkt wird in diesem Fall auf einem normalen Kassenrezept rezeptiert (keine Angabe einer Diagnose, da kein Hilfsmittel!). Eine gute Dokumentation der

Fortsetzung auf S. 22

Fortsetzung von S. 23

Verordnungsgründe und eine ebenfalls dokumentierte „Verlaufskontrolle“ inklusive der notwendigen Kalorien / Tag sind sinnvoll, um gegebenenfalls die Verordnung auch in der Menge rechtfertigen zu können. Die Kosten für diese Produkte fließen in das Arzneimittelbudget ein. Als vereinbarte Praxisbesonderheit gelten in Hamburg nur „bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen“ (Symbolnummer 91031).

Nicht verordnungsfähig sind:

- Elementardiäten, die über die gesetzlichen Anforderungen hinaus mit Mineralstoffen, Spurenelementen oder Vitaminen angereichert sind
- hypokalorische Lösungen (weniger als 1,0 kcal/ml)
- Produkte, die speziell angereichert sind mit Ballaststoffen oder mittelkettigen Triglyceriden (Ausnahme: bei dokumentierter Fettverwertungsstörung), wenn Mehrkosten damit verbunden sind.

Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt I der *Arzneimittelrichtlinie* §18 – 26 (*www.g-ba.de*).

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

Hilfe beim Ausschleichen von Benzodiazepinen

Das „Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West“ bietet Ärzten Unterstützung beim Umgang mit benzodiazepin-abhängigen Patienten an. Wenn Benzodiazepine bei einem Patienten ausgeschlichen werden sollen, kann das Suchthilfe-Team begleitend tätig werden durch:

- Beratung
- Motivationsarbeit (eventuell auch unter Einbeziehung von Angehörigen und Familie)
- Vermittlung in Entzugsbehandlung
- Weiterführende Reha-Behandlung (ambulant, ambulant ganztags oder stationär).

Begleitet werden auch Patienten, die Probleme mit anderen Suchtmitteln haben.

Ansprechpartnerin:
Barbara Grünberg, Psychologische Psychotherapeutin, Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West,
Tel: 970 770, E-Mail: barbara.gruenberg@diakonie-hhsh.de, www.lukas-suchthilfezentrum.de

Neue Verordnungsvordrucke für den Heilmittelbereich: Eigenes Feld für ICD-10-Kodierung

Ab dem 1. April 2013 werden die Verordnungsvordrucke für den Bereich Heilmittel (Muster 13, 14 und 18) um ein Feld für ICD-10-Codes ergänzt. Das neue Feld wird auf der Vorderseite des jeweiligen Musters im linken Bereich direkt unter dem Feld "Indikationsschlüssel" platziert. Hintergrund: Um eine Praxisbesonderheit zu melden, muss man seit Jahresbeginn die dazugehörige ICD-10-Kodierung auf der Heilmittel-Verordnung eintragen. Bislang gab es dafür noch kein eigenes Feld. Allerdings lässt sich der ICD-10-Code auch ohne Extrafeld aufbringen, weshalb die derzeit verwendeten Formulare aufgebraucht werden können. Wir empfehlen, zukünftig immer den ICD-10-Code anzugeben- auch, wenn es nicht um Praxisbesonderheiten geht.

Die neuen Vordrucke im Internet:
www.kbv.de/14111.html

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

Leserbriefe

Schwerpunktthema „Hilfe bei psychischer Erkrankung – Wie effizient ist unsere Versorgungsstruktur?“

KVH Journal Nr. 2/2013

Herbe Enttäuschung

„Es wurde höchste Zeit“ für ein Schwerpunktheft zur Psychotherapie. Dieser Einschätzung von Herrn Plassmann in seinem Vorwort schließe ich mich an.
Dass angesichts des seit Jahren steigenden Bedarfs an ambulanter Psychotherapie die neue Bedarfsplanungsrichtlinie die veralteten und fehlerhaften Berechnungen im Bereich der Psychotherapie nicht nur fortschreibt, sondern den Überversorgungsgrad für Hamburg nominell noch von 140 auf 170 Prozent erhöht, ist eine herbe Enttäuschung. Hier scheinen sich schlicht ökonomische Interessen durchgesetzt zu haben – zum Nachteil psychisch kranker Menschen. Die Konsequenzen dieser „Reform“ der Bedarfsplanungsrichtlinie, die diesen Namen nicht verdient, beschreibt H. Guskowski in ihrem kenntnisreichen Artikel sehr eindrücklich.
Ich hätte es daher sehr begrüßt, wenn die Situation in den psychotherapeutischen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, in denen von engagierten Kolleginnen und Kollegen der weitaus größte Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg geleistet wird, zumindest exemplarisch dargestellt worden wäre. Unzureichende Honorare im Kollektivvertrag, die Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinien sowie eingeschränkte Befugnisse und diverse bürokratische Hürden machen es vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht eben leicht, ihre Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht zu versorgen. Hier sind Reformbemühungen dringend nötig. Von der Psychotherapeutenschaft gibt es dazu bereits vielfältige Vorschläge.

Dipl. Psych. Heike Peper,
Psychologische Psychotherapeutin in Altona

Schnelle Besserung?

Ich erlaube mir, nur drei kleine Bemerkungen zum Artikel über das MVZ Falkenried zu äußern. Vielleicht kann ich nicht mitreden, weil ich dort nie Patientin war, vielleicht wäre ich nach einer Stunde schon geheilt.

1. Aber mit meiner über 40-jährigen Erfahrung in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, darunter auch Verhaltenstherapie, kenne ich das Erlebnis von Patienten, schon nach einigen Stunden begeistert zu sein, wie gut es ihnen auf einmal geht. Bei vielen mag das vorübergehend stimmen. Die meisten merken ihren Irrtum spätestens, wenn sie ihren Therapeuten nicht mehr beratend, bestätigend, ermunternd (wie auch immer) zur Verfügung haben.
2. Statistiken tun Not. Dafür bin ich. Allerdings ist es ein Allgemeinplatz, dass sie lügen können. Vor allem, wenn sie von dem, der für sich wirbt, erhoben werden.
3. Schließlich befürchte ich eine Inflation der Diagnose „Borderline“, wenn alle Patienten, die sich dem Blitztempo entziehen, in diese Kategorie gepackt werden.

Silke W. Behrendt,
Psychologische Psychotherapeutin in Ottensen

Empörte Anrufe

Seit der Zusendung des KVH-Journals vom Februar haben uns zahlreiche empörte Anrufe und Faxe aus dem Kreis der Mitglieder des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte erreicht, die allesamt Fachärzte für Psychiatrie oder für Neurologie und Psychiatrie sind.
Wir sind irritiert von der Diskrepanz zwischen dem Titel („Hilfe bei psychischer Erkrankung – Wie effizient ist unsere Versorgungsstruktur?“) und dem Schwerpunktthema Psychotherapie. Zu Wort und Schrift kamen fast ausschließlich psychologische Psychotherapeuten und das Therapiezentrum Falkenried. Letztere durften ihr

Fortsetzung auf S. 24

Fortsetzung von S. 23

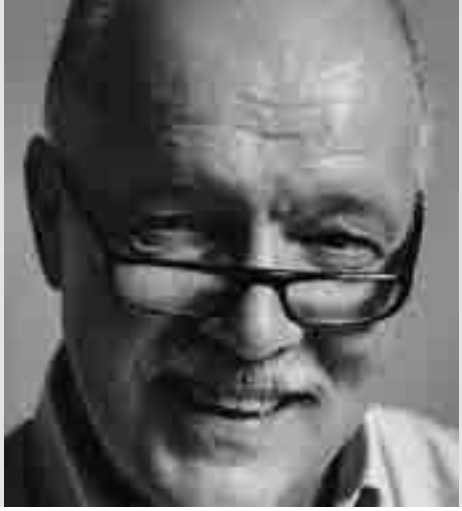
therapeutisches Angebot sogar ausführlich präsentieren.
Dagegen ist die Realität der Vorsorgung die, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen vor allem in der akuten Phase der Erkrankung ganz überwiegend von Hausärzten, Psychiatern und Nervenärzten behandelt werden. Es handelt sich heute um 95.000 Menschen, die in jedem Quartal in den rund 150 nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen behandelt werden. Im Vergleich dazu suchen rund 25.000 Menschen Hilfe bei den 620 psychologischen und noch einmal 10.000 bei den 220 ärztlichen Psychotherapeuten. Im Gegensatz zur Darstellung in den Medien findet die psychiatrisch-psychotherapeutische Notfallbehandlung so gut wie vollständig in psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen statt. Psychologische Psychotherapeuten werden erst später im Verlauf hinzugezogen, nämlich dann, wenn sich nach der Befunderhebung und bei der Planung der erforderlichen Therapie zeigt, dass eine begleitende Behandlung nach den Therapierichtlinien sinnvoll und notwendig ist und wenn das Angebot auch gewünscht wird. Richtlinientherapien sind meist nicht für die Akutversorgung geeignet. Sie haben andere Aufgaben und Ziele. In der Regel erfolgt die Überweisung zum Psychotherapeuten, nachdem der hilfesuchende Patient bereits vom Hausarzt und/oder vom Psychiater als Notfall akut behandelt wurde. Wenn nicht jeder psychisch erkrankte Patient in Hamburg umgehend einen Psychotherapieplatz angeboten bekommt, dann liegt das keineswegs an einer unzureichenden Zahl von Therapeuten oder etwa daran, dass diese sich nur Patienten mit leichteren Störungen aussuchen würden. Eine solche Kritik übersieht die methodischen Unterschiede zwischen fachgebundener psychiatrisch-psychotherpeutischer Behandlung einerseits und fachpsychotherapeutischer, richtliniengebundener Behandlung andererseits. Es ist nicht nur für die Therapieplanung des einzelnen Falls sondern auch für die Planung der Versorgungsstrukturen und ihrer Entwicklung von entscheidender Relevanz, die methodischen Unterschiede und Ziele zu berücksichtigen.

Ist es verwunderlich, wenn es Hamburger Nervenärzte und Psychiater empört, dass selbst das KVH-Journal die drängenden Fragen zur Versorgung psychisch Kranker vollkommen ohne unsere Erfahrung und Expertise abhandelt? Unter den Fachärzten entsteht der Eindruck, dass die Ignoranz von Abendblatt und anderen Medien gegenüber den psychiatrischen Praxen jetzt auch von unserer eigenen Selbstverwaltung reproduziert wird. Bei den Medien ist es mittlerweile zur Gewohnheit geworden, dass zu sämtlichen Fragen psychischer Erkrankung und Gesundheit ausschließlich psychologische Psychotherapeuten befragt werden, paradoxerweise selbst zu Fragen der wachsenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen, obwohl Psychologen Arbeitsunfähigkeit überhaupt nicht attestieren dürfen, weil hierfür aus gutem Grund eine ärztliche Ausbildung vorausgesetzt wird.

Wir fragen uns: Würde die KV etwa ein Journal zur Versorgungsstruktur bei Herz- und Kreislauferkrankungen herausbringen, ohne die Internisten darin zu Wort kommen zu lassen? Zur Grippewelle kein Interview mit Infektiologen? Zur Palliativversorgung keine Rückfrage bei den Onkologen? Auch wir Nervenärzte und Psychiater sind für die extrabudgetäre Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen. Es liegt aber auf der Hand, dass alleine dadurch die strukturellen Probleme der Versorgung psychisch Kranker in Hamburg wie auch anderswo nicht gelöst werden können. Zur ambulanten Versorgung haben wir als Berufsverbände der Nervenärzte und Psychiater einige Vorschläge beizutragen. Es ist an der Zeit, in einen Dialog mit uns zu treten!

Dr. Guntram Hinz,
Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Poppenbüttel und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg des Berufsverbandes deutscher Nervenärzte (BVDN)

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



Bewusstlos

Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes sind eine Fundgrube für nackte Zahlen. Mit Leben füllen muss man sie dann selbst. Beispiel Komasaufen: 2011 mussten 26349 Jugendliche zwischen zehn und neunzehn Jahren nach einem Alkoholexzess im Krankenhaus stationär behandelt werden. Diese akuten Vergiftungen verursachten alleine bei der Techniker-Krankenkasse Kosten von mehr als einer Million Euro. Über sechzig Prozent der jungen Patienten waren männlichen Geschlechts. Die Zahlen sind zwar konstant, aber das macht das Problem nicht kleiner.

Es gibt viele Gründe für diese Katastrophe, über die nachzudenken sich lohnt. Alkohol ist eine legale Droge, im Vergleich zur allgemeinen Teuerung in den vergangenen 40 Jahren immer preiswerter geworden. Die Alkoholsteuer in Deutschland liegt am unteren Ende in Europa, bringt dem Staat aber mehr als zwei Milliarden Euro ein. Alkohol ist leicht verfügbar, an Tankstellen rund um die Uhr. Die Strafen für Gastronomen sind nicht der Rede wert, die Kontrollen der Ordnungsämter lax und selten. Alkohol ist keine geächtete Droge, sondern mitten in der Gesellschaft, immer dabei.

Der Jugendforscher Hurrelmann macht auch den gewachsenen Leistungsdruck auf Kinder und Jugendliche für dieses Problem mit verantwortlich.

Muss die Solidargemeinschaft zahlen, wenn Jugendliche wegen Komasaufens ins Krankenhaus kommen?

Jugendliche würden die „Turboentspannung“ mit der legalen Droge Alkohol suchen, denn Tempo und Leistungsdruck würden immer größer. Er sieht die Erwachsenen in der Verantwortung für die Erziehung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol.

Was für Erwachsene? Die Tausende von Schnapsleichen beim Schützenfest, beim Karneval, beim Oktoberfest? Die Brigaden von Volltrunkenen jedes Wochenende auf den Fußballplätzen der Nation? Oder den neuen Landtagspräsidenten von Niedersachsen namens Busemann (CDU), der als Justizminister die Null-Promille-Grenze für Autofahrer gefordert hatte und gerade erst betrunken am Steuer erwischt worden ist? Oder den trinkfesten FDP-Fraktionsvorsitzenden Brüderle, der 2007 gefordert hat, dass Eltern für die Kosten der Entgiftungsbehandlung ihrer Kinder zur Kasse gebeten werden müssen? So wie auch der CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn vor wenigen Tagen: Eltern sollen die Behandlungskosten ihrer saufenden Kinder tragen. Das ist ein Gesundheitspolitiker, der das Gift des Schuldprinzips in das Gesundheitswesen hineinträgt.

Wie verfahren wir dann mit den Kreuzbändern der Fußballer und Skifahrer? Mit den Rauchern? Mit den Dicken? Mit den Arbeitssüchtigen? Mit den Stöckelschuhträgerinnen? Mit uns allen sozusagen? Nächster Schritt Gesundheitspolizei!

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

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

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Dr. Philip Kreßin

Geburtstag: 16.08.1967
Familienstand: verheiratet, zwei Kinder
Fachrichtung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, gynäkologische Onkologie
Weitere Ämter: Mitglied in der Sonographiekommission, stellvertretender Obmann Kreis 17, Fachbeisitzer und Prüfer der Ärztekammer Hamburg, Vorstandsmitglied Praxisnetz Süderelbe
Hobbys: Sport, Musik

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Viele ärztliche Tätigkeiten finden heute fast ausschließlich im ambulanten Bereich statt. Daher halte ich es für wichtig, dass die Praxen einen größeren Anteil an der Weiterbildung übernehmen.
Die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte sollte erhalten bleiben und damit die Unabhängigkeit von kaufmännischen Interessen einzelner Klinikkonzerne oder Krankenkassen.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Abbau von Bürokratie und eine Therapie gegen den um sich greifenden Zertifizierungswahn würden uns wieder mehr Zeit für unsere Patienten geben. Die KV ist als Interessenvertretung gegenüber den Krankenkassen unverzichtbar.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich würde gerne Francois Gabart, den Gewinner der Vendée Globe 2012/2013 treffen. In weniger als 80 Tagen einhand um die Welt zu segeln, ist eine beeindruckende Leistung.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einmal ein Jahr nur Zeit zum Segeln haben.

Terminkalender

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

"Fit am Empfang"

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

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

10 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®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

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

16 Punkte

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®-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

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:
www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

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

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

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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

Foto: Felix Faller