

KVH *journal*



GEWALT ALS BERUFSRISIKO

Umgang mit aggressiven Patienten

BEDARFSPLANUNG

Wo finden Patienten ihren Arzt?

MÜMMELMANNSSBERG

Wie geht es weiter mit der Praxisklinik?

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Doppelausgabe 7-8/2014 (1. Juli 2014)



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

es ist deutlich ruhiger geworden um das Thema Bedarfsplanung in Hamburg. Nicht zuletzt die Auswertungen der KV Hamburg und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Verteilung der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hamburg sowie zu den realen Patientenwegen (siehe Seite 14) haben zur Versachlichung der Debatte beigetragen. Außerhalb Hamburgs begann man sich schon zu wundern, auf was für einem luxuriösen Niveau wir Problemdiskussionen führen.

Recht bedenklich ist jedoch eine neue Entwicklung. Die scheinbar zunehmende Inanspruchnahme von Notdienstangeboten durch Patienten, häufig ohne erkennbar begründende Erkrankungen, hat eine Diskussion über die Ursachen ausgelöst und wie zu reagieren wäre. Eine von der Politik präferierte Variante ist die stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung – natürlich auf unsere Kosten. Aus Sicht der KV Hamburg ist dies ein absolut kritischer Ansatz, der mittelfristig zu einer völligen Verschiebung der ambulanten Versorgung führen würde.

Wir fordern zuerst eine genaue Analyse der Gründe für dieses Verhalten, um dann sinnvolle und nachhaltige Lösungsansätze diskutieren zu können, bevor strukturelle Eingriffe ins System dieses unaufhaltsam und irreversibel verändern. Einfach „mehr Notfallversorgung“ zu fordern, ist kein Konzept, sondern eine Kapitulation, die eine Verschlechterung und Verteuerung der medizinischen Versorgung der Menschen in Hamburg zur Folge haben wird.

Die KV wird sich an der Analyse der Gründe beteiligen und sich in die Diskussion mit konstruktiven Vorschlägen einbringen – dann sollte sich dieses Thema wieder beruhigen.

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit aggressiven Patienten gemacht?
- 08_ Gewalt in der Praxis: Ein Konfliktrainer erklärt, wie man in brenzligen Situationen reagieren sollte
- 10_ Ins Wahnsystem einbezogen: Psychiater werden von allen Ärzten am häufigsten attackiert

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14_ Versorgung: Wo die Patienten ihren Arzt finden
- 17_ Online-Beratung: Mentoren für Nachwuchsmediziner gesucht

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 20_ Vertrauliche Geburt: Hilfe für Frauen, die ihre Schwangerschaft geheim halten wollen
- 21_ Stopp-Projekt: Adipositas-Prävention für Schwangere und junge Familien
Kein DMP für Hamburger Asylbewerber

ABRECHNUNG

- 22_ Elektronische Sammelerklärung: Was ändert sich?
- 23_ Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2014

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patienten-flyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.



QUALITÄTSMANAGEMENT

- 24_** Arbeits- und Gesundheitsschutz für
Praxismitarbeiter
Seminar im Ärztehaus: „Personal-
management“

QUALITÄTSSICHERUNG

- 26_** Fortbildungskurs für die kurative
Mammographie
Zertifikat für bestandene gynäkolo-
gische Online-Prüfung

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 27_** Deutscher Ärztetag lehnt Ausschrei-
bung von Impfstoffen ab
- 28_** Regressgefahr beim Sprechstunden-
bedarf: Salben, Cremes und Gele sind
nur als Monopräparate zulässig
Beschlüsse zur Nutzenbewertung
neuer Medikamente
- 29_** Off-Label-Anwendung von
Gabapentin
Tetravac nur bis zum fünften
Lebensjahr anwenden!

FORUM

- 30_** Aufatmen: Praxisklinik Mümmel-
mannsberg bleibt erhalten

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 26_** Bekanntmachungen im
Internet

KOLUMNE

- 33_** Zwischenruf von
Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

- 34_** Steckbrief:
Dr. Ulrich Wendisch
35_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: zarg 404/fotolia
Seite 3: Michael Zapf; Seite 6,7: Benjamin Thomas;
Seite 9, 13: dolife; Seite 18: Katrinaelena/fotolia;
Seite 19: Felix Faller/alinea; Seite 25: Jochen
Kriens; Seite 28: Valentina R./fotolia; Seite 30:
Michael Zapf; Seite 33: Barbara Klemm; Seite 36:
Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Welche Erfahrungen haben Sie mit aggressiven Patienten gemacht?



Dr. Torsten Niecke
Allgemeinmediziner in
Hamburg-Altstadt

Plötzlich brennt die Luft

In den Jahrzehnten meiner Praxistätigkeit – dazu zählen viele Einsätze im hausärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notfall-Praxen – hatte ich sehr selten Probleme mit aggressiven Patienten oder Angehörigen. Doch der letzte Vorfall ist gar nicht lange her. Spät abends in der Notfall-Praxis Farmsen stellte sich eine junge Frau vor, die sich mit banalen Beschwerden auf eine schwere Krankheit festgelegt hatte. Medizinisch völlig absurd. Ich fühlte mich genervt und schickte sie nach Hause. Da hatte ich nicht mit ihrer männlichen Begleitung gerechnet, die aus dem Wartezimmer kam und mir Gewalt androhte. Nur mit einem Anruf bei der Polizei ließen sich die Besucher zum Gehen bewegen. Was war schief gelaufen? Ganz einfach: Ich war müde und erschöpft und hatte meine bewährten Prinzipien verlassen – achtsam sein, wirkliches Mitgefühl haben und den Patienten in seinem Rahmen, in seinen Möglichkeiten sehen. Mit diesem Ansatz kann ich meist auch in derartigen Fällen ein vertretbares medizinisches Ergebnis und zufriedene Patienten bekommen. **Häufig verstecken sich in dem inadäquaten Verhalten der Patienten Ängste und Nöte, die sie uns nicht direkt mitteilen wollen oder können. Insbesondere dann, wenn sich unterschiedliche Kulturen begegnen.** Letztendlich haben wir Ärzte allerdings eine gesellschaftliche Stellung, die sich jeder bedrohte Lehrer, Verkäufer oder Verwaltungsangestellte nur wünschen kann. ■



Heike Peper

psychologische Psychotherapeutin
in Altona und Mitglied des beratenden
Fachausschusses Psychotherapie der
KV Hamburg



Dr. Olaf Settgast

hausärztlicher Internist
und Vorsitzender der Wilhelms-
burger Ärzteschaft e.V.

Auf sich allein gestellt

In meiner eigenen Praxis habe ich glücklicherweise bislang keine schwerwiegenden Bedrohungen oder Angriffe durch Patientinnen und Patienten erlebt. **Mir wurden jedoch von Kolleginnen und Kollegen Situationen geschildert, in denen diese beschimpft und bedroht wurden oder einem massiven Stalking, zum Beispiel durch „Telefonterror“ oder Verunglimpfungen im Internet, ausgesetzt waren.** Ob es sich hierbei um Einzelfälle handelt oder ob ähnliche Ereignisse in psychotherapeutischen Praxen häufiger vorkommen, sollte meines Erachtens von der KV Hamburg in einer Umfrage erhoben werden – mit dem Ziel, Gefährdungspotentiale zu erkennen und gegebenenfalls praktische Möglichkeiten des Schutzes zu entwickeln. Wir sind zwar als Profession im Umgang mit emotional aufgeladenen Situationen, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses auftreten, fachlich geschult. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wären aber im Falle eines ernsthaften tätlichen Angriffs auf sich allein gestellt, da sie in Einzelpraxen arbeiten. ■

Verbale Entgleisungen

Ich bin gemeinsam mit zwei Kollegen als hausärztlicher Grundversorger in Wilhelmsburg tätig. **Die Patienten sind überwiegend dankbar für die menschliche und ärztliche Zuwendung. Nur gelegentlich gibt es Ärger, meist wegen Wartezeit. In der Regel lässt sich die Situation gut beherrschen.** Zu Gewalttätigkeiten ist es nie gekommen. Ich fühle mich in diesem Stadtteil wohl und komme morgens gern in die Praxis. Als Vorsitzender des Vereins Wilhelmsburger Ärzteschaft e.V. habe ich auch unsere Vereinsmitglieder befragt: In der benachbarten diabetologischen Praxis ist es ähnlich wie bei uns. Eine Psychotherapeutin sprach ebenfalls von Gewaltfreiheit. Ein Chirurg berichtete von einer zunehmenden Anzahl schwieriger Drogenpatienten. Sie verstehen beziehungsweise akzeptieren nicht, wenn ihnen Leistungen verweigert werden, auf die kein Anspruch besteht. Diese Diskussionen enden zum Teil in verbalen Entgleisungen und Bedrohungen und haben in Einzelfällen sogar polizeiliche Notrufe nötig gemacht. ■

VON STEFAN BOEHM

Gewalt als Berufsrisiko

Was Übergriffe angeht, gehören Ärzte und Praxismitarbeiter zu den gefährdeten Berufsgruppen. Ein Konfliktrainer erklärt, wie man mit brenzligen Situationen umgeht.



Dass am Tresen ein Patient steht, der laut und unangenehm wird, werden die meisten Praxismitarbeiterinnen schon mal erlebt haben. Doch wie reagiert man, wenn die Situation außer Kontrolle gerät? Wenn der Patient beleidigend wird, mit der Faust auf den Tresen schlägt? Wenn eine gewaltsame Eskalation zu befürchten ist?

Es gibt bei der Gewaltprävention eine wichtige Faustregel: Trauen Sie Ihrem Bauchgefühl! Man liegt intuitiv meist richtig bei der Frage, ob eine Situation bedrohlich werden kann. Dem sollte man die Sorge unterordnen, dass die ganze Angelegenheit peinlich werden könnte, weil man plötzlich ins Zentrum der Auf-

merksamkeit gerät oder die Gefährdungslage falsch eingeschätzt und grundlos Skandal gemacht hat. Ja, es wird möglicherweise peinlich – doch das ist weitaus besser, als Opfer von Gewalt zu werden.

Beginnen wir bei verbalen Attacken. Um eine Situation zu entschärfen, genügt es oftmals bereits, ein wenig Empathie zu zeigen und die eigene Situation transparent zu machen: „Ich kann verstehen, dass Sie ungeduldig sind. Aber Sie sehen ja: Die Praxis ist voll. Wir tun wirklich, was wir können. Es hilft nichts: Sie müssen sich auf eine längere Wartezeit einstellen!“

Beleidigen lassen muss man sich nicht. Doch es gibt ganz unterschied-

liche Arten, auf eine Beleidigung zu reagieren. Wer sofort nach vorne geht und zurückblafft: „Wie? Was haben Sie da gerade gesagt? Sagen Sie das nochmal!“, wird die Situation vermutlich eher eskalieren als entschärfen. Eine Reaktion, die auf nicht-eskalierende Weise eine Grenze aufzeigt, wäre beispielsweise aufzustehen und ruhig aber bestimmt und mit erhobener Stimme zu sagen: „Sie haben gerade blöde Schlampe zu mir gesagt. Warum tun Sie das?“ Damit stellt man ein gewisses Maß an Öffentlichkeit her und konfrontiert den Aggressor mit seiner Entgleisung. Es ist wichtig, wortwörtlich zu wiederholen, was der Patient gesagt hat. Dann gilt es abzuwarten, ob ihm



nun bereits klar wird, dass er zu weit gegangen ist – oder ob die Situation weiter eskaliert. Erfahrungen aus Trainings und Reflektionen von Mitarbeitern, die einen solchen aggressiven Kundenkontakt hatten, haben gezeigt, dass genau solche Interventionen im hohen Maße erfolgreich sind.

Wenn der Aggressor eine Praxismitarbeiterin körperlich bedroht, wenn er sie anspuckt – dann gibt es eher keine Gesprächsgrundlage mehr; die Grenze ist überschritten. Spätestens jetzt muss die Praxismitarbeiterin aufstehen. Sie muss unmittelbar versuchen, die Situation aufzulösen, und dafür gibt es zwei Möglichkeiten: entweder Öffentlichkeit herstel-



Die Hände zur „Stopp-Haltung“ erhoben: Konflikttrainer zeigen in einem Seminar, wie man Grenzen setzt, wenn ein Patient zu nahe kommt.

len (Kollegen um Hilfe bitten und notfalls laut werden: „Der Mann bedroht/beleidigt mich!“) – oder sich aus der Situation entfernen.

Die Praxismitarbeiter brauchen Handlungssicherheit darüber, wie sie reagieren können. Deshalb sollte sich der Praxischef mit dem Team zusammensetzen und in groben Zügen ein Vorgehen festlegen. Dass bei Tätlichkeiten sofort die Polizei verständigt werden muss, ist selbstverständlich.

Doch auch unterhalb dieser Ebene gibt es ja ein weites Spektrum aggressiven Verhaltens. Eine Hausarztpraxis wird möglicherweise andere Standards für gerade noch tolerierbares Auftreten von Patienten festlegen als eine psychiatrische Praxis.

Für die Mitarbeiter ist wichtig zu wissen, wie ihr Chef denkt – nur dann können sie auch in seinem Sinne handeln. Möchte der Chef stets hinzugerufen werden, wenn es Ärger

gibt? Es könnte beispielsweise festgelegt werden, dass die Mitarbeiterin in brenzligen Situationen sofort ihren Platz hinter dem Tresen räumt und den Chef holt. Der Aggressor bleibt für eine Weile alleine zurück und hat Zeit, ein wenig abzukühlen. Manchmal hilft es, wenn ein Gespräch dann durch eine andere Person neu aufgebaut wird. Handelt es sich dabei um den Arzt, kommt noch ein verändertes Hierarchieverhältnis hinzu. Das

Ins Wahnsystem mit einbezogen

Psychiater werden von allen Ärzten am häufigsten attackiert

Als Nervenärzte, Neurologen und Psychiater haben wir es fachbedingt häufig mit seelisch veränderten, oft verletzten, überempfindlichen und reizbaren Menschen zu tun. Die Hälfte aller tätlichen Übergriffe gegen Ärzte sollen gegen Psychiater ausgeführt worden sein (Klaus Püschel: „Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko“, *Deutsches Ärzteblatt* 2001/4).

Ein Hamburger Kollege berichtete mir, dass ihm ein psychosekranker Bewohner aus einem von ihm betreuten Wohnheim mit einem Hammer aufgelauert habe, dann aber von zwei Sozialpädagogen und ihm selbst überwältigt werden konnte.

Ich selber wurde zweimal körperlich angegriffen von psychisch kranken Männern, die ich zuvor zwangseingewiesen hatte und die sich dafür an mir rächen wollten. Einmal geschah dies abends in einer Wohnstraße. Mir ist dabei zum Glück nichts passiert.

Insgesamt kommt es nach einer spontanen Umfrage unter Hamburger Kolleginnen und Kollegen aber nicht übermäßig häufig zu tätlichen Angriffen. Meist bleibt es bei verbalen Ausfällen mit Drohungen und Beschimpfungen in der Praxis. Sicher – es gab und wird vermutlich immer mal wieder extreme Einzelfälle von gezielter Gewalt gegen Psychiater geben.

1974 wurde zum Beispiel Prof. Dr. Friedrich Erbsloh in Gießen von der wütenden Mutter eines Patienten vor der Klinik erschossen. Die Psychiaterin eines Gesundheitsamts in Mecklenburg wurde bei einer Messerattacke im Dienst ernsthaft verletzt (Püschel, s.o.).

Solche massiven Übergriffe können sich ereignen, wenn ein Arzt oder eine Helferin vom Patienten – oder seinen Angehörigen – in ein Wahnsystem einbezogen werden. Die Täter leiden meist unter einer Psychose, einer Persönlichkeitsstörung oder einer hirnorganischen Erkrankung, oft in Verbindung mit Alkohol- oder Drogensucht, und sind nicht in der Lage, ihre Emotionen situationsgemäß im Zaum zu halten. Auf solche Situationen versuchen wir unsere Angestellten in fall- und situationsbezogenen Fortbildungen im Rahmen von Praxisbesprechungen vorzubereiten.

Ein Hamburger Kollege hat seinen Helferinnen nach wiederholten aggressiven Ausbrüchen eines manischen Patienten in der Praxis einen Selbstverteidigungskurs ermöglicht. Wichtig ist es nach derartigen Ereignissen von verbaler oder sogar tätlicher Aggression vor allem, diese in einer Nachbesprechung einfühlsam mit dem betroffenen Personal zu thematisieren. Dadurch wird verhindert, dass der Umgang mit schwierigen Patienten

kann zur Entschärfung der Situation beitragen.

Wenn ein Patient eine Pistole oder eine andere gefährliche Waffe bei sich hat, sollte man in jedem Fall die Polizei rufen – egal, ob er sich aggressiv verhält oder nicht. Allerdings sollte man den Anruf so tätigen, dass der Bewaffnete es nicht bemerkt.

Von einer Bewaffnung zum Selbstschutz ist dringend abzuraten – das gilt für den öffentlichen Raum

ebenso wie für die Arztpraxis. Ein Pfefferspray unter dem Tresen oder ein Elektroschocker in der Schublade erhöht das Risiko, selbst Opfer zu werden.

Denkbar wäre die Anschaffung eines Taschenalarms. Das ist ein kleines, batteriebetriebenes Gerät, das einen schrillen Ton abgibt. Die Anwendung wäre in einer Arztpraxis sicherlich eine Ultima Ratio: wenn die Polizei (noch) nicht da ist und eine

gefährliche Situation sehr schnell aufgelöst werden muss. Der Angreifer kann die Folgen der Aufmerksamkeit, die durch den Alarm auf ihn gerichtet wird, nicht einschätzen und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit abbrechen.

Ein solcher Alarm ist sehr laut, und das kann natürlich Auswirkungen auf andere Patienten haben. Deshalb muss im Team darüber entschieden werden, ob die Anwendung

überwältigende Ängste hervorruft, die ein situationsgerechtes Verhalten der Mitarbeiter blockieren.

In Risikosituationen ist es nicht nur wichtig, äußere Ruhe zu bewahren und sich nicht etwa von einem gereizten Patienten provozieren zu lassen. Hilfreich kann es zudem sein, dem wütenden Patienten eine persönliche Rückmeldung zu geben, indem man ihm zum Beispiel mitteilt, dass sein Verhalten unangemessen ist oder sogar Angst macht. Ein solches spontanes Feedback kann durchaus zur Deeskalation beitragen. Voraussetzung dafür ist, dass das Feedback ruhig und authentisch erfolgt, ohne aggressiven Gegenimpuls.

Natürlich sollte zudem geprüft werden, ob nicht ein berechtigter Ärger des Patienten vorliegt, zum Beispiel weil ein zugesagtes Attest noch nicht erstellt wurde oder die eingeleitete Behandlung noch nicht angeschlagen oder zu ernststen Nebenwirkungen geführt hat. Wenn ein berechtigter Beschwerdeanlass vom Arzt oder vom Personal bestätigt wird, kann schon dadurch ein wichtiger erster Schritt zur Deeskalation gemacht werden, ganz unabhängig von der bestehenden Psychopathologie des Patienten.

Es versteht sich von selbst, dass im Fall von Tötlichkeiten unverzüglich polizeiliche Hilfe über 110 angefordert wird und die persönliche Sicherheit der Assistentinnen wie auch der Ärzte und eventuell wartender Mitpatienten zu schützen ist. Die Polizei kann zu jeder Zeit einen aggressiv entsteuerten Menschen nach dem

Hamburger Gesetz über Zwangsmaßnahmen bei psychisch Kranken (HmbPschKG) vom psychiatrischen Notdienst untersuchen lassen. Der Psychiater entscheidet nach der Untersuchung, die zum Beispiel in der Polizeiwache durchgeführt wird, über die Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung in einer Fachklinik und beantragt im Fall einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung beim Amtsgericht die sofortige Unterbringung des Patienten. Auch niedergelassene Psychiater sind hierzu berechtigt.

Falls die Risikosituation in der Praxis oder – was wesentlich häufiger vorkommt – in einem betreuten Heim aufgetreten ist, sollte eine umfassende Aufarbeitung mit und in dem Team durchgeführt werden. In besonders schweren Fällen kann dafür auch ein externer Team-Supervisor herangezogen werden.

Die psychiatrische Fachgesellschaft DGPPN hat 2010 zum Thema aggressives Verhalten und Zwangsbehandlung eine Praxisleitlinie herausgegeben, die den Mitgliedern auf der Homepage zur Verfügung steht.

DR. GUNTRAM HINZ



Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Poppenbüttel und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte

eines Taschenalarms in der Praxis überhaupt in Frage kommt.

Wenn man bemerkt, dass ein Teammitglied in Schwierigkeiten ist, sollte man beherzt eingreifen. Das Opfer ist möglicherweise in einer Art Schockstarre und findet selbst keinen Ausweg aus einer Notsituation. Hier gelten dieselben Regeln wie beispielsweise in der U-Bahn: Sprechen Sie nicht den Angreifer an, sondern die bedrohte Person. Sagen Sie aus einiger Entfernung mit ruhiger, lauter Stimme: „Frau Soundso, kommen Sie bitte mal zu mir herüber!“ Das wichtigste ist es, das Opfer schnell aus der Situation herauszuholen. Der Aggressor kann auf diese Weise zunächst sein Gesicht wahren. Wenn man ihn in einer aufgeheizten Situation konfrontativ angeht und ihn anschreit: „Mensch, lassen Sie meine Kollegin in Ruhe! Was bilden Sie sich ein?“, wird das die Situation möglicherweise verschärfen.

Sofern keine Gefahr für andere Patienten besteht, kann man den Aggressor einen Moment lang alleine am Tresen stehen lassen und sich möglicherweise mit anderen Teammitgliedern besprechen: Gibt es eine Chance, das Gespräch nach einer Pause neu aufzubauen – möglicherweise durch ein anderes Teammitglied oder durch den Praxischef? Ist es angebracht, den Patienten jetzt freundlich aber bestimmt der Praxis zu verweisen? Oder sollte man die Polizei rufen?

Während man sich am Tresen in einem halb-öffentlichen Raum befindet, in dem sich zeitweise mehrere

Praxismitarbeiter aufhalten und der möglicherweise sogar vom Wartezimmer aus einsehbar ist, gibt es in einer Praxis auch Räume, in denen ein Praxismitarbeiter mit einem Patienten völlig alleine ist. Bei solchen Eins-zu-eins-Situationen kann es sich um die vom Arzt durchgeführ-

Sprechen Sie nicht den Angreifer an, sondern die bedrohte Person: "Kommen Sie zu mir herüber!"

te Konsultation im Sprechzimmer handeln oder um den von einer Praxismitarbeiterin vorgenommenen Verbandswechsel in einem Nebenraum.

Bei der Vermeidung einer Eskalation spielt eine wichtige Rolle, welche Signale man aussendet. Man sollte sich grundsätzlich interessiert daran zeigen, ob der Aggressor ein im Kern berechtigtes Anliegen hat. Ob möglicherweise in der Praxis etwas schiefgelaufen ist. Ob der Grund für die Aggression eine Verzweiflung ist, die mit dem Konfliktthema gar nichts zu tun hat.

Jede Art von Gegen-Aggression, Gereiztheit und Provokation, die zu einem Gesichtsverlust des Patienten führen kann, ist ungeeignet. Andererseits muss der eigene Selbstbehauptungswillen zu spüren sein: Sich selbst klein zu machen, ist die falsche Strategie. Kommt der Patient zu nah heran, hebt man die Hände zur „Stopp-Haltung“, um zunächst mal eine deutliche Grenze zu setzen und Distanz zu schaffen.

Gerät die Situation außer Kontrolle, sollte man umstandslos den Raum verlassen. Das widerspricht unserem Territorialverhalten – darüber muss man sich im Klaren sein. Wir sträuben uns dagegen, uns einfach vertreiben zu lassen. Immerhin besteht die Möglichkeit, dass der Aggressor aus unserem Zimmer Kleinholz macht. Doch das ist immer noch besser, als sich in eine körperliche Auseinandersetzung verwickeln zu lassen – und möglicherweise im Krankenhaus zu landen. Vorrangiges Ziel muss sein, Distanz zum Aggressor zu bekommen und sich selbst in Sicherheit zu bringen.

Psychotherapeuten sind oftmals mit einem Patienten alleine in der Praxis. Da ist es ratsam, kritische Situationen beizeiten in Gedanken durchzuspielen: Wohin könnte man flüchten, wo gibt es einen abschließbaren Raum? Im Notfall sollte man sich nicht scheuen, so lange das Feld zu räumen, bis die Polizei eintrifft.

In Praxen anderer Fachrichtungen gibt es in der Regel mehrere Teammitglieder. Hört ein Praxismitarbeiter, dass es in einem Zimmer laut wird, sollte er nachsehen, was los ist. Er könnte vorgeben, eine Kanüle aus dem Schrank zu benötigen. Wenn er die Situation als kritisch einschätzt, sollte er dem Arzt oder der Kollegin einen Ausweg aus der Situation eröffnen und ihn herausbitten: „Bitte kommen Sie mal in Behandlungsraum zwei!“

Eine spezielle Situation ist der fahrende Notfalldienst. Auch Polizisten und Feuerwehrleute müssen

in fremde Wohnungen gehen, das ist alltägliche Praxis. Anti-Gewalt-Trainer wissen aus Seminaren mit Angehörigen dieser Berufsgruppen, dass es eine besondere psychische Belastung ist, wenn man kommt um zu helfen – und dann verbal oder körperlich attackiert wird.

Betritt man eine Wohnung, lässt man den Patienten vorangehen und achtet darauf, dass der Fluchtweg offen bleibt und die Türe nicht hinter einem verschlossen wird. In Hamburg können sich die Notfalldienst-Ärzte von einem Rettungsassistenten beim Patientenbesuch begleiten lassen. Das ist für die subjektive und objektive Sicherheit ein unschätzbare Vorteil.

Wie lange man sich verbale Attacken anhört, hängt auch davon ab, wie nötig der Patient medizinische Hilfe braucht. Droht eine gewalttätige Eskalation, sollten der Arzt und seine Begleitung umstandslos die Wohnung verlassen.

Doch was passiert, wenn man die Behandlung einfach abbricht und der Patient später schwer krank, verletzt oder tot aufgefunden wird?

Braucht der Patient schnelle medizinische Hilfe oder besteht in dieser Frage Unsicherheit, sollte man die Polizei hinzuholen, denn nur sie hat hoheitliche Befugnisse. Weitere Rettungsmittel sind nur gemäß dem erwarteten medizinischen Bedarf anzufordern. Bevor nicht Verstärkung eingetroffen ist, muss man keinen zweiten Versuch machen, in eine Wohnung zu gehen, in der man bedroht wurde. Allerdings sollte man ausführlich dokumentieren, warum und wann man die Behandlung abbrechen musste. Sichern Sie sich ab, um keine rechtlichen Probleme zu bekommen!

Eine letzte Problematik soll hier noch kurz angesprochen werden: das Stalking. Es kommt vor, dass ein Patient immer wieder in der Praxis auftaucht, dass er Zettel an die Tür klebt, den Arzt oder Psychotherapeuten privat anruft oder ihn auf der Straße verfolgt.

Wenn sich diese Belästigungen noch unterhalb der Strafbarkeitsgrenze abspielen, sollte man dem Stalker zumindest einmal klar und deutlich ins Gesicht sagen: „Bitte lassen Sie das! Ich will das nicht!“ Das wird nur selten versucht. Es kostet Überwindung, weil man mit einem Stalker natürlich am liebsten gar nicht erst reden würde. Doch der Effekt einer solch klaren Ansage wird häufig unterschätzt.

Die Polizei kann einen Stalker der Praxis verweisen oder ein Kontaktverbot aussprechen. Eine staatliche Reaktion ("Gefährderansprache") hilft in vielen Fällen, das Problem zu beenden. Wenn es Straftaten wie beispielsweise Sachbeschädigungen gibt, wenn Glasscheiben zu Bruch gegangen sind, Wände beschmiert oder Autos beschädigt wurden, muss dies sofort zur Anzeige gebracht werden, auch wenn ein Nachweis der Täterschaft möglicherweise nicht zu erbringen ist.

Bei einem Angriff auf der Straße sollte man sich nicht scheuen, alle Möglichkeiten zu nutzen, um Öffentlichkeit herzustellen: Schreien, Hilferufen, Passanten ansprechen („Hilfe, ich werde bedroht! Haben Sie das gesehen? Helfen Sie mir!“). Die Verwendung eines Taschen-Alarmgeräts ist im öffentlichen Raum uneingeschränkt zu empfehlen. Der Alarm fügt niemandem körperlichen Schaden zu, ist aber ein äußerst effektives Selbstverteidigungsgerät.

Jede Art von Risikosituation ist für die Betroffenen beängstigend und belastend – und damit umzugehen, ist nicht einfach. Wenn die Mitarbeiter einer Praxis in Gefahr geraten sind, muss das Ereignis später im Team aufgearbeitet werden. Die Betroffenen sollten über ihre Gefühle sprechen – sich aber auch von Kollegen oder gegenseitig spiegeln lassen, wie die eigenen Reaktionen nach außen gewirkt haben, was gut gelaufen ist und was man künftig besser machen könnte. All das natürlich ohne Vorhaltungen an einzelnen Personen, sondern unter der Fragestellung, wie man Erfahrungen für die Sicherheit in der Praxis nutzbar machen kann. Manchmal wissen die Betroffenen hinterher gar nicht, wie erfolgreich sie dabei waren, eine riskante Situation zu entschärfen. ■



STEFAN BOEHM ist Leiter des Schulungszentrums ‚dolife‘ in Berlin, das Seminare zum Umgang mit Aggression im öffentlichen Raum und am Arbeitsplatz durchführt – unter anderem für Mitarbeiter von Krankenhäusern, Sicherheitsdiensten und der Polizei.

Infos zu den Seminaren:
www.dolife.de

VON EVA SCHIFFMANN

Kurze Distanzen

Eine Studie belegt: Die Hamburger Patienten machen von der großen Auswahl gut erreichbarer Praxen Gebrauch. Nur 29 Prozent der Arzt-Patienten-Kontakte finden in der nächstgelegenen Praxis statt.

Vor dem Hintergrund der nunmehr seit Monaten andauernden öffentlichen Diskussion über mögliche regionale Versorgungsmängel in Hamburg hat die KV in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) eine Studie vorgelegt, in der die Wege der Patienten zu ihren Ärzten analysiert werden. Besonderes Augenmerk lag auf der Frage, ob es systematische Ungleichgewichte zwischen den Bezirken und Stadtteilen gibt. Dafür wurde die Luftlinienent-

fernung zwischen dem Wohnort des Patienten und der nächstgelegenen beziehungsweise der in Anspruch genommenen Praxis für jeden Arzt-Patienten-Kontakt des Jahres 2011 ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten in allen Regionen Hamburgs nur sehr geringe Wege zurücklegen müssen, um zum Arzt zu gelangen – und dass es oftmals sogar noch schneller erreichbare Praxen gegeben hätte als jene, die tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Von ei-

nem Mangel an Versorgungsangeboten kann also keine Rede sein.

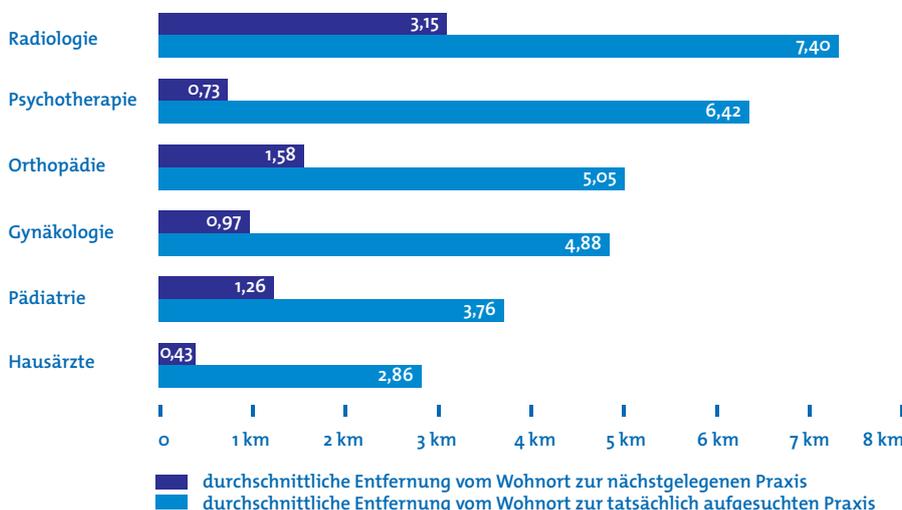
Wie weit ist die nächste Praxis entfernt?

Wenn ein Patient in Hamburg einen Hausarzt aufsuchen möchte, findet er diesen in durchschnittlich 430 Metern Entfernung von seinem Wohnort. Die nächstgelegene Kinderarztpraxis ist rund 1.260 Meter entfernt. (Zum Vergleich: In Rheinland-Pfalz* sind die Entfernungen zu den grundversorgenden Praxen dreibis viermal so groß.) Mit zunehmender Spezialisierung der Arztgruppe nehmen auch die Distanzen zu. Zum nächsten allgemein fachärztlich versorgenden Orthopäden muss der Patient in Hamburg durchschnittlich 1.580 Meter zurücklegen, der hoch spezialisierte Radiologe hat seine Praxis in 3.150 Metern Entfernung (siehe Grafik 1).

Allerdings weichen die Durchschnittswerte je nach Stadtteil voneinander ab. Die Hausärzte sind über ganz Hamburg am gleichmäßigsten in der besiedelten Fläche verteilt. In dieser Fachgruppe gibt es die gerings-

Grafik 1

KURZE WEGE ZUR ARZTPRAXIS (STADTGEBIET HAMBURG)



* Quelle: Versorgungsatlas der KV Rheinland-Pfalz (http://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2012.pdf). Betrachtet wurde in diesem Fall nicht die Luftlinienentfernung, sondern die Fahrdistanz auf Basis des Straßennetzes unter Berücksichtigung von Nutzungseinschränkungen. Alle Entfernungen fallen daher naturgemäß etwas höher aus als die Hamburger Werte.

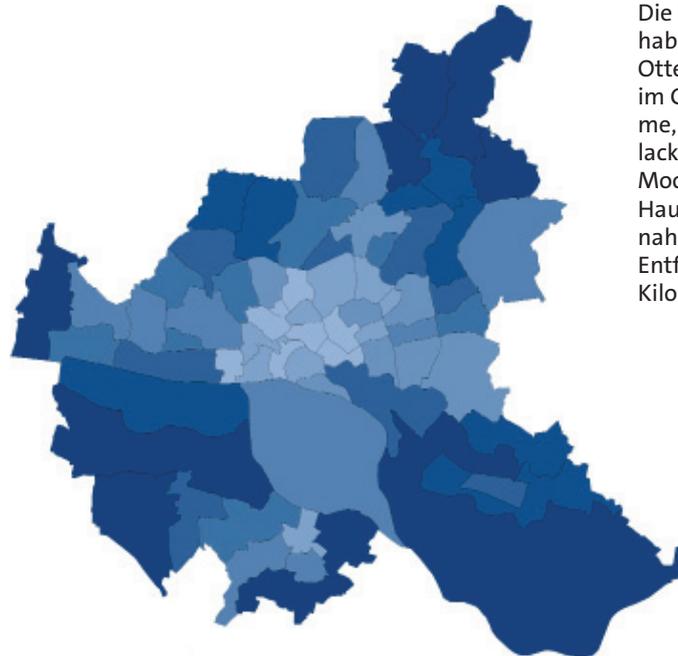
ten Unterschiede zwischen der Region mit der kürzesten Distanz und der Region mit der längsten Distanz zwischen dem Wohnort des Patienten und der nächstgelegenen Praxis: Die kürzesten Wege zum Hausarzt haben Patienten in Ottensen (170 Meter) zurückzulegen, die längsten im Gebiet um Altengamme, Billwerder, Curslack, Kirchwerder und Moorfleet (1.480 Meter). Die Differenz liegt gerade mal bei 1.310 Metern (siehe Grafik 2). Ähnliches gilt für die pädiatrische Versorgungsstruktur: Auch hier ist der Unterschied zwischen der Region mit der kürzesten (Ottensen: 390 Meter) und der mit der größten Distanz zur nächsten Praxis (Rissen: 4.450 Meter) vergleichsweise gering (siehe Grafik 3).

Die Verteilung der Praxen wird damit dem Wunsch der Patienten nach einer wohnortnahen Versorgung in allen Regionen Hamburgs gerecht. Je spezialisierter die Fachgruppe ist, desto größer werden die Unterschiede zwischen den Regionen. Spezialisierte Praxen konzentrieren sich dabei naturgemäß an zentralen Orten in den gut erreichbaren (Sub-)Zentren und bilden die Einkaufs- und Arbeitswege der Patienten ab.

In den zentralen Gebieten Hamburgs sind die Distanzen insgesamt in der Tendenz etwas kürzer als in den ländlicheren Gegenden. Diese Unterschiede gehen zum Teil darauf zurück, dass die ländlicheren Gebiete sich naturgemäß über größere Flächen mit insgesamt größeren Entfernungen erstrecken und eine sehr geringe Bevölkerungsdichte haben. Zudem wird hier die unterschiedliche Funktionalität der Stadtteile deutlich: Ländlichere Gegenden weisen als zum Teil reine Wohnge-

Grafik 2

HAUSÄRZTE
ENTFERNUNG ZWISCHEN WOHNUNG UND NÄCHSTER PRAXIS



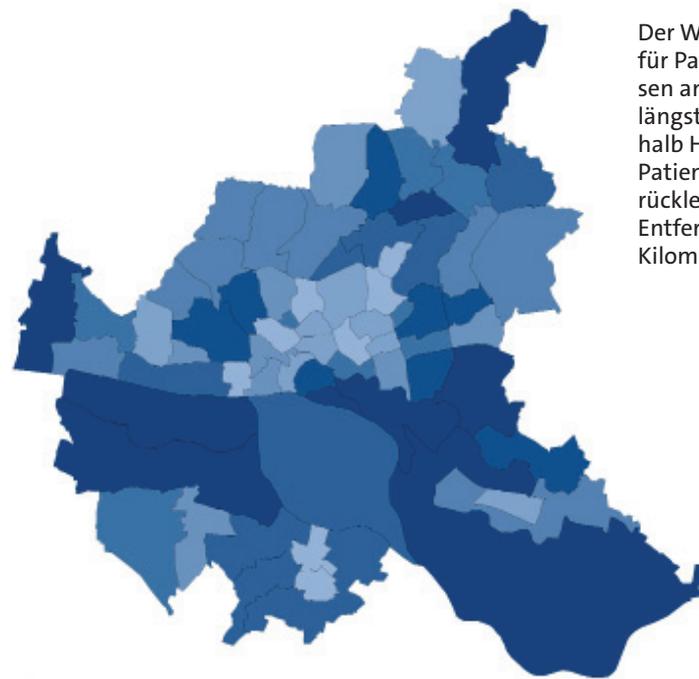
Die kürzesten Wege haben Patienten in Ottensen, die längsten im Gebiet um Altengamme, Billwerder, Curslack, Kirchwerder und Moorfleet. Der nächste Hausarzt ist überall nahebei: Die maximale Entfernung beträgt 1,48 Kilometer.



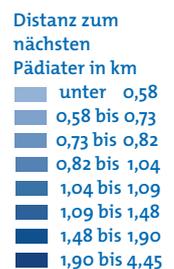
Kartengrundlage:
Lutum + Tappert

Grafik 3

PÄDIATRIE
ENTFERNUNG ZWISCHEN WOHNUNG UND NÄCHSTER PRAXIS



Der Weg zum Pädiater ist für Patienten in Ottensen am kürzesten. Die längsten Wege innerhalb Hamburgs müssen Patienten aus Rissen zurücklegen. Die maximale Entfernung beträgt 4,45 Kilometer.

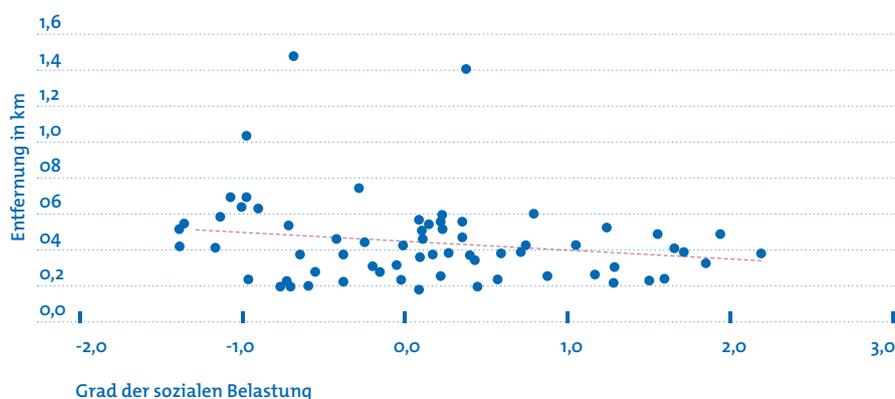


Kartengrundlage:
Lutum + Tappert



Grafik 4

SOZIALE BELASTUNG UND ENTFERNUNG ZUM NÄCHSTEN HAUSARZT



Wie weit die nächste Hausarztpraxis vom Wohnort eines Patienten entfernt ist, hängt nicht von sozialen Faktoren ab. Sozial belastete Regionen sind nicht benachteiligt.

biete („Schlafstädte“) mit einer sehr geringen Tagesbevölkerung oftmals insgesamt eine eingeschränkte Infrastruktur auf.

Allerdings wurden bei der Auswertung ausschließlich Hamburger Praxen berücksichtigt; die Minimaldistanzen zum Erreichen der nächsten außerhalb Hamburgs (zum Beispiel in Schleswig-Holstein) gelegenen Praxis können in den Grenzregionen geringer sein, so dass die Durchschnittswerte dort in der Tendenz zu groß ausfallen.

Welche Rolle spielen soziale Faktoren bei der Frage, wie weit die nächste Hausarztpraxis entfernt ist? Die Korrelationsanalyse (Grafik 4) ergibt keinerlei statistischen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Hamburger Region, in der ein Patient wohnt, und der Entfernung, die er zur nächsten Hausarztpraxis überwinden muss. Das Niederlassungsverhalten der Hausärzte benachteiligt demnach nicht systematisch die sozial schwächeren Gebiete Hamburgs.

Welche Entfernungen legen die Patienten zurück?

Die Wohnortnähe ist allerdings nicht das einzige und in vielen Fällen auch

nicht das entscheidende Kriterium, nach dem sich Patienten ihre Ärzte aussuchen – das macht eine Auswertung der Entfernungen deutlich, die von den Patienten im Jahr 2011 tatsächlich zurückgelegt wurden, um in eine Praxis zu gelangen. Vielmehr nahmen Hamburger Patienten im Schnitt gut drei Kilometer „Mehrwege“ in Kauf, um den Arzt ihrer Wahl zu erreichen, und insgesamt fanden nur 29 Prozent der Arztkontakte mit der nächstgelegenen Praxis der jeweiligen Fachrichtung statt. Die in Hamburg generell sehr große Auswahl an gut erreichbaren Ärzten führt dazu, dass vor allem auch individuelle Präferenzen der Patienten über die Wahl des Arztes (mit-)entscheiden (können).

Im Fachgruppenvergleich wird erneut die wohnortgebundene Inanspruchnahme der Grundversorgung deutlich: Für den Besuch des Hausarztes nahmen die Hamburger im Schnitt eine zusätzliche Wegstrecke von gut zwei Kilometern auf sich. Um zum Radiologen zu kommen, fuhren die Patienten sogar vier Kilometer weiter als nötig (siehe Grafik 1). Wichtige Einflussfaktoren für die Arztwahl sind zudem Informationen aus dem Internet, Empfehlungen von

Verwandten und Bekannten, in besonderen Fällen der Wunsch nach Vertraulichkeit/Anonymität, eigene Erfahrungswerte und die pragmatische Möglichkeit der Kombination des Arztbesuches mit den sonstigen Wegen des Alltages.

Dass die Auslastung der Praxen dabei nicht systematisch dazu führt, dass Patienten in Gebieten mit geringerer Arztdichte auf einen weiter entfernten Arzt „ausweichen“ müssen, zeigt die Analyse ebenfalls: Die Patienten in den dezentraleren Regionen Hamburgs nahmen 2011 eher den nächsten Hausarzt in Anspruch als die Patienten mit Wohnort in Zentrumsnähe. Das liegt sicherlich teilweise an der größeren beziehungsweise kleineren Auswahl an jeweils ortsansässigen Praxen. Die bekanntermaßen stärkere Ortsgebundenheit der Patientenkiel aus den ländlicheren Gebieten spielt hier jedoch ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Entscheidend ist dabei jedoch, dass in den entlegeneren Gebieten die vorhandenen hausärztlichen Kapazitäten in der Tendenz gut ausreichen, und die Patienten nicht systematisch dazu gezwungen sind, nach einer Alternative zu suchen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Niederlassungsverhalten an den Bedarfen der Patienten, ihren alltäglichen Wegen und dem Anspruch einer besonders wohnortnahen Basisversorgung orientieren. Verglichen mit den Wegen, die Patienten in anderen KV-Regionen zurücklegen müssen, gibt es in allen Regionen Hamburgs eine sehr große Auswahl an überaus gut erreichbaren Praxen. ■

EVA SCHIFFMANN

KV Hamburg /
Stabsstelle Vorstand

Mentoren gesucht

Im Rahmen der KBV-Nachwuchskampagne können sich Studenten und junge Mediziner per E-Mail an erfahrene Vertragsärzte wenden

Die KBV sucht Vertragsärzte aller Fachrichtungen, die sich als Mentoren zur Verfügung stellen und per E-Mail Fragen von Medizinstudenten und jungen Ärzten beantworten. Hintergrund ist die KBV-Nachwuchskampagne, deren Kernelement eine eigens eingerichtete Website ist: www.lass-dich-nieder.de

Unter dem Menüpunkt „Expertenteam“ können sich Nachwuchsmediziner direkt an Vertragsärzte wenden. Diese greifen bei der Beantwortung der Fragen vor allem auf eigene Erfahrungen zurück, erhalten aber auch einen Leitfaden mit Tipps und können sich bei Rückfragen an die KBV wenden. Die Fragen der Nachwuchsmediziner sollen innerhalb von fünf Tagen beantwortet werden. Die Antworten erfolgen individuell und nicht-öffentlich. Immer wiederkehrende Themen sollen allerdings im FAQ-Bereich der Website aufgegriffen werden.

Die Experten sollen mindestens zwei der im Folgenden genannten Themen als ihre Kompetenzfelder auswählen:

Erfahrung mit Niederlassung

Hier können Niederlassungswillige Fragen stellen zu allen Aspekten des ärztlichen Alltags: von der Arbeit im Team bis zur Verantwortung als Arbeitgeber, vom Umgang mit Patien-

ten mit besonderen Bedürfnissen bis hin zum Praxismarketing. Auch Fragen zu den Niederlassungsformen gehören hierhin.

Wirtschaftliche Aspekte

Unter diesen Punkt fallen Fragen zur Praxisfinanzierung, zum EBM, zur Abrechnung, zum Verdienst und zum „Angstthema“ Regress.

Beruf und Freizeit

Hierzu zählen Fragen und Sorgen, die sich auf die Work-Life-Balance beziehen, etwa zum Thema Urlaub, Elternzeit oder Krankheitsvertretung.

Gesundheitssystem

Alle Fragen zum Zusammenspiel der Akteure unseres Gesundheitssystems werden hier beantwortet.

Studium und Weiterbildung

Dieser Punkt umfasst Tipps zur Famulatur, zum PJ und zu Phasen der Facharztausbildung. Auch Fragen zum Erwerb der Facharzttitle oder zu den späteren Spezialisierungen sind diesem Stichwort zuzuordnen.

Die Experten werden mit einem Kurz Steckbrief mit Foto, Informationen zum Lebenslauf und ihrem Kompetenzbereich auf der Website www.lass-dich-nieder.de vorgestellt. Kon-



Website der KBV-Nachwuchskampagne: www.lass-dich-nieder.de

taktdaten der Experten werden nicht veröffentlicht.

Die Vertragsärzte sollen diese Mentoren-Aufgabe nur für einen begrenzten Zeitraum übernehmen – beispielsweise ein Quartal. Danach werden sie von anderen Kollegen abgelöst.

Haben Sie Lust, mitzumachen? ■

Ansprechpartner:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit,
Tel: 22802-534

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

MEHRLINGSGEBURTEN

Wie viele Wochen beträgt die Mutterschutzfrist bei einer Zwillingschwangerschaft?

Die Schutzfrist beginnt sechs Wochen vor der Entbindung und endet bei Früh- oder Mehrlingsgeburten zwölf Wochen nach der Entbindung (Mutterschutzgesetz §6).



ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Bin ich verpflichtet, bei der Ausstellung einer Folgebescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit im Feld „arbeitsunfähig seit“ das Datum der Erstverordnung anzugeben?

Nein. Wenn es sich um eine AU-Folgebescheinigung handelt, kann die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ unterbleiben.

MUSTER 21

Ist bei der Ausstellung des Musters 21 - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes – zwingend die Angabe der Krankenkasse des Kindes nötig?

Nein. Im Personalienfeld sind lediglich der Name, der Vorname, das Geburtsdatum sowie die Adressdaten des Kindes anzugeben. Die Angabe der zuständigen Krankenkasse ist entbehrlich.

EINWEISUNG

Stellen wir für einen teilstationären Krankenhausaufenthalt in einer Tagesklinik eine Einweisung oder eine Überweisung aus?

Es handelt sich hierbei um eine zeitlich beschränkte Inanspruchnahme des Krankenhauses im Sinne der im § 39 SGB V genannten teilstationären Behandlung. In diesem Fall wird einmalig vor Beginn der Behandlung eine Einweisung ausgestellt.



Bereits
veröffentlichte
**FRAGEN UND
ANTWORTEN** können
Sie auf unserer Homepage
nachlesen – nach Stich-
worten geordnet in einem
Glossar.

www.kvhh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten

EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

Kann ich einer 18-jährigen Patientin die Antibabypille zu Lasten der GKV verordnen?

Ja, verordnungspflichtige Mittel zur Empfängnisverhütung (hormonelle Antikonzeptiva und Interzeptiva, postkoitale Antikonzeptiva, „Pille danach“, Intrauterinpeessare) können bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr zu Lasten der GKV verordnet werden. Ab dem 18. Geburtstag muss allerdings gegebenenfalls eine Zuzahlung geleistet werden.

WIEDERHOLUNGSREZEPTE

Können wir für die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes die GOP 01820 abrechnen?

Die GOP 01820 kann abgerechnet werden, wenn die Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder die Übermittlung von Befunden im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch steht.

Für das Ausstellen aller anderen Wiederholungsrezepte, Überweisungsscheine oder für das Übermitteln von Befunden, durch das Praxispersonal im Auftrag des Arztes, wird die GOP 01430 (Verwaltungskomplex) abgerechnet.

PSYCHIATRISCHE KRANKENPFLEGE

Dürfen wir als Allgemeinmediziner eine Verordnung zur psychiatrischen Krankenpflege ausstellen?

Ja, die Verordnung durch Hausärzte erfordert laut Richtlinie allerdings eine vorherige Diagnosesicherung von einem Arzt mit dem Fachgebiet Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie oder Psychotherapeutische Medizin oder von einem Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

AUSLANDSABKOMMEN

Wie lange müssen wir die Durchschläge der Muster 80 und 81 aufbewahren?

Der Arzt ist verpflichtet, die Durchschläge der Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) und Muster 81 (Erklärung) zwei Jahre lang aufzubewahren.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Vertrauliche Geburt

Hilfen für Frauen, die ihre Schwangerschaft geheim halten wollen

Informationen über das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt

Schwanger? Und keiner darf es erfahren?

WIR HELFEN.
Anonym und sicher.
☎ 0800 40 40 020*
www.geburt-vertraulich.de

Schwanger? Und keiner darf es erfahren?

WIR HELFEN.
Anonym und sicher.
☎ 0800 40 40 020
www.geburt-vertraulich.de

Informationsmaterial für Ärzte zur Auslage in der Praxis unter: www.bmfsfj.de/publikationen

Bestellung per E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Schwangere in Not erhalten durch ein neues Gesetz die Möglichkeit, ihr Kind sicher und auf Wunsch vertraulich in einer Klinik oder bei einer Hebamme auf die Welt zu bringen. Außerdem sollen die Frauen während und nach der Schwangerschaft besser beraten, betreut und begleitet werden.

Für eine qualifizierte Erstberatung können sich Schwangere rund um die Uhr an die Telefonnummer 0800 -40 400 20 wenden. Die Beratung ist anonym, barrierefrei und wird mehrsprachig angeboten.

Vorgesehen ist ein zweistufiges Verfahren: Zunächst bieten die Schwangerschaftsberatungsstellen umfassende Hilfe und Beratung an. Wenn feststeht, dass die Frau trotz guter Hilfsangebote ihre Schwangerschaft geheim halten möchte, wird sie auf einer zweiten Stufe zur vertraulichen Geburt beraten.

Die vertrauliche Geburt ermöglicht eine geschützte und medizinisch betreute Entbindung. Die Kosten für die Geburt sowie für die Vor- und Nachsorge werden vom Bund übernommen. Die Beraterinnen begleiten die Frauen auch nach der Geburt weiter, um Ihnen bei der Lösung des Konflikts zur Seite zu stehen. Die Frauen können das Kind behalten oder es abgeben.

Mit der neuen gesetzlichen Regelung soll auch verhindert werden, dass verzweifelte Schwangere ihr Kind heimlich gebären und möglicherweise sogar aussetzen oder töten. ■

Beratung (mit Adressen der Hamburger Beratungsstellen) unter: www.geburt-vertraulich.de



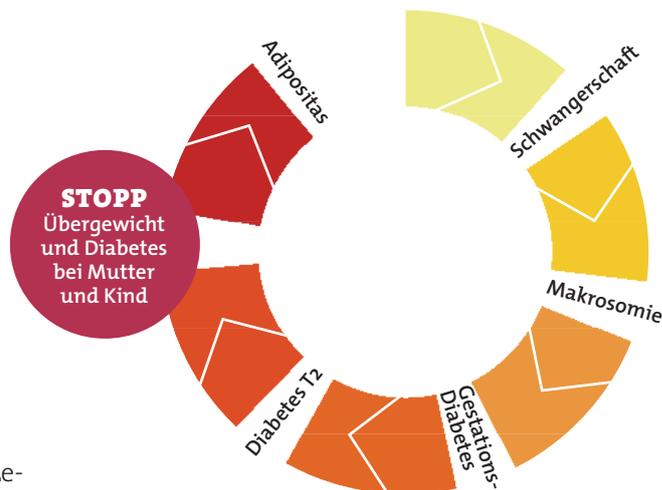
Primärprävention von Adipositas und Diabetes

Hamburger Projekt unterstützt Schwangere und junge Familien bei gesunder Lebensführung

Das von Hamburger Kinderärzten, Frauenärzten und Diabetologen ins Leben gerufene STOPP-Projekt richtet sich an Frauen, die zu Beginn ihrer Schwangerschaft übergewichtig sind oder in der Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes entwickeln. Durch diese Gesundheitsrisiken kann in der fetalen und früh postpartalen Lebensphase auch eine Prägung des Kindes für Adipositas und Diabetes erfolgen.

Zur Prävention soll deshalb während der Schwangerschaft und in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes eine erweiterte Gesundheitsberatung der jungen Familie (Bewegung und Ernährung) stattfinden. Es ist ein Pilotprojekt, das bei Nachweis der Funktionsfähigkeit als Frühe Hilfe dauerhaft in Hamburg etabliert werden soll.

Die Schwangere wird beim Gynäkologen auf das Projekt aufmerksam gemacht. Ist sie mit der Teilnahme einverstanden, schickt der Arzt einen Teilnahmemeldebogen an die Projektkoordinatorin. Zeitlich angelehnt an die Regelvorsorgetermine koordiniert diese die verschiedenen Angebote des Projekts. Beteiligte des STOPP-Netzwerks sind Frauenärzte, Hebammen, Geburtskliniken, Kinderärzte, Diabetologen und Diätassistenten. Durch eine von der Projektkoordinatorin ausgegebene Präventionskarte wissen die Beteiligten voneinander und von den Gesundheitsaktivitäten von Mutter,



Vater und Kind. Dies ermöglicht eine Optimierung der Versorgung.

Das Hamburger STOPP-Projekt erfolgt nicht anstatt, sondern ergänzend zur Behandlung durch den Gynäkologen und Pädiater. ■

Weitere Informationen: www.hhgd.de/stopp

Sprecher der STOPP-Gruppe: **Dr. Rudolf Lepler**, Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Kontakt über die Projektkoordinatorin des STOPP-Projektes: **Angela Falkenberg**, BA, Bildungswissenschaftlerin, Diätassistentin VFED
Tel: 688 914 76
E-Mail: stopp.gruppe@online.de

Kein DMP für Hamburger Asylbewerber

Die AOK Bremen/Bremerhaven weist darauf hin, dass Asylbewerber mit Wohnsitz in Hamburg keinen Anspruch auf Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) haben. Seit Juli 2012 betreut die Krankenkasse im

Auftrag der Stadt die Hamburger Asylbewerber und stattet sie mit normalen Krankenversicherungskarten aus. Ob ein Patient Asylbewerber ist, kann man am Status 4 auf der Krankenversicherungskarte erkennen.

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

Elektronische Sammelerklärung: Was ändert sich?

Mit der Abgabe der Abrechnung des 1. Quartals 2014 waren die KV-Mitglieder erstmals verpflichtet, die Sammelerklärung nicht nur in Papierform, sondern auch elektronisch bei der KV einzureichen. Wir haben von den Ärzten und Psychotherapeuten viele Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Verfahren erhalten – und vieles davon umgesetzt. Was sich geändert hat, möchten wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Gebrauchsanleitung im Online-Portal und im Internet

Wir stellen Ihnen eine Anleitung zur Verfügung, die Schritt für Schritt zeigt, wie die Sammelerklärung im Online-Portal zu erstellen ist. Die Anleitung finden Sie direkt im Online-Portal und außerdem auf der Homepage. www.kvhh.de

Verpflichtung zur Übermittlung der Sammelerklärung

Im letzten Abgabezeitraum konnte die Abrechnungsdatei erst übermittelt werden, wenn die Sammelerklärung elektronisch an die KV Hamburg gesendet worden war. Diese Kopplung wurde wegen technischer Probleme nach einigen Tagen deaktiviert. Während des aktuellen Abgabezeitraumes wird die Kopplung wieder hergestellt, damit nicht vergessen wird, die Sammelerklärung zu erstellen. Die Abrechnung ist ohne die Sammelerklärung nicht gültig.

Fallzahlen

Mit der Sammelerklärung melden Sie gemäß des KBV-Prüfmoduls Ihre ambulanten/belegärztlichen Fallzahlen und Ihre Notfälle. Da in der vorherigen Version der Sammelerklärung auch die Bezeichnung „Behandlungsscheine“ aufgeführt war, bestand Unsicherheit, ob nun die Fallzahlen oder die Behandlungsscheine

eingetragen werden sollen. Da jedoch tatsächlich die Fallzahlen gemeldet werden müssen, wurde die Bezeichnung „Behandlungsscheine“ herausgenommen.

Arzneimittel-Datenbank

Die Nutzung einer Arzneimitteldatenbank ist nicht verpflichtend. Außerdem gibt es KV-Mitglieder, die keine Arzneimittel verordnen. Aus diesem Grund ist das Feld zur Angabe der Arzneimitteldatenbank nun in der elektronischen Sammelerklärung kein Pflichtfeld mehr. Die Angabe ist allerdings zwingend erforderlich, wenn Sie für die Verordnung von Arzneimitteln eine zertifizierte Datenbank verwenden. Die Nutzung einer Datenbank, die nicht zertifiziert ist, ist nicht zulässig. Bitte wenden Sie sich an Ihre Softwarefirma, wenn Sie nicht sicher sind, welche Arzneimitteldatenbank Sie benutzen.

Druck- und Sendebereich

Die Seite „Formular Druckansicht“ im Online-Portal, von der aus die Sammelerklärung als PDF ausgedruckt und dann online übermittelt werden muss, ist neu gestaltet worden. Man findet dort nun eine deutliche Abgrenzung zwischen dem Druckbereich und dem Sendebereich. Zusätzlich wurde der Hinweis aufgenommen, dass die Sammelerklärung sowohl in Papierform als auch elektronisch bei der KV Hamburg eingereicht werden muss.

Faxnummer

In die Sammelerklärung haben wir zusätzlich zur Adresse der KV Hamburg noch die Faxnummer aufgenommen, an die das Dokument gefaxt werden kann.

Meldung zur Übermittlung

Sobald Ihre Sammelerklärung elektronisch übermittelt wurde, erhalten Sie im Online-Portal



tal eine Bestätigung. Diese Funktion wurde kurz nach Beginn des vergangenen Abgabezeitraums eingerichtet.

Was bleibt?

Es gab auch viele Fragen und Anmerkungen zum Prozedere, die nicht zu Änderungen oder Anpassungen geführt haben. Auch diese Fälle wollen wir kurz darstellen:

Angabe der Arztnamen

Viele KV-Mitglieder haben sich gewundert, dass auf der ausgedruckten Sammelklärung im Feld für die Praxisdaten auch dann nur ein Arzt- bzw. Psychotherapeutenname erscheint, wenn mehrere Ärzte/Psychotherapeuten in der Praxis tätig sind.

Der Grund ist, dass immer der Name des Arztes/Psychotherapeuten dort eingedruckt wird, der sich im Online-Portal mit seinen Zugangsdaten angemeldet hat. Dieser Arzt/Psychotherapeut unterschreibt die Sammelklärung im Namen seiner Praxispartner. Bitte beachten Sie, dass der Name des Unterschreibenden mit dem Namen im Praxisdatenfeld übereinstimmen muss.

Altquartalsfälle

Die Ärzte und Psychotherapeuten haben nach Ablauf eines Quartals drei Quartale Zeit, bei einem Patienten erbrachte Leistungen nachzureichen. Hier werden die Altquartalsfälle zu den aktuellen Fallzahlen hinzugezählt.

Adresskopf der KV Hamburg

Der Adresskopf der KV Hamburg ist auf der ausgedruckten Sammelklärung so hoch angesetzt, dass er nicht genau in einen Briefumschlag mit Fenster passt. Wir haben von einer Änderung abgesehen, da die Sammelklärung sonst nicht mehr auf eine DIN A4-Seite gepasst hätte. Die meisten KV-Mitglieder senden die unterschriebene Sammelklärung ohnehin per FAX. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2014

Abgabefrist: 1. Juli bis 15. Juli 2014

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

Abgabezeiten 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 Mo.– Fr. von 7:30 bis 16:00 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



Arbeits- und Gesundheitsschutz für Praxismitarbeiter

Praxisinhaber müssen für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter am Arbeitsplatz sorgen. Als Unternehmer sind Praxisinhaber dazu verpflichtet, einen Betriebsarzt und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit (Sifa) schriftlich zu bestellen. (Arbeitssicherheitsgesetz - ASiG § 2 u. § 5). In der Vorschrift 2 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV vom 1.1. 2011) sind Anlass und Umfang genauer beschrieben.

Wenn es nicht mehr als zehn Beschäftigte gibt, genügt es, wenn der Betriebsarzt oder die Sifa alle fünf Jahre in die Praxis kommt und gegebenenfalls bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, der Erstellung von Betriebsanweisungen oder bei Unterweisungen hilft (Grundbetreuung gem. DGUV Vorschrift 2 § 2 (2), Anlage 1).

Können Biostoffe (Viren, Bakterien, Krankheitserreger) vorkommen, muss die Gefährdungsbeurteilung alle zwei Jahre aktualisiert werden (BioStoffV).

Wenn erforderlich, findet über die Grundbetreuung hinaus noch eine anlassbezogene Betreuung statt, die sich unter anderem auf die arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV), Elektrische Gerätesicherheit (BVA 3) sowie auf Brandschutz, Hygiene, Hautschutz und Gefahrstoffe beziehen kann oder die beispielsweise notwendig wird, wenn die Praxis umgebaut wurde oder umgezogen ist oder wenn neue technische Anlagen installiert worden sind.

Bei Unternehmen mit mehr als zehn Beschäftigten besteht die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung aus der Grundbetreuung je nach Gefahrenklasse (beispielsweise Gefahrenklasse III: halbe Stunde gemeinsame Einsatzzeit für Betriebsarzt und Sifa pro Jahr und Beschäftigtem) und dem zusätzlichen betriebs-spezifischen Teil der Betreuung, der mit dem Betriebsarzt und der Sifa gesondert zu verabre-

den ist (DGUV Vorschrift 2, § 2 (3), Anlage 2). Dafür können beträchtliche Kosten entstehen.

Für Praxisinhaber mit weniger als 50 Beschäftigten besteht die Möglichkeit, die Aufgaben der Grundbetreuung selbst in die Hand zu nehmen („alternative Betreuung“). Betriebsarzt und Sifa werden in diesem Fall nur noch im Hintergrund oder bedarfsorientiert tätig.

Um diesen Weg gehen zu können, muss der Praxisinhaber eine Grundschulung für Unternehmer absolvieren, die von durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zertifizierten Dienstleistern angeboten wird. Dabei

Regelbetreuung	Regelbetreuung	alternative Betreuung
bis 10 Beschäftigte	mehr als 10 Beschäftigte	bis 50 Beschäftigte
Grundbetreuung: Fachkraft für Arbeitssicherheit oder Betriebsarzt unterstützen als Erstberatende bei der Gefährdungsbeurteilung	Grundbetreuung: Feste Einsatzzeiten für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit	Unternehmensschulung: Unternehmer qualifiziert sich in Schulung und organisiert den Arbeitsschutz
Plus anlassbezogene Betreuung	Plus betriebs-spezifische Betreuung	Plus bedarfsorientierte Betreuung

soll der Praxisinhaber unter anderem dazu befähigt werden, die Gefährdungsbeurteilung selbst vorzunehmen und zu entscheiden, wann er Betriebsarzt und/oder Sifa hinzuziehen muss für die bedarfsorientierte Betreuung.

Bereits 67 Praxisinhaber haben im Hamburger Ärztehaus an einer solchen Grundschulung teilgenommen.

Auch verantwortliche Praxis-Mitarbeiter können solche Grundschulungen besuchen und – bei einer Pflichtenübertragung gemäß BGI 508 – stellvertretend für den Chef die Organisation von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz übernehmen.

Spätestens nach fünf Jahren ist eine Fortbildungsmaßnahme fällig, die auch online an einem von der BGW bereitgestellten E-Learning-Portal (www.bgw-lernportal.de) mit durchgeführt werden kann. Es gibt zurzeit zwei Angebote: "Gefährdungsbeurteilung" und "Ergonomie in der Arztpraxis". Das E-Learning-Angebot der BGW stellt eine komfortable Alternative zur Teilnahme an Fortbildungsseminaren dar. ■

Dr. med. Gerd Bandomer

Grundschulungen für Unternehmer (alternative Betreuung)

Termine im Internet:
www.bgw-online.de → Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz → Arbeitsschutzbetreuung → Betreuungsformen → Alternativ bedarfsorientiert → (nach unten scrollen) Schulungstermine

oder zu erfragen beim Autor:

Dr. med. Gerd Bandomer

Fax: 040 / 278 063 48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Online-Fortbildungen der BGW

Ansprechpartner für das E-Learnig-Angebot:

E-Mail: kontakt@bgw-lernportal.de

Fortbildung für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte zur "Gefährdungsbeurteilung"



Termin: **Mi, 3.9.2014 (15 - 18 Uhr)**

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle, Dr. med. Gerd Bandomer

Fax: 040 / 278 063 48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

Seminar: Personalmanagement

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement unter Beachtung der weichen Faktoren ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Arztpraxis. Im Rahmen dieses Seminars werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und

praxistypische Situationen diskutiert. Durch gezielte Übungen werden Verhaltensweisen, das eigene Auftreten und die Überzeugungskraft geschult und verbessert. Das Seminar ist für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben konzipiert. ■

Termin: **Mi, 27.8.2014**

(9.30 bis 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149
(inkl. Verpflegung)

Ort: Ärztehaus,
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE



Fortbildungskurs für die kurative Mammographie

Zur Vorbereitung auf die Fallsammlungsprüfungen nach der Mammographievereinbarung findet im September 2014 in Oldenburg ein zweitägiger Fortbildungskurs statt. Der Kurs richtet sich an Ärzte, die Mammographieleistungen in der kurativen Versorgung erbringen wollen. Die Teilnehmer erhalten Informationen über Neuerungen der Gesetzgebung und Technik – und sie bekommen Gelegenheit, die Mammographie-Befundung intensiv zu trainieren. Der Kurs wird im Auftrag der KV Niedersachsen vom Referenzzentrum Mammographie Nord durchgeführt. ■

Termin: **Do, 18.9.2014 (9.30 – 17.00 Uhr) und
Fr, 19.9.2014 (9.00 – 16.15 Uhr)**
Teilnahmegebühr: **500 Euro**
(inkl. Pausenverpflegung)

Ort: Technologie- und
Gründerzentrum Oldenburg
Marie-Curie-Str. 1
26129 Oldenburg
Seminarraum 4b / 1. OG
19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Anmeldung:
Brigitte Sturm,
RadServ GmbH
Tel.: 04941 / 60 510-27
Fax: 04941 / 60 510-727
E-Mail:
fortbildung@radserv.de

Ansprechpartner:
Infocenter:
Tel: 22802 – 900

Zertifikat für bestandene gynäkologische Online-Prüfung

Gynäkologen, die erfolgreich an der Online-Prüfung für eine Genehmigung zur Abrechnung des erweiterten Basisultraschalls im 2. Trimenon teilnehmen, erhalten künftig neben der Prüfungsbescheinigung auch ein repräsentatives Zertifikat.

Ärzte, die die Online-Prüfung bereits abgelegt haben, können sich das Zertifikat ebenfalls herunterladen, indem sie sich mit den bekanntesten Zugangsdaten erneut im Online-Portal anmelden. ■

Ansprechpartner:
Abteilung
Qualitätssicherung
Kay Siebolds
Tel: 22 802-478

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs 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 für das 3. Quartal 2014 mit der IKK classic
- Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs 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 für das 2. und 3. Quartal 2014 mit der Techniker Krankenkasse

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



Ärztetag lehnt Ausschreibung von Impfstoffen ab

Mit großer Mehrheit haben die Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages die bisherige Praxis der Ausschreibung von Impfstoffen durch die gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt.

In den vergangenen Jahren ist es immer wieder zu Engpässen bei Impfstoffen gegen Influenza gekommen, weil der Hersteller, der die Ausschreibung in der jeweiligen Region gewonnen hatte, nicht liefern konnte. „Wir mussten in der Praxis Impftermine verschieben – nicht selten konnten wir unseren Patienten die wichtige Impfung gegen Influenza gar nicht anbieten“, begründet Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, den Antrag, den er und Ärzte anderer Fachgruppen der Delegiertenversammlung des Ärztetages in Düsseldorf zur Abstimmung vorgelegt haben.

Auch bei den Impfstoffen für Kinder kommt es immer wieder zu Lieferschwierigkeiten. Doch nicht nur das Fehlen von Impfstoffen wird von Ärzten kritisiert. Sie empfinden die bisherige Ausschreibungspraxis auch als Einmischung in die freie Therapiewahl der Ärzte. „Der Großteil der Grundimmunisierungen bei Kindern und Jugendlichen wird in pädiatrischen Praxen durchgeführt“, sagt Dr. Roland Fressle, stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Baden-Württemberg, der ebenfalls zu den Unterzeichnern auf dem Ärztetag gehörte. „Wir Kinder- und Jugendärzte richten uns dabei nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes (RKI) in Berlin. Wenn die Experten der STIKO für bestimmte Risikogruppen spezielle Impfstoffe empfehlen, dann wollen wir diese medizinisch begründeten Empfehlungen auch in der Praxis umsetzen. Ausschreibungen, die die Vorgaben der STIKO nicht berücksichtigen, sind für uns Ärzte nicht akzeptabel.“

Auch geeignete Grippeimpfstoffe für Schwangere seien bisher in den Ausschreibungen von den Krankenkassen unberücksichtigt geblieben, kritisiert Dr. Christian Albring, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte. „Es ist höchste Zeit, dass wir mit dieser Resolution ein Zeichen setzen.“

Schon einige Wochen zuvor hatten große ärztliche Berufsverbände einen Appell an die Krankenkassen verfasst, die Ausschreibungen von Impfstoffen unverzüglich zu beenden.

Unterzeichner waren:

Berufsverband Deutscher Internisten:

www.internisten-im-netz.de

Berufsverband der Frauenärzte:

www.frauenaerzte-im-netz.de

Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte:

www.hno-aerzte.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte:

www.kinderaerzte-im-netz.de

Berufsverband der Pneumologen:

www.lungenaerzte-im-netz.de

Hartmannbund, Verband der Ärzte

Deutschlands: www.hartmannbund.de

NAV-Virchow-Bund, Verband der

niedergelassenen Ärzte Deutschlands:

www.nav-virchowbund.de ■

Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf

Salben, Cremes und Gele sind nur als Monopräparate zulässig

Es gibt derzeit eine Vielzahl von Regressen wegen Verstößen gegen die Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Wir möchten deshalb nochmals darauf hinweisen, dass Salben, Cremes und Gele zur Erstbehandlung von Verbrennungen, Verletzungen, akuten Hauterkrankungen und Pilzinfektionen grundsätzlich im Sprechstundenbedarf nur als Monopräparate folgender Wirkstoffgruppen zulässig sind:

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

Die Anforderung von entsprechenden Kombinationspräparaten, wie beispielsweise Diprogenta[®], Jellin Neomycin[®], Lotricomb[®] Salbe/Crème ist ausgeschlossen. ■



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.

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

Elvitegravir, Cobicistat, Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil (Stribild[®]), Nepafenac (Nevanac[®]), Ponatinib (Iclusig[®]), Vismodegib (Erivedge[®]), Pomalidomid (Erivedge[®]), Enzaltamid (Xtandi[®]), Vemurafenib (Zelboraf[®] - Neubewertung nach Fristablauf), Aflibercept (Eylea[®] - neues Anwendungsgebiet Makulaödem), Regorafenib (Stivarga[®]), Teriflunomid (Aubagio[®]), Dabrafenib (Tafinlar[®]), Afatinib (Giotrif[®]), Indacaterol/Glycopyrronium (Ultibro[®] Breezhaler[®], Xoterna[®], Breezhaler[®]), Fluticasonfuroat/Vilanterol-Trifenat (Relvar[®], Ellipta[®])

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe, für die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen ist oder derzeit durchgeführt wird, finden Sie auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dort ist auf einen Blick zu erkennen, ob die bewerteten Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweisen. Ärzte erhalten Hinweise zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und erfahren außerdem, ob die Wirkstoffe bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten anerkannt sind. ■

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur frühen Nutzenbewertung: www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung



Off-Label-Anwendung von Gabapentin

Die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ansässige Expertengruppe hat eine Off-Label-Anwendung von Gabapentin zur Behandlung der Spastik bei MS positiv bewertet. Der G-BA hat daraufhin Gabapentin in die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie (Teil A) aufgenommen. Eine Verordnung auf Kassenrezept für Patienten mit MS und spastischen Bewegungsstörungen (Tetra- oder Paraspastik) und/oder schmerzhaften Spasmen ist nun möglich.

Voraussetzung für die Verordnung ist allerdings, dass die Behandlung der Spastik mit den dafür zugelassenen Substanzen (Baclofen, Tizanidin, Sativex) bei angemessener Dosierung und Anwendungsdauer keine ausreichende Linderung erbracht hat oder dass Unverträglichkeiten vorliegen.

Bitte beachten Sie: Es dürfen nur Gabapentin-Präparate verwendet werden, deren Hersteller einer Off-Label-Anwendung zugestimmt haben. Das sind folgende Firmen:

1 A Pharma GmbH, AAA-Pharma GmbH, AbZ-Pharma GmbH, Actavis Deutschland GmbH & Co. KG, Actavis Group PTC ehf, ALIUD PHARMA GmbH, Aristo Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CT Arzneimittel GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, Heumann Pharma GmbH & Co. Generica KG, Hexal AG, ratio-pharm GmbH, Sandoz Pharmaceuticals GmbH, Stada-pharm GmbH, TEVA GmbH und Wörwag Pharma GmbH & Co. KG ■

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

Tetravac nur bis zum fünften Lebensjahr

Danach müssen Impfstoffe mit reduziertem Diphtherie-Toxid-Gehalt verwendet werden

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat eine Sicherheitsinformation herausgegeben, in der sie darauf hinweist, dass der Vierfach-Impfstoff Tetravac® ab dem fünften Lebensjahr nicht als Auffrischimpfung nach erfolgter Grundimmunisierung angewendet werden soll.

Tetravac® ist zugelassen zur aktiven Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (drei Impfungen ab einem Alter von zwei Monaten im Abstand von jeweils vier bis acht Wochen) sowie zur Auffrischimpfung im zweiten Lebensjahr (sechs bis zwölf Monate nach der dritten Impfstoffgabe).

Ab einem Alter von fünf Jahren sollte Tetravac® nicht mehr verabreicht werden, da gemäß der STIKO-Empfehlungen ab einem Alter von fünf beziehungsweise sechs Jahren nur noch Impfstoffe mit reduziertem Diphtherie-Toxoid-Gehalt zur Anwendung kommen sollen. Als Auffrischimpfung in diesem Alter sind in Deutschland Repevax® (ab einem Alter von drei Jahren) und Boostrix® Polio (ab einem Alter von vier Jahren) zugelassen. Tetravac® enthält eine zehnfach höhere Konzentration an Diphtherie-Toxoid (20 I.E. versus 2 I.E.) und eine zweifach erhöhte Konzentration an Tetanus-Toxoid (40 I.E. versus 20 I.E.).

Seit Mitte Oktober 2013 sind beim Hersteller Sanofi vermehrt Meldungen von Fehlanwendungen zu Tetravac® eingegangen, bei denen Tetravac® anstelle von Repevax® an Erwachsene oder Kinder über fünf Jahre verabreicht worden ist. Zwei Patienten entwickelten nicht schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen (u. a. Fieber, Schmerzen im Impfarm, lokale Lymphadenitis). Als Ursache für die Verwechslung wurde unter anderem angegeben, dass die Boosterimpfstoffe (Repevax® und Boostrix®) nicht zur Verfügung standen. ■

VON ANTJE THIEL

Aufatmen: Die Klinik bleibt erhalten

Gestartet 1977 als vielbeachtetes Pilotprojekt, stand die Existenz der Praxisklinik Mümmelmansberg Ende vergangenen Jahres auf der Kippe. Nun erhält sie mit einem neuen Besitzer die Chance auf einen Neustart.

Die in den 1970er Jahren als innovatives städtebauliches Projekt errichtete Großsiedlung Mümmelmansberg gilt mittlerweile als sozialer Brennpunkt. Im Jahr 2006 ließen die Produzenten einer ZDF-Fernsehndokumentation dort Jugendliche gegen Bezahlung Szenen mit Gewalt und Bandenkriminalität nachstellen. Im Februar 2014 sorgten Medienberichte über die Aktivitäten von Islamisten in Mümmelmansberg für Aufregung. Um den Ruf der Siedlung mit ihren 18.500 Einwohnern steht es nicht zum Besten. Auch die Praxisklinik Mümmelmansberg kämpft mit den schwierigen Rahmenbedingungen. Bei ihrer Gründung 1977 lobten Politik, Behörden und Ärzteschaft das Behandlungszentrum als zukunftsweisendes Modellprojekt (siehe Kasten). Doch zwischenzeitlich ist die Klinik in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, ein Großteil der einst 82 stationären Betten ist dem Spardiktat der Krankenhausbedarfsplanung zum Opfer gefallen.

Der Chirurg Dr. Gerd Fass, der seit 2005 seine Patienten in der Belegklinik operiert und dessen Praxis an die Praxisklinik Mümmelmansberg angegliedert ist, erzählt: „Nicht nur die Zahl der stationären Betten, sondern auch die belegärztliche Vergütung wurde immer weiter reduziert.“ So kam es, dass das einstige Vorzei-



Schätzt die effizienten Prozesse in der Praxisklinik: Chirurg Dr. Gerd Fass

gemodell der Praxisklinik Mümmelmansberg an Attraktivität verlor. „Der Klinikbetreiber, die Dr. Guth Klinikgruppe, hat daraufhin seine Prioritäten geändert, eine Tagesklinik für Psychiatrie aufgebaut und die operativ-chirurgische Abteilung verkleinert“, berichtet Fass. Wegen der hohen Abgaben, die Beleg-Operateure auf ambulante Operationen an die Klinik zu zahlen haben, seien die Konditionen zunehmend unattraktiv geworden.

Immer mehr Belegärzte kehrten der Klinik den Rücken. Waren zu Beginn noch beinahe alle Fachdisziplinen in dem Verbund vertreten – dazu ein Optiker, Zahnärzte, Apotheke, Praxen für Physiotherapie und Re-

habilitation sowie ein medizinisches Bad – so sind als Hauptbelegärzte heute nur noch die Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie, HNO und Chirurgie vertreten. Als die Dr. Guth Klinikgruppe den verbliebenen Mietern im September 2013 mitteilte, dass die Praxisklinik binnen Jahresfrist geschlossen werden soll, schien das Ende des gesamten Betriebes beschlossene Sache zu sein.

Die Pressesprecherin der Klinikgruppe, Denise Kley, erklärt hierzu: „Das System der somatischen Abteilungen hat sich wirtschaftlich einfach nicht mehr gerechnet. Wir sind zwar ein Unternehmen, das im Gesundheitsbereich tätig ist, doch wir →

Fortsetzung auf Seite 32

Versorgung in der Trabantenstadt seit 1977

Der erste Eintrag zur Praxisklinik Mümmelmannsberg im Handelsregister ist auf den 16. Juli 1977 datiert. Mit dem Konzept eines interdisziplinären und sektorenübergreifendes Zentrums betreten die Betreiber Neuland in der Versorgung von Patienten. Ziel war es, den Bewohnern der Siedlung eine umfassende medizinische Versorgung anzubieten und gleichzeitig Kosten einzusparen. Dank der Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung durch denselben Arzt im selben Haus wollte man die Liegezeiten verkürzen, Doppeluntersuchungen vermeiden und so Krankenhausbehandlung kostengünstiger als in anderen Kliniken anbieten.

Das bis dato beispiellose Projekt fand viel Anklang bei der ärztlichen Selbstverwaltung, insbesondere dem damaligen KV-Vorsitzenden Dr. Jens Doering. Dieser wollte mit der Praxisklinik den Beweis antreten, dass Ärzte im Rahmen des bestehenden Systems eigeninitiativ dieses verbessern und gleichwohl kostengünstiger gestalten und mithin eine Rundumversorgung ihrer Patienten verwirklichen können. Der eigens für die Klinik gegründete Hamburger Ärztfonds wurde von anfangs 400 und später 900 Hamburger Ärzten mit Millionenbeträgen ausgestattet.

Auch in der Politik interessierte man sich für die Praxisklinik: Das Bundesarbeitsministerium bewilligte Forschungsmittel in Höhe von 6,4 Millionen Mark und förderte die Praxisklinik als Modellvorhaben. Die Jahresergebnisse der Klinik überzeugten selbst Skeptiker: Kürzere Liegezeiten zu niedrigeren Tagessätzen brachten pro behandeltem Fall bis zu 55 Prozent Ersparnis. Das *Hamburger Abendblatt* lobte die Einrichtung im November 1978 als „leuchtendes Beispiel für Krankenhäuser“.

In den 1980er Jahren allerdings wandelte sich die Stimmung. Zum einen wurden Vorwürfe laut, in der Praxisklinik werde zu schnell operiert. Auch von „mehr als einer Million Mark Schulden“ war im *Hamburger Abendblatt* zu lesen. Zudem wandte sich die Ärztekammern in Hamburg und München gegen das Projekt, es war von einem „linken sozialistischen Modell“ die Rede. Auf diese Weise verunsichert, kündigten 750 der beteiligten Ärzte ihre Anteile an der Klinik, sodass der Fonds letztlich aufgelöst werden musste.

1985 wurde die Klinik in die private Trägerschaft der Dr. Guth Klinikgruppe überführt, die das Haus in-

klusive Einrichtung und Krankenhaus-Betriebsgesellschaft für insgesamt zehn Millionen Mark erwerben konnte. Auch die geleisteten Bundeszuschüsse gingen an den neuen Betreiber über. Vorteilhaft für ihn war auch die Tatsache, dass die Praxisklinik seit 1985 im neuen Krankenhausbedarfsplan aufgenommen war. Dr. Gerhard Guth, selbst Chirurg und Kaufmann, führte die Klinik mit 22 Ärzten in freier Praxis weiter, die nun Miete an ihn zahlten.

In den 1990er Jahren erschwerten das Gesundheitsstrukturgesetz und andere Reformvorhaben den Weiterbestand von Praxiskliniken. Im Jahr 2000 sorgte ein von der Behörde beauftragtes Gutachten des IGES-Instituts für Aufregung, demzufolge allein in Hamburg bis 2005 mehr als 2.600 Klinikbetten abgebaut werden müssten. In den folgenden Jahren wurden voll- und teilstationäre Klinikbetten zunehmend durch Plätze für die teilstationäre psychiatrische Versorgung ersetzt. Auch in der Klinikgruppe Dr. Guth machte sich diese Verlagerung bemerkbar: 2009 eröffnete man in den Räumen der Praxisklinik Mümmelmannsberg eine Psychiatrische Tagesklinik und Institutsambulanz. Diese wurde seither kontinuierlich ausgebaut, während die Zahl der regulären Klinik- und Belegbetten weiter sank. Im September 2013 gab die Dr. Guth Klinikgruppe bekannt, die Belegklinik mit ihren 30 Betten binnen Jahresfrist schließen zu wollen. Während die KV fürchtete, eine Schließung werde die Versorgung im Stadtteil gefährden, vertraute die Behörde auf die betrieblichen Entscheidungen der Klinikgruppe. Es kam zu Protesten von Seiten der ansässigen Ärzte und der Bevölkerung.

Die KV setzte sich vehement für den Erhalt der Klinik ein. Nach intensiven Verhandlungen zwischen der Dr. Guth Klinikgruppe und dem Kaufinteressenten ab November 2013 kam es schließlich Ende März 2014 zu einer Einigung. Die Psychiatrische Tagesklinik und Institutsambulanz blieb im Besitz der Dr. Guth Klinikgruppe, das zweite Stockwerk der Praxisklinik mit seinen zwei OP-Einheiten wurde verkauft. Neuer Eigentümer dieser Einrichtung ist die SKH Stadtteilklinik, eine Tochter der Zytoservice GmbH. Diese sicherte zu, durch ihre bestehenden Kontakte im Gesundheitsbereich „Synergien zu schaffen, um das sektorübergreifende Konzept der wohnortnahen Versorgung wieder verstärkt anzubieten“.

→ müssen auch kosteneffizient arbeiten – und das war angesichts von immer weniger Ärzten, die bei uns belegärztlich operierten, zunehmend schwierig.“

Doch die Ärzte der Praxisklinik mobilisierten zusammen mit ihren Patienten den ganzen Stadtteil, warben bei Politik und Unternehmen für den Standort – und freuen sich nun, dass die Praxisklinik zum 1. Juli 2014 mit der SKH Stadtteilklinik GmbH, einer Tochter der Zytoservice Deutschland GmbH, einen neuen Besitzer hat. „Es war sehr schön zu sehen, wie die Menschen hier auf die Straße gegangen sind und sich – letztlich mit Erfolg – für die Klinik eingesetzt haben“, erzählt Fass, „wäre es zur Schließung der Belegklinik gekommen, hätte es nämlich auch durchaus passieren können, dass einer von uns Hauptbelegärzten seine Niederlassung hier aufgibt, weil sie sich ohne Operationen nicht mehr rechnet. Das hätte dann rasch zu einem Dominoeffekt geführt – und eine solche Flucht von Ärzten aus sozial schwächeren Stadtteilen wollen KV und Behörden ja eigentlich verhindern. Deshalb sind wir sehr froh, dass unsere Klinik nun erhalten bleibt.“

Obwohl es im Hamburger Stadtgebiet weit lukrativere Standorte gibt, arbeitet der Chirurg gern in Mümmelmansberg: „Als ich 2005 hier anfang, habe ich ein funktionierendes kleines Krankenhaus vorgefunden, in dem kollegial gearbeitet wird und das ohne die Reibungsverluste des regulären Krankenhausbetriebs auskommt.“ Schließlich seien alle dort tätigen Ärzte als Niedergelassene selbst Unternehmer und wollten effizient arbeiten. „Ich finde es immer noch schön, hier zu arbeiten, denn ich

erlebe als Honorar- und Konsiliararzt auch, wie es in anderen Kliniken zugeht. Dort sehe ich viele schleppende Prozesse in den Abteilungen“, sagt Fass. Darüber hinaus hat der Chirurg auch handfeste wirtschaftliche Gründe, die ihn an den Standort binden: „Ich habe in den vergangenen Jahren viel Geld hier hineingesteckt, auch noch einen orthopädischen Sitz erworben. Meine Praxis ist an die Praxisklinik angegliedert – und wenn ich woanders noch einmal neu anfangen

Ärzte und Patienten machten sich stark für die Klinik und mobilisierten den ganzen Stadtteil.

müsste, würde es lange dauern, bis ich mich wieder etabliert hätte.“

Doch nicht nur seine Investitionen binden ihn an Mümmelmansberg. Fass berichtet: „Ich bin in einem multikulturellen Umfeld aufgewachsen und habe viel Zeit im Ausland verbracht. Daran kann ich hier in diesem bunten Stadtteil gut anknüpfen. Und letztlich benötigen ja auch sozial schwächere Stadtteile eine funktionierende und gute medizinische Versorgung.“

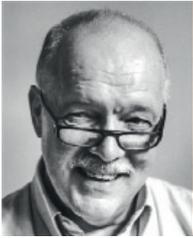
Von der SKH Stadtteilklinik GmbH als dem neuen Besitzer der Praxisklinik Mümmelmansberg erhofft Fass sich, dass die Konditionen für externe Operateure in Bezug auf Miete und Abgaben verbessert werden. „Denn nur wenn weitere Operateure bereit sind, sich hier einzubringen, besteht eine Chance, die Praxisklinik zu erweitern.“ Derzeit gebe es nur zwei belegärztliche Operateure, die nicht mit ihrer Praxis an die Klinik angeschlossen seien. „Dieser Stamm muss sich erweitern“, sagt Fass und ergänzt: „Immerhin haben

wir hier mit 30.000 Einwohnern in Mümmelmansberg und dem näheren Umland ein großes Patientenpotenzial.“

Auch der Geschäftsführer der SKH Stadtteilklinik GmbH, Bernd Rudloff, möchte das Spektrum der Praxisklinik kontinuierlich ausbauen: „Wir wollen weitere Fachgebiete hinzugewinnen und gehen das gemeinsam mit den Ärzten an – die haben eine Menge Ideen hierzu.“ Eine dieser Ideen betrifft spezielle Angebote für multimorbide ältere Patienten sowie Patienten mit Migrationshintergrund. Auch eine Abteilung für Palliativmedizin sei im Gespräch.

Der harte Kern der Ärzte an der Praxisklinik wünscht sich auch eine bauliche Aufwertung. Fass meint: „Während das gesamte Viertel ringsum erneuert und modernisiert wird, weht durch unser Gebäude noch der Geist der 1970er Jahre.“ Rudloff denkt in dieselbe Richtung: „Wir haben im Zuge der Verhandlungen mit der Dr. Guth Klinikgruppe deutlich gemacht, dass wir gern die Immobilie als Ganzes erwerben würden – leider war die Dr. Guth Klinikgruppe nicht zu einem Verkauf des gesamten Pakets bereit. Doch unser Angebot steht und kommt unter Umständen zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf die Agenda.“ Bis dahin könne man nur hoffen, dass die Dr. Guth Klinikgruppe als Eigentümer der Immobilie das Gebäude in naher Zukunft auch von außen modernisiert.

Die Pressesprecherin der Klinikgruppe, Denise Kley, sagt, man sei dauerhaft bemüht, die Immobilie instandzuhalten und halte vor Ort eine eigene Haustechnik bereit. „Auch über Sanierungsmaßnahmen denken wir nach, sofern sie wirtschaftlich darstellbar sind“, sagt Kley. ■



Störfaktor

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

In einem durchschnittlich 40jährigen Berufsleben führt ein Arzt rund 200 000 Gespräche mit Patienten. Die Arzt-Patient-Beziehung ist das Zentrum der Heilkunde. Im Gespräch können etwa drei Viertel aller Diagnosen korrekt gestellt werden, ohne technische Hilfsmittel. Der weltberühmte Kardiologe Bernard Lown ist nach 60 Jahren ärztlicher Tätigkeit gar der Auffassung, man könnte auf mehr als 90 Prozent aller Herzkatheter-Untersuchungen verzichten, wenn man dem Patienten nur zuhören würde.

Das ist das Schlüsselwort: Zuhören! Wenn Patienten von einem Arztkontakt berichten, spielt aber zumeist Zeitmangel die größte Rolle. "Mein Arzt hat nicht genug Zeit für mich", oder: "Als ich nach Hause ging, hatte ich meine Fragen gar nicht gestellt", so lauten die häufigsten Beschwerden. Was sagt die Wissenschaft dazu?

Vor vielen Jahren schon wurde ermittelt, dass Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt bereits nach 18 Sekunden nachhaltig unterbrechen. Eine bessere Ausbildung der Ärzte sollte dem abhelfen. Aber reicht den nun gut Aus-

gebildeten dann die Zeit zum Hören, zum Sprechen?

In der Universitätsklinik Freiburg wurde der ärztliche Arbeitstag erforscht. 32 Ärzte wurden mit der Stoppuhr begleitet. Ergebnis: Die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit betrug 659 Minuten. Ca. 220 Minuten verbrachten die Ärzte bei Besprechungen (34 Prozent), 200 Minuten am Schreibtisch (30 Prozent), 80 Minuten im OP oder bei an-

deren praktischen Tätigkeiten (zwölf Prozent), ca. 79 Minuten (zwölf Prozent) blieben für Gespräche mit Patienten und sechs Minuten (ein Prozent) für Gespräche mit Angehörigen, dazu ca. 40 Minuten für Lehre und Forschung (sechs Prozent) und 33 Minuten Pause (fünf Prozent).

Umgerechnet auf den einzelnen Kontakt sprach ein Arzt durchschnittlich 4 Minuten und 17 Sekunden mit einem

Patienten und 20 Sekunden mit einem Angehörigen.

In einer parallel durchgeführten Selbsteinschätzung gaben die befragten Ärzte ihre durchschnittliche Gesprächszeit mit Patienten doppelt so hoch an, mit Angehörigen sogar sieben Mal so hoch.

Was soll man daraus für Schlüsse ziehen? Die moderne Medizin scheint ihren eigentlichen Auftrag mehr und mehr aus dem Auge zu verlieren. Der

**Reicht den Ärzten die Zeit
für ihre Patienten? Zuhören kostet Geld.
Weghören kostet aber
noch viel mehr.**

reibungslose Ablauf der Großinstitution Krankenhaus dominiert alles andere, ist wichtiger als die Heilkunst selbst. Ärzte stehen unter großem Druck, können nicht anders, haben es eilig: Der Krankenhausträger will Leistungen abrechnen, nicht Beziehung ermöglichen. So ist der Patient zum Störfaktor geworden, und seine Angehörigen gleich mit. Zuhören kostet Zeit. Weghören kostet aber noch viel mehr.

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Ulrich Wendisch**
Kreisobmann des Kreises 15

Name: **Dr. Ulrich Wendisch**

Geburtsdatum: **2. 1.1956**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Facharzt für Innere Medizin**

Weitere Ämter: **Fachbeisitzer Innere Medizin und Diabetologie der Ärztekammer Hamburg**

Hobbys: **Kochen, Reisen, Geschichte**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich würde den Arztberuf immer wieder ergreifen. Meine Zufriedenheit mit dem Beruf sieht man auch daran, dass eine meiner Töchter ebenfalls Medizin studiert hat. Bei aller Fremdbestimmung durch Bürokratie, Leitlinien, Richtlinien, Gesetze und Sparzwänge haben wir doch gerade im Gegensatz zu anderen Berufen ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Die Dankbarkeit der Patienten führt jeden Tag zu kleinen Erfolgserlebnissen. Die Wahrscheinlichkeit, dass unser Arbeitsplatz wegrationalisiert wird, geht gegen null.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich wünsche mir eine kollegiale Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, eine gerechte Honorarverteilung (was nicht heißen muss, dass alle gleich viel verdienen), eine leistungsgerechte Honorierung, eine Bezahlung nach Qualität statt nach Zeit oder nach Pauschalen, eine Verringerung der Bürokratie, ein Fortbestehen der KV als gemeinsame Interessenvertretung von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Unser Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt. Die Grundprobleme, dass immer weniger Berufstätige immer mehr nicht mehr Berufstätige finanzieren müssen und dass der medizinische Fortschritt unser System zwangsweise teurer macht, können durch keine Reform gelöst werden. Ständige Änderungen und kurzsichtige Scheinreformen erschweren unsere Arbeit und lösen keine Probleme. Die KV sehe ich als Vertreterin unserer wirtschaftlichen Interessen. Dafür muss sie so stark wie möglich sein und das ist sie nur, wenn sie weiterhin Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten gemeinsam vertritt.

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

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mit einem Segelschiff durch die Karibik. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

Mi. 17.9.2014 (ab 20 Uhr) – Versammlungsort wird noch bekannt gegeben

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Personalmanagement

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement unter Beachtung der weichen Faktoren ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Arztpraxis. Im Rahmen dieses Seminars werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und praxistypische Situationen diskutiert. Durch gezielte Übungen werden Verhaltensweisen, das eigene Auftreten und die Überzeugungskraft geschult und verbessert. Das Seminar ist für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben konzipiert.

Mi. 27.8.2014 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

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. 3.9.2014 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

Der fünftägige Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte und Praxismitarbeiter, die sich zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ ausbilden lassen wollen. Es geht darum, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis gut zu meistern und den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konfliktmanagement, ärztliches Qualitätsmanagement, Terminsystem und Kommunikationstraining.

Mo. 20.10.2014 bis Fr. 24.10.2014

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg,

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

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

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

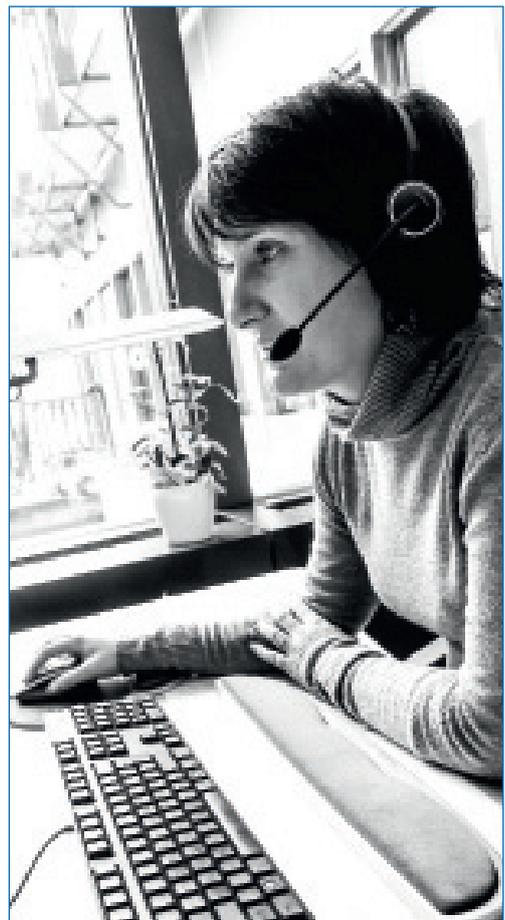
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de