

KBV Quo vadis?

Köhler zur Zukunft der KVen

Mit einer ungewöhnlich kämpferischen Rede überraschte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, die Delegierten und Besucher der Vertreterversammlung am 14. Mai 2007 in Münster. Er wies die Delegierten und Vorsitzenden der Landes-KVen darauf hin, dass sich das KV-System im Wettbewerb befindet und es jetzt entscheiden müsse, in welche Richtung die Reise gehen solle. Hierzu wird derzeit eine heftige und zum Teil auch scharfe Debatte geführt, die Köhler ungewöhnlich deutlich als „Funktionärsdebatte, die mit dem Wohl und dem Interesse unserer Mitglieder vor Ort nur noch sehr wenig zu tun hat.“ beschrieb. „Es ist eine Diskussion darüber, wie sich das Verhältnis von KBV und KVen untereinander und zu den Berufsverbänden in Zukunft gestaltet. Vor allem das Verhältnis von KBV/KV und Hausärzterverband muss dringend geklärt werden. Denn der Hausärzterverband reklamiert für sich eine Art Alleinvertretungsanspruch der Hausärzte. Den hat er aber nicht! Seine politische Forderung nach einer Hausarzt-KV ist aus guten Gründen abgelehnt worden. Hausärzte sind und bleiben unsere Pflichtmitglieder und haben einen Anspruch darauf, von den KVen und der KBV genauso gut vertreten und behandelt zu werden wie die Fachärzte und die Psychotherapeuten.“

Er stellte weiter fest, die Ärzte wollten „ihre Patienten so gut wie möglich behandeln. Sie brauchen die dafür notwendigen Freiheiten in der Therapie und eine gesicherte wirtschaftliche Existenz, in der ihre Arbeit angemessen vergütet wird. Sie brauchen Rahmenbedingungen, die ihnen für die Arbeit am

Patienten genügend Zeit und sie nicht in bürokratischem Wahn ersticken lassen.“

Er mahnte: „Anstatt öffentlich unsere Differenzen auszutragen, sollten wir den Krankenkassen als den Vertragspartnern in den selektiven Verträgen keine Chance bieten, uns gegeneinander auszuspielen. Denn der Verlierer dabei wäre mit Sicherheit der Vertragsarzt und der Vertragspsychotherapeut.“

Ungewöhnlich deutlich stellte er die augenblickliche Situation in den KVen dar, indem er das Bild einer Ehe zeichnete. „Das KV-System will die Scheidung nicht, es will an der gemeinsamen Lebensplanung festhalten. In vielen funktionierenden Ehen nutzen die Eheleute getrennte Schlafzimmer; diese getrennten Schlafzimmer haben wir letzten Mai in Magdeburg schon beschlossen. Lassen Sie sie uns jetzt beziehen und der Ehe damit neuen Schwung verleihen! Aber wenn einer der Partner immer von Trennung spricht, kann man nicht über eine neue Rollenverteilung entscheiden. Wollen wir die Rolle von Hausärzten und Fachärzten in der ärztlichen Selbstverwaltung neu definieren oder nicht? In einem Scheidungsverfahren geht das nicht. Am Ende schadet es nur denen, für die wir Verantwortung tragen!“

Er warnte im Weiteren vor der Gefahr des Verlustes der freiberuflichen Tätigkeit in der Niederlassung. Sollte es nicht gelingen, die ambulante vertragsärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten, drohten Kapitalgesellschaften dieses Feld zu übernehmen. Ökonomische Interessen wären dann den Patienteninteressen vorge-

schaltet. „Deswegen müssen und werden wir alles daran setzen, den freiberuflich niedergelassenen Vertragsarzt in der Haus- und der Facharztpraxis zu erhalten und zu stärken. Das ist die Aufgabe der KBV, der KVen, der Berufsverbände und der freien Verbände. Dieser Aufgabe dienen wir nicht, indem wir uns untereinander Konkurrenz machen.“

Inhalt:

KBV Quo vadis?	1
Bundesinnenminister plant großen Lauschangriff	2
Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen	3
Qualität vertragsärztlicher Versorgung aufzeigen	3
EU-Dienstleistungsrichtlinie	4
Entschädigung Angehöriger	4
Freier Berufe für ehrenamtlich Tätigkeit	
Die großen Krankenkassen verlieren Mitglieder	5
Modell für Europa? - Psychosomatische Versorgung in Deutschland	5
Thank you we are fine	7
Entschließung zu Reha	9
FA Innere Medizin	9
Veranstaltungshinweise	10

Verantwortlicher
Herausgeber:
Dr. J.-A. Rüggeberg
Präsident der GFB

Redaktion:
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

Um den beschriebenen Bedrohungen begegnen zu können, sind von der KBV vielfältige Initiativen ergriffen worden. So wurde durch Arbeitsteilung die Kooperation mit den Landes-KVen verbessert.

Köhler zur Zukunft der KVen (Fortsetzung)

Für kooperationswillige Ärzte wurde ein Kooperations-Kompass erarbeitet, der ihnen die Möglichkeiten des neuen Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes darstellt. Um trotz der Zwänge des SGB V den Ärzten behilflich sein zu können, bereitet die KBV gemeinsam mit den KVen die Gründung eines unabhängigen Unternehmens vor, „das Dienstleistungen und Unterstützung für Vertragsärzte und –psychotherapeuten anbieten kann. Und zwar in allen Feldern des Wettbewerbs. Diesem Unternehmen, das intern die Arbeitsbe-

zeichnung „New Company“ trägt, sind wir ein Stück näher gekommen. Wir haben gemeinsam mit den potenziellen Partnern Deutscher Ärzte-Verlag und apoBank die Unternehmensberatung Prognos nach einem gründlichen Auswahlverfahren damit beauftragt, eine Geschäftsfeldanalyse durchzuführen. Zu diesem Zweck führt Prognos bis Ende Juni Befragungen von ausgewählten Experten aus dem KV-System und dem Gesundheitswesen durch. Ein Steuerungsausschuss tagt regelmäßig und begleitet den Prozess.

Sollte die Geschäftsfeldanalyse so ausfallen, dass gute Aussichten darauf bestehen, ein wirtschaftlich tragfähiges Unternehmen zu gründen, wird im Herbst ein konkreter Businessplan entwickelt.“

Die KBV und die KVen wollen damit die Positionierung der Vertragsärzte im Wettbewerb unterstützen. Diesem Bemühen soll auch die Verdeutlichung vertragsärztlicher Qualität dienen.

HHF

Bundesinnenminister plant neuerlich großen Lauschangriff

Am Mittwoch veröffentlichte das Bundesverfassungsgericht seine Entscheidung, der Verfassungsbeschwerde des Rechtsanwalts von Khaled el-Masri statt zugeben.

Die Ermittlungsbehörden haben erneut die verfassungsrechtlichen Grenzen überschritten. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der Abhöraktion gegen den Anwalt el-Masris zeigt erneut den laxen Umgang der Ermittlungsbehörden mit dem anwaltlichen Berufsgeheimnis und den Grundrechten.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt den dringenden Handlungsbedarf, gerade den Schutz von Berufsgeheimnisträgern zu verbessern und zeigt mit welchen Gefahren heimliche Online-Durchsuchungen verbunden sind. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der Bemühungen des Bundesinnenministers Schäuble mit zwei Gesetzentwürfen zum einen zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung und zum anderen zur Änderung des Zollfahndungsdienstgesetzes. Änderungen an beiden ursprünglichen Gesetzen waren aufgrund EU-rechtlicher Forderungen aber auch durch mehrere Urteile des Bundesverfassungsgerichts erforderlich geworden, das

die bisherige Praxis der verdeckten Ermittlungen mehrfach als Verfassungsverstoß gerügt hatte. Die vorliegenden Referentenentwürfe gefährdeten das geschützte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und seien ein "Lauschangriff durch die Hintertür", monierten der Bundesverband der Freien Berufe und der NAV-Virchow-Bund.

Nach dem vorliegenden Referentenentwurf dürften Verbindungsdaten aus der Telefon- und Computerkommunikation gespeichert und von den Ermittlungsbehörden systematisch ausgewertet werden, um Straftaten zu vereiteln. Wie der jüngste Urteilsspruch des Bundesverfassungsgerichts gezeigt hat, wurden hier wiederholt Grenzen überschritten.

Der Gesetzentwurf unterscheidet jetzt zwischen zwei Typen von Freiberuflern: Abgeordnete, Priester und Strafverteidiger. Ihre Telekommunikationsdaten dürfen nicht belauscht bzw. verwertet werden. Zu der Gruppe der nicht privilegierten Freiberufler sollen zukünftig Rechtsanwälte, Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Steuerberater und Journalisten gehören, deren Kommunikationsdaten gespeichert und systematisch von den Ermittlungsbehörden zur Ver-

meidung oder Aufklärung von Straftaten ausgewertet werden dürfen.

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Christoph Fuchs, sieht dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstört: "Jeder Patient muss seinem Arzt rückhaltlos offenbaren können, was seine Beschwerden sind. Der Patient muss darauf vertrauen können, dass das, was er dem Arzt mitteilt, geheim bleibt."

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt den dringenden Handlungsbedarf, gerade den Schutz von Berufsgeheimnisträgern zu verbessern und zeigt mit welchen Gefahren heimliche Online-Durchsuchungen verbunden sind, meint die rechtspolitische Sprecherin der FDP und frühere Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberg.

Der Gesetzentwurf sowie die Stellungnahme des Berufsverbandes der Freien Berufe kann über die Geschäftsstelle angefordert werden.

HHF

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Hoppe, bezeichnete das Erscheinen zahlreicher Berichte zum Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen als Hinweis, dass nun bald der Deutsche Ärztetag stattfindet. So hatte die Bild-Zeitung kurz vor Beginn dieser zentralen ärztlichen Tagung eine Serie zu ärztlichem Fehlverhalten gestartet. Der Mediziner Werner Bartens, Wissenschaftsredakteur bei der Süddeutschen Zeitung veröffentlichte „Das Ärztehasserbuch“. Das Bundesminis-

terium für Gesundheit berichtete dem Gesundheitspolitischen Ausschuss laut Süddeutscher Zeitung über ca. 15300 Fälle von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen. Bislang seien 300 Fälle den Staatsanwaltschaften übergeben worden. Mehr als 32 Mio. € Schadenersatz konnte eingefordert werden. Betroffen seien jedoch neben Ärzten auch andere Angehörige der Heilberufe. So seien Apotheker, Hebammen, Zahnärzte, Physiotherapeuten und sogar Taxifahrer

ins Fadenkreuz der Ermittler geraten. Die MedCon-Redaktion zitierte sogar die Chefin der KKH-Soko Abrechnungsmanipulation, Dina Michels, die damit rechnet, dass "bundesweit 50 bis 70 Prozent aller Hilfsmittelerbringer und Orthopäden" in einem bundesweiten Abrechnungsskandal verstrickt sind. Betroffen seien vor allem die südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg. Aber auch in Hessen werde derzeit ermittelt. HHF

Qualität vertragsärztlicher Versorgung aufzeigen

Die Qualität von niedergelassenen Ärzten sichtbar machen – dieses Ziel hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gesetzt. Bis Mai 2008 will sie ein Set von Indikatoren vorlegen, mit denen sich die Qualität der von Vertragsärzten und -psychotherapeuten erbrachten Leistungen messen lässt. Vorlegen will die KBV auch Vorschläge, wie Qualität und Vergütung gekoppelt werden können. Hierzu ist die KBV aufgrund des ab 01. Juli 2008 geltenden SGB V verpflichtet

§ 137 (Fassung ab 1.7.2008)
Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere
1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement...

„Qualitätsindikatoren bringen allen im Gesundheitswesen Vorteile: Die Niedergelassenen lernen, wie gut sie schon sind und was sie verbessern können. Die Patienten profitieren von Transparenz und Vergleichbarkeit. KBV und Krankenkassen können die Grundlage für den Wettbewerb um Qualität legen und interessante Vergütungsanreize schaffen“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, dazu in Berlin.

Die KBV will hierzu in mehreren Schritten vorgehen. Zunächst sollen alle schon existierenden Indikatoren erfasst, bewertet und auf ihre Übertragbarkeit auf den KBV-Kontext hin untersucht werden. Danach wird ein Qualitätsindikatorenregister erstellt, aus dem ein Kernindikatorenset für die ambulante Versorgung in Deutschland ermittelt werden soll. Ein externes wissenschaftliches Institut wird dieses Set in ausgewählten Praxen auf Aussagekraft, Praktikabilität und eine mögliche Honorarkopplung hin testen. Nach Vorlage der Ergebnisse, wird die KBV diese analysieren und ihr Set entsprechend anpassen.

„Wichtig ist uns, mit Daten zu arbeiten, die ohnehin schon erh-

ben werden. Den Ärzten soll kein Extra-Aufwand entstehen.“, verspricht Köhler. Zusammenarbeiten will die KBV mit renommierten Organisationen und einschlägigen Verbänden. So hat die KBV eine Befragung von 200 Berufsverbänden, medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen initiiert und wird auf das Expertenwissen von RAND Health zurückgreifen, einer amerikanischen Non-Profit-Organisation, die besonders viel Erfahrung, insbesondere mit den Vor- und Nachteilen von Indikatorensets hat.

Konsentiert wissenschaftlich gesicherte Indikatorensets für den ambulanten Sektor gibt es in Deutschland bislang nicht. Die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gibt jährlich einen anonymisierten Bericht über Krankenhäuser heraus. Die AOK hat Arztnetz-Indikatoren entwickelt (sh. Facharztbrief 03-07). Erfahrungen zu Qualitätsindikatoren liegen bislang aus den USA, Großbritannien und den Niederlande vor. Dort wurde auch die Vergütungskopplung unter dem Namen „Pay for Performance“ (P4P) getestet und zum Teil schon eingeführt.

Gesundheitsdienstleistungen: IMCO fordert Einbeziehung in Dienstleistungsrichtlinie

Am 8. Mai 2007 hat sich der Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherfragen (IMCO) für eine Einbeziehung der Gesundheitsdienstleistungen in die Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen im Binnenmarkt ausgesprochen, informierte der Bundesverband der Freien Berufe. Damit setzt sich der IMCO in Gegensatz zu dem erklärten Willen von Rat und Europäischem Parlament (EP), die sich im Rahmen der Diskussionen zur Dienstleistungsrichtlinie darauf verständigt hatten, die Gesundheitsdienstleistungen wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Gesellschaft und die Verbraucher vom allgemeinen Regime auszunehmen (Änderungsantrag 173). Weiterhin hat sich der IMCO u. a. für die Verpflichtung aller Gesundheitsdienstleister zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung ausgesprochen (Änderungsantrag 130

neu zu Ziffer 17). Dabei soll es jedoch den Versicherern obliegen, die Mittel zur Gewährleistung einer solchen Versicherung und auch die Definition der Fachkräfte im Gesundheitswesen festzulegen. Gestrichen wurde ferner Änderungsantrag 132 zu Ziffer 17a (neu), der eine Feststellung vorsah, wonach Haftungsfragen bei der fehlerhaften Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen über die bestehenden Systeme „ROM I“ und „ROM II“ ausreichend geregelt seien. Schließlich wurde Ziffer 14 des Berichtsentwurfes vollständig gestrichen, der die Notwendigkeit unterstrich, die Weiterbildung von Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen auf europäischer Ebene zu berücksichtigen, um eine höchstmögliche Versorgungsqualität sicherzustellen.

Der so geänderte Berichtsentwurf wurde mit 20 zu 18 Stimmen ge-

gen die Stimmen von Berichterstatterin Vergnaud von den französischen Sozialisten (PSE) und der Mehrheit von Sozialisten und Grünen angenommen. Die Mehrheit stützte damit den Änderungsvorschlag des niederländischen Liberalen Toine Manders, wonach die Gesundheitsdienste unter die Bestimmungen der Dienstleistungsrichtlinie fallen sollten.

Die Abstimmung im Plenum des EP folgt entweder in der 21. oder 23. Kalenderwoche in Straßburg. Die deutsche SPD- Abgeordnete Evelyne Gebhardt, die den Kompromiss zur Dienstleistungsrichtlinie im vergangenen Jahr maßgeblich ausgehandelt hatte, wandte sich gegen diesen Schritt: «Wir hatten eine Mehrheit im Parlament, um die Gesundheitsdienste aus der Dienstleistungsrichtlinie auszuschließen», betonte Gebhardt.

Die Änderungsanträge können im Internet unter

http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/organes/imco/imco_20070507_1500.htm aufgerufen werden.

Entschädigung Angehöriger Freier Berufe für ehrenamtliche Tätigkeit in Berufs- und Standesorganisationen

Entschädigungen, die Angehörige Freier Berufe für eine ehrenamtliche Tätigkeit in den Berufs- und Standesorganisationen erhalten, stellen in der Regel Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen i. S. des § 24 Nr. 1a EStG dar und sind deshalb insoweit als Betriebseinnahmen zu erfassen. Die durch die

ehrenamtliche Tätigkeit verursachten Aufwendungen sind entsprechend als Betriebsausgaben zu behandeln. Etwas anderes gilt, wenn Angehörige Freier Berufe in Berufs- und Standesorganisationen Aufgaben der sog. schlichten Hoheitsverwaltung wahrnehmen, also öffentliche Dienste leisten und für diese

Tätigkeit aus einer öffentlichen Kasse vergütet werden. Hierzu hat die OFD Rheinland eine Verfügung (v. 3. 4. 2007 - S 2246 - St 157) herausgegeben.

Die Verfügung kann über die Geschäftsstelle angefordert werden.

Das Wort des Tages:

„Freiberufler werden dann eben zu Freiheitskämpfern“

BÄK-Präsident Prof. Hoppe anlässlich der Eröffnung des 110. Deutschen Ärztetages an die Adresse der anwesenden Gesundheitsministerin unter Bezug auf die aktuelle Politik.

Die großen Krankenkassen verlieren Mitglieder

Nach einem Bericht der Zeitschrift „Euro am Sonntag“, der sich auf Kassenangaben und den Dienst für Gesellschaftspolitik beruft, verloren die die Allgemeinen Ortskrankenkassen weiterhin zahlreiche Mitglieder. Alleine von Januar bis März 2007 verließen fast 160.000 Mitglieder diese Kassenart. Dies stellt im Vergleich zum Dezember 2006 einen Verlust von fast einem Prozent dar. Die Ortskrankenkassen zählten Ende März nur noch 17,89 Millionen.

Auch die Barmer Ersatzkasse und die Deutsche Angestellten Krankenkasse verloren weiter Mitglieder. Lediglich die Techniker Krankenkasse konnte ihre Mitgliederzahlen steigern und damit den Abstand zu den bislang führenden Ersatzkassen verringern.

Zu den großen Gewinnern zählten aber insbesondere die Innungskrankenkassen. Sie steigerten ihre Mitgliederzahlen um 186.240 auf 3,89 Millionen. Ursächlich hierfür

dürften die noch immer sehr günstigen Beitragssätze dieser Kassenart sein.

Anders sieht es bei den Betriebskrankenkassen aus. Auch sie mussten herbe Verluste von 53.000 Mitgliedern hinnehmen. Sie weisen jetzt einen Bestand von 9,84 Mio. auf.

HHF

Modell für Europa?

Das Konzept der psychosomatischen Versorgung in Deutschland

Von Richard Kettler und Herbert Menzel

Gegliederte psychosomatische Versorgung

Durch die Neufassung der Musterweiterbildungsordnung auf dem Deutschen Ärztetag 2003 hat sich auch ein neues Versorgungskonzept in der Psychosomatischen Medizin entwickelt, das international einzigartig ist und bei den europäischen Nachbarn auf großes Interesse stößt.

Das Versorgungskonzept ist in Jahrzehnten gereift und stellt sich nun in einem aufeinander abgestimmten, dreigliedrigen, psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungskonzept wie folgt dar:

I. Die „Psychosomatische Grundversorgung“ beruht auf einer psychosomatischen Basisqualifikation, die den Arzt, vornehmlich den Hausarzt, dazu befähigen soll, schon im Erstkontakt mit seinem Patienten psychosoziale Aspekte des Krankheitsbildes zu erfassen, deren Bedeutung für die weitere ärztliche Versorgung des Patienten zu bewerten und im Bedarfsfall die Weichen in Richtung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Spezialbehandlung zu stellen.

Der „Psychosomatischen Grundversorgung“ kommt damit eine wichtige Screening-Funktion für den weiteren Behandlungsprozess zu.

II. In den somatisch-fachärztlichen Gebieten soll eine Weiterbildung in „fachgebundener Psychotherapie“ den Facharzt in seinem Gebiet (z.B. Gynäkologie, Urologie) dazu qualifizieren, seine Patienten auf der Basis eines schon begründeten Vertrauensverhältnisses in einem begrenzten Umfang unter Einbeziehung psychosomatischer Aspekte zu versorgen, solange keine Indikation für eine Überweisung an den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorliegt oder der Patient eine solche Überweisung aus psychischen Gründen nicht tolerieren würde.

III. Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vertritt das Fach in seiner Gesamtheit im Kanon der medizinischen Fachgebiete auf dem dazu erforderlichen umfangreichen psychosomatisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsniveau. Er ist zuständig für

die „Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“ (Definition des Faches in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer).

Er setzt neben psychischen und psychotherapeutischen auch medizinische und medikamentöse Behandlungsmethoden ein, konzipiert strukturierte, multi-modale und multi-methodische, psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen im ambulanten und (teil-) stationären Bereich und bedient sich der jeweils notwendigen und verfügbaren ärztlichen Behandlungsoptionen oder zieht ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten hinzu.

Der Psychosomatiker beteiligt sich darüber hinaus maßgeblich an der Weiterbildung in den beiden anderen Versorgungsbereichen und behält mit den entsprechenden Qualifikationen weiterhin Zugang zu den Methoden der „Richtlinien-Psychotherapie“.

Modell für Europa?

Das Konzept der psychosomatischen Versorgung in Deutschland (Fortsetzung)

Dieses Konzept folgt der Erkenntnis, dass die frühzeitige Einbeziehung psychosomatischer Zusammenhänge in Diagnostik und Therapie Chronifizierungen verhindern und Kosten einsparen kann.

Ärztliches Selbstverständnis in der Psychosomatischen Medizin

Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und der psychotherapeutisch tätige Arzt bringen die Implikationen ihrer durch die medizinische Ausbildung etablierten ärztlichen Identität mit den in der psychosomatischen Weiterbildung neu hinzu kommenden psychologischen und psychotherapeutischen Aspekten in Einklang.

Der Psychosomatiker ist Arzt und orientiert sich von daher primär an der typisch ärztlichen Frage: „Was hilft diesem Patienten?“ und nicht primär an der Frage: „Kann ich meine Methode anwenden?“

Die Denksysteme, auf die sich der psychosomatisch weitergebildete Arzt bezieht, sind die Naturwissenschaft mit einem erweiterten Naturbegriff – wonach Natur nicht nur „außen“ (Körper), sondern auch „innen“ (Psyche) ist – und die Psychologie als Wissenschaft von der psychischen Natur des Menschen und seinem sozialen Verhalten. Das Denken in psychosomatischen Zusammenhängen und eine medizinisch-psychotherapeutische Doppelkompetenz sind die sich ergänzenden Aspekte des beruflichen Selbstverständnisses des Psychosomatikers.

Konzept und Realität.

Mit dem II. Quartal 2005 wurde erstmals ein gebietseigenes psychosomatisches Leistungskapitel im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM2000plus) in die Kassenzentrale Versorgung eingeführt. Damit könnte theoretisch die Versorgung mit methodengebundener Richtlinien-Psychotherapie um die beschriebene, notwendige,

niedrigschwellige, flexible, patientenzentrierte, fachärztlich-psychosomatische Versorgung ergänzt werden, weil dieser ärztliche Bereich nicht allein von der Richtlinienpsychotherapie erfasst werden kann.

I. Im Gegensatz zu der finanziell zurzeit noch ausreichend ausgestatteten und auch von Fachärzten gestützten Richtlinienpsychotherapie ist das neue psychosomatische Facharztkapitel jedoch wirtschaftlich nicht lebensfähig, so dass die aufgezeigten Ressourcen in der Patientenversorgung noch nicht wirksam werden können.

Unter den gegenwärtigen Budgetbedingungen und Honorarverteilungsmaßstäben kann ein Facharzt für Psychosomatische Medizin seinen Lebensunterhalt nicht verdienen, er kann nicht einmal eine offene Sprechstunde vorhalten, weil keine Hilfskraft und kein Raum dafür finanzierbar sind. Wenn er wirtschaftlich überleben will, muss er auf die Richtlinienpsychotherapie ausweichen („ärztliche Psychotherapeuten“).

II. Diese Situation wird zusammen mit der demografischen Entwicklung im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin dazu führen, dass in wenigen Jahren die erforderliche Anzahl an Ärzten nicht mehr zur Besetzung der notwendigen Kassenzentralen zur Verfügung stehen wird, wenn nicht die Weiterbildung im ambulanten Bereich unterstützt wird und dieser Bereich eine wirtschaftliche Basis erhält.

Auch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) enthält Regelungen, die die dargestellte Entwicklung im negativen Sinne noch verstärken werden:

Es besteht keine eigene Bedarfsplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der in § 101 Abs.

4 Satz 5 festgelegte Versorgungsanteil von 40 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte wird am 31. Dezember 2008 enden, obwohl die Forderung nach einer Fortschreibung dieser Regelung vom Deutschen Ärztetag 2006 erhoben und sowohl von der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) als auch von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) unterstützt worden war. Die Berechnung von psychotherapeutischen Leistungen auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Orientierungswerten darf nicht erneut zu einer Benachteiligung von Arztgruppen führen, die ausschließlich zeitgebundene Leistungen erbringen, da eine Mengenausweitung von vornherein ausgeschlossen ist.

Eine Pauschalierung der Fachgruppenleistungen ist nicht möglich. Die Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie werden weiterhin eine wichtige wirtschaftliche Basis des Fachgebietes sein. Es ist daher für das Gebiet von großer Bedeutung, dass die Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie zu einem angemessenen Punktwert bezahlt werden.

Die Politik wäre gut beraten, wenn sie die für die Krankenversorgung von der Ärzteschaft entwickelten neuartigen fachärztlich-psychosomatischen Versorgungsstrukturen aufgreifen und fördern würde, denn erst wenn die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Umsetzung dieser neuen Struktur möglich ist, kann die Psychosomatische Medizin ihr Potenzial für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung voll entfalten und sich dann auch als Modell für Europa empfehlen.

Ist unser deutsches Gesundheitssystem wirklich so schlecht, wie es uns einige Politiker weismachen wollen? Dieser „Selbsterfahrungsbericht“ scheint einen anderen Zustand zu bestätigen.

„Thank you, we are fine“: Mit akutem Abdomen im NHS

von Dr. Gotthard Friedrich, Ahlen

Über-, unter-, fehlerversorgt – spätestens seit der jüngsten Reformdiskussion weiß man, dass Patienten in Deutschland auf der Hut sein müssen, wenn sie im Falle eines (Krankheits-)Falles nicht schlimmen Schaden davontragen wollen. Schuld ist das bekanntermaßen rückständige Gesundheitssystem hierzulande. Doch wie sieht's anderswo aus? Dr. Gotthard Friedrich erfuhr es fast am eigenen Leib, als er sich mit seiner Frau in die Obhut des britischen National Health Service begab. Für das Westfälische Ärzteblatt hat er ein Urlaubserlebnis der besonderen Art aufgezeichnet.

Eine Woche waren wir bei der Familie unserer Tochter in dem englischen Universitätsstädtchen zu Besuch, da geschah, was nicht geschehen durfte. Um 1 Uhr morgens weckte mich meine Frau, da sie unerträgliche Bauchschmerzen hatte. Ein Bridenileus, ging es mir durch den Kopf, als ich einige klingende Darmgeräusche gehört hatte, war sie doch vor wenigen Monaten laparotomiert worden. Nach nur kurzem Zögern bestiegen wir wegen der offenkundig immer schlimmer werdenden kolikartigen Schmerzen unseren Mietwagen. Glücklicherweise hatte ich eine Vorstellung von der Lage des Universitätsklinikums und fand es auch rasch trotz der Dunkelheit. So gelangten wir gegen 1.30 Uhr zur offensichtlich interdisziplinären Notfallaufnahme. Wir wurden kurz nach den Symptomen gefragt, füllten ein Formular mit den Personalien und der Heimatadresse aus und wurden gebeten zu warten. Nun überschlugen sich die Ereignisse im Halbstundentakt.

Fortschritt im Halbstundentakt

Gegen 2 Uhr wurden wir hereingebeten, vielleicht hatte der Umstand

beschleunigend gewirkt, dass meine Frau jetzt eine Brechschale brauchte. Eine ausgesprochen beleibte freundliche Schwester brachte uns in die Kabine 17, fragte nach den Symptomen und maß Blutdruck und Temperatur. Immerhin hatte meine Frau jetzt (und für die nächsten 3 Stunden) eine Liege. Sofort Morphium – oder lieber erst eine Diagnose?

Gegen 2.30 Uhr kam ein junger, sehr freundlicher Arzt, erkundigte sich nach den Symptomen (meine Frau erbrach inzwischen), und bot eine Morphiumspritze an. Meine Frau lehnte ab, und ich sagte, mir wäre lieber, es würde zuerst eine Diagnose gestellt. Die Blutabnahme war problemlos, er benutzte auch vorausschauend eine Verweilkanüle. Er desinfizierte sich nicht die Hände, benutzte auch keine der reichlich vorhandenen Handschuhe, obwohl er wegen der Verweilkanüle die Blutabnahme nicht im geschlossenen System durchführen konnte.

Uns war schon aufgefallen, dass überall, schon an der Eingangstür, Alkoholspender standen mit Hinweisen, die Patienten und auch die Besucher möchten doch die Hygiene des Hauses unterstützen und sich die Hände desinfizieren. Später hörte ich, dass das Krankenhaus an der Spitze der MRSA-Problematik in England stünde. – Als langjähriger Vorsitzender der Hygienekommission meines Hauses hätte ich ihnen gern noch einige Tipps über das Tragen von Ringen, Armbanduhren und Kittelpflege gegeben. Aufstieg zur stationären Patientin.

Gegen 3.00 Uhr teilte die Schwester uns mit, wir würden jetzt von Kabine 17 nach Kabine 5 verlegt – das war offensichtlich ein Aufstieg, und ich vermute, dass in diesem Moment meine Frau von einer

ambulanten zu einer stationären Patientin wurde, denn Personal gab es hier reichlich. Ein dicker dunkelhäutiger freundlicher Mann kam, um die Liege zu verschieben.

Gegen 3.30 Uhr kam eine zierliche sehr freundliche Ärztin mit lustigen kleinen Zöpfen, fragte nach den Symptomen und tastete nun – ohne Händedesinfektion – als erste den Bauch ab, offenbar war sie von der internistischen Seite. Die Laborergebnisse seien noch nicht fertig, ich könne sie dann aber gerne sehen, und es solle nun eine Röntgenaufnahme des Bauches gemacht werden. Dafür sei es erforderlich, dass meine Frau Morphium bekäme und ein Mittel gegen die Übelkeit.

Gegen 4 Uhr kam ein älterer dicklicher, sehr freundlicher Herr (Aufschrift „bank nurse“) mit den entsprechenden Spritzen. Danach ging es meiner Frau tatsächlich gut, so dass sie am liebsten das Haus sofort verlassen hätte. Der Liegenschieber kam wieder und brachte meine Frau vier Türen weiter zur Röntgenabteilung. Dort erwarteten uns zwei recht junge adrette Damen, die mir den Zutritt zum Röntgenraum verwehrten. Da ich mit einer Aufnahme im Stehen rechnete, bot ich ihnen meine Hilfe an. Meiner Frau war inzwischen schwindlig und sie sah die Lichter tanzen. Sie lehnten das ab mit dem Hinweis „Thank you, we are fine.“

So sahen sie auch aus. Die Aufnahme wurde dann sagittal in Rückenlage gemacht. Der Liegenschieber kam wieder, drehte immerhin die Liege um, so dass meine Frau nicht rückwärts gefahren wurde. Jede Hilfe beim Schieben um eine Ecke lehnte er kategorisch ab.

„Thank you, we are fine“: Mit akutem Abdomen im NHS (Fortsetzung)

Gegen 4.30 Uhr kam die junge Kollegin wieder, auf dem Röntgenbild sei nichts Besonderes zu sehen. Das hatte ich bei der Aufnahmetechnik auch nicht erwartet. Ich fragte sie, warum die Aufnahme nicht im Stehen angefertigt wurde, dann hätte man gegebenenfalls Flüssigkeitsspiegel sehen können. Sie meinte, das könne man auch im Liegen beurteilen. Die Laborwerte seien immer noch nicht fertig. Jetzt würde sich ein Kollege der Chirurgischen Abteilung um uns kümmern.

Eine gelungene Vorstellung

Gegen 5 Uhr ging die Tür auf und eine kleine Truppe betrat den Raum. Auf ihren Kitteln war aufgedruckt „main theatre“, und tatsächlich gaben sie eine gelungene Vorstellung ab. Der Leiter der Truppe, ein schlanker, ebenfalls sehr freundlicher, bestimmt auftretender Kollege, fragte nach den Symptomen, erkundigte sich sehr ausführlich nach den Voroperationen, ließ sich mit ausgestrecktem Arm von einem der Adlaten ein Stethoskop reichen und untersuchte meine Frau gründlich, ebenfalls ohne Händedesinfektion. Ganz viel konnte er allerdings nach dem Morphium nach meiner Meinung nicht mehr erfassen.

Endlich Auskunft – und ein Armband

Immerhin erhielten wir nun eine kompetente Auskunft. Es sei möglich, dass eine Darmschlinge adhärent sei und eine Obstruktion verursache. Sie würde jetzt eine Infusion bekommen (das war mir sehr recht), sowie eine Magenablaufsonde (das wurde glücklicherweise vergessen) und würde dann zur Station gebracht. Wenn die Symptome ausblieben, könnte sie nach 24 Stunden entlassen werden, ansonsten müsse man weiter sehen. Ein Teil der Laborergebnisse war fertig, die Befunde normal, es handelte sich im Wesentlichen um die Elektrolyte. Eine zierliche dunkelhäutige Krankenschwester versah meine Frau mit einem

Armband mit Namen, Adresse und Aufnahmeummer. Ein solches Band hatte sie zuletzt im Neugeborenenalter getragen.

Gegen 5.30 Uhr kam der Liegenschieber wieder. Meine Frau wurde in einem 14-Betten-Raum untergebracht, alle Betten waren durch Vorhänge getrennt, dadurch konnte man das anbrechende Tageslicht kaum wahrnehmen. Die Matratze war gut. Es war auch insgesamt ruhig im Raum, allerdings verrichtete die verwirrte Nachbarin ihre Notdurft vor dem Bett meiner Frau. Das wurde von einer Krankenschwester mit Zellstoff abgedeckt, bis am Morgen eine Putzfrau kam.

Um 7.30 Uhr wurde Licht angebracht, Bettwäschewechseln, Frühstückreichen und Tablettenausgabe wurden gleichzeitig wahrgenommen. Es gab eine Dusche, ein Waschbecken und zwei verschmutzte Toiletten für alle Patienten. Die Reinigung des Bodens erfolgte mit einem Staubsauger.

Gegen 8 Uhr erschien ein erster von fünf Kollegen mit jeweils 5 bis 18 Assistenten oder Studenten im Gefolge, die Schwester ganz am Ende. Sie wandten sich jeweils ausschließlich „ihren“ Patienten zu. Der Doktor meiner Frau erschien gegen 10 Uhr, diesmal wurden ihre Symptome von einem der Studenten vorgetragen. Sie wurde – wiederum ohne Händedesinfektion – untersucht. Der Röntgenbefund und alle Laborwerte seien normal, und sie könne sofort entlassen werden.

Die Schwester ließ ausrichten, meine Frau möge noch warten, bis der Arzt den Brief geschrieben hätte. Das verzögerte sich bis um 16.00 Uhr nachmittags. Als um diese Zeit der Kollege immer noch „sehr beschäftigt“ war, verließen wir nun ohne Brief, aber mit einer Visitenkarte die Station. Wir könnten uns jederzeit wieder melden. Das Gebäude war erst 40 Jahre alt, der Krankensaal hätte auch 100 Jahre alt sein können. Besu-

che waren nachmittags und abends je zwei Stunden lang erlaubt. Allerdings gab es Technik vom Feinsten, jedes Bett hatte ein eigenes Fernsehgerät mit Kopfhörer. Die Röntgenabteilung war voll digitalisiert, allerdings waren innerhalb von acht Stunden mindestens ein Dutzend verschiedene Krankenblätter für meine Frau angelegt. Ein Ultraschallgerät habe ich nicht gesehen. Gelernt habe ich die Behandlung eines Subileus mit Morphium.

Dann lieber mit Zuzahlung

Zu Hause dachten wir mit etwas Wehmut an unser geschmähres Gesundheitssystem, unsere rasch arbeitenden Krankenhausärzte und -schwestern und unsere Hygiene, sowie unsere ebenfalls geschmäherte, aber im Vergleich doch eher flache Hierarchie, und sahen im Internet nach, ob noch Flüge frei waren. Nach einer Krankenkasse oder einem Identitätsnachweis sind wir nie gefragt worden, eine Rechnung gab es auch nicht. Dann doch lieber einige Zuzahlungen und keine englischen Verhältnisse ...

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Westfälischen Ärzteblattes

Entschließung der GFB Rehabilitation

Die GFB begrüßt die Stärkung und Flexibilisierung der Rehabilitation durch das GKV-WSG. Hierdurch wird insbesondere die rehabilitative Kompetenz der Fachärzte bei der Durchführung von Leistungen der Rehabilitation gewürdigt.

Die GFB fordert diese fachärztliche Kompetenz auch zum Abbau überbordender Bürokratie bei der Einleitung und Durchführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Hierzu fordert die GFB eine einheitliche Gestaltung des fachärztlichen Verordnungsprozesses für alle Leistungsträger.

Darüber hinaus fordert die GFB eine breite Einbindung der Fachärzteschaft in die Versorgungsform der mobilen Rehabilitation. Diese Form als exklusive Leistung ausschließlich für Patienten mit typisch geriatrischen Schädigungen und Beeinträchtigungen lehnt die GFB ab.

Mit der obigen Entschließung betont die GFB die fachärztliche Kompetenz auf allen Feldern der Rehabilitation und fordert die Einbindung der Fachärzte in rehabilitative Prozesse und insbesondere auch in die Veranlassung von Rehabilitation. Die aufkommende mobile Reha wird abgelehnt, weil sie eine Übertragung ärztlicher Kompetenzen auf nicht-ärztliche Professionen befürchten lässt.

Diese Entschließung wurde im Rahmen der Mitgliederversammlung der GFB am 14.5. 2007 einstimmig von den Mitgliedsverbänden verabschiedet.

Ärztetag beschließt Facharztweiterbildung „Innere Medizin“

Münster, 18.05.2007 – Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster hat beschlossen, die fünfjährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ in das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ der (Muster-) Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Damit wird eine rechtskonforme Gestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf EU-rechtliche Vorgaben erreicht.

Die Europäische Kommission hatte Deutschland aufgefordert nachzuweisen, dass in allen 16 Bundesländern eine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ vorliegt. In diesem Punkt weichen die Regelungen in den Bundesländern teilweise voneinander ab. Dadurch war die im EU-Recht vorgesehene Einheitlichkeit der Fachgebietsbezeichnungen in den Mitgliedsländern tangiert. Eine derzeitige Notifizierung für Deutschland war nicht richtlinienkonform. Durch den Beschluss des Ärztetages wird es nunmehr den Ärztinnen und Ärzten einfacher gemacht, in den EU-Staaten beruflich tätig zu werden.

Die GFB hatte sich im Vorfeld einstimmig für diesen nun getroffenen Beschluss ausgesprochen und dies entsprechend auf dem Deutschen Ärztetag propagiert.

Veranstaltungshinweise:

Arzneimittel / Medizinprodukte / Intensiv-Seminar: **Qualität und Kostenmanagement – ein Widerspruch?**

„Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Kostensenkung im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich“
11.06.2007 in Mainz; 29.06.2007 in Nürnberg

Zielgruppe:

Das Seminar wendet sich an Verwaltungsdirektoren, Geschäftsführer, Chefärzte und ärztliche Mitarbeiter, Belegärzte, Vertragsärzte, Chefapotheker und Apotheker und solche, die an einer nachhaltigen Qualitätssicherung und Zukunftssicherung unseres Gesundheitssystems interessiert sind.

Intensivseminar:

"Ambulantes Operieren kostendeckend und sogar mit Gewinn!"
12.06.2007 in Mainz.

Zielgruppe:

Das Seminar wendet sich an die kaufmännische und medizinische Krankenhausleitung sowie an Verantwortliche für die ambulante Leistungserbringung aus Medizin, Pflege und Funktionsdienst, aber auch an alle niedergelassenen Operateure.

Programme und Anmeldeunterlagen in gesonderter pdf-Anlage

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) - Planen, umsetzen & erfolgreich realisieren am 21. Juni 2007 in Berlin

In dieser Veranstaltung stellen Kliniken und Vertragsärzte ihr MVZ vor, Experten beantworten Fragen zur Gründung und Zulassung und diskutieren strategische Zielsetzungen.

Das ausführliche Programm dieser Veranstaltung ist im Anhang beigefügt und ist im Internet unter www.zeno24.de abrufbar.