

Nachrichten / Freie Aussprache

Alles in allem verwundert mich die Forderung der Diplom-Psychologin

Die Diplom-Psychologin Ursula Neumann wirft in ihrer Zuschrift „Wird Psychotherapie zu einem Luxusartikel?“ (FR/FRA vom 26. 3. 1994) die Frage auf, ob Psychotherapie (PT) zu einem Luxusartikel wird, weil der Gesetzgeber eine 25prozentige Selbstbeteiligung (SB) für PT vorsieht.

Sie übersieht dabei aber anscheinend, daß bei der ambulanten Therapie körperlicher Beschwerden oder der ambulanten medikamentösen Therapie seelischer Beschwerden schon lange eine SB gilt. Wer heute zum Arzt geht und wegen Schlafstörungen ein Rezept für Schlaftabletten bekommt, z. B. 10 Tabletten Oxazepam zu 10 mg, zahlt dafür in der Apotheke DM 2,01, also 100% SB, da das Medikament auch nur DM 2,01 kostet. 20 Tabletten dieses Medikaments kosten DM 3,83, die SB ist DM 3,-, also 78 Prozent.

Bekommt ein Patient wegen Depressionen 20 Tabletten Saroten retard 50 mg verschrieben, beträgt die SB DM 3,12 bei einem Packungspreis von DM 14,50, also 22 Prozent.

SB gibt es auch für physikalische Therapie, also für Krankengymnastik, Massagen, Fango, Bäder, Reizstrom, Ultraschall oder Wärmetherapie. Egal, ob diese für seelische oder körperliche Beschwerden verschrieben wurden. Wird jemand statio-

när behandelt, wird auch eine SB erhoben (DM 11,- pro Tag). Und daß beim Zahnarzt, Kieferorthopädie oder beim Optiker auch zuweilen eine Selbstbeteiligung fällig wird, dürfte allen bekannt sein.

Die Forderung der Psychologen nach Gleichstellung mit den Medizinern führt also logischerweise zur Einführung der SB in der Psychotherapie und nicht zu deren Verhinderung.

An und für sich nichts Neues, denn auch bisher mußten schon viele Patienten SB an ihre(n) PsychologIn abführen. Denn viele Psychologen haben bisher im sogenannten Kostenerstattungsverfahren gearbeitet, weil es noch keine umfassenden gesetzlichen Regelungen gab, die jetzt erst das Psychotherapeutengesetz einführen will.

Die Psychologen haben ihren Patienten Rechnungen geschrieben, zu denen die Krankenkassen zuweilen auf dem Kulanzweg einen Zuschuß gewährten. Meist betrug dieser DM 90,- bis 100,- pro Sitzung, die Psychologen stellten in der Regel DM 120,- bis 150,- pro Sitzung in Rechnung.

Schon bisher betrug die SB für eine Behandlung bei einem Psychologen also bis zu 40 Prozent. Zahlte die Kasse gar nichts, betrug die SB 100 Prozent.

Viele Psychologen, die ich kenne, haben bisher auch SB bei Kindern, Jugendlichen und sozial Schwachen genommen, obwohl sie dazu nicht gehalten waren. Wenn diese Psychologen jetzt ihre soziale Ader entdecken, muß ich sie als Pharisäer bezeichnen.

Das geplante Psychotherapeutengesetz schreibt zum Glück Befreiung von der SB für Kinder, Jugendliche und sozial Schwache vor und schiebt dem Zugriff der Psychologen hier einen Riegel vor.

Alles in allem verwundert mich die Forderung von Frau Neumann, denn sie lügt sich selbst und der Öffentlichkeit etwas vor. Kaum sollen die Psychologen an die vermeintlichen Fleischtöpfe der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden, stimmen sie ein Wehklagen an, wie ich es seit Jahren von allerlei Ärztenverbänden kenne, die um ihre Pfründe fürchten.

Ob allerdings 25 Prozent SB, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, nicht zuviel sind, ist eine andere Frage. Ich halte eine SB von sieben Mark wie bei Medikamenten-Groß-Packungen eher für angemessen.

Dieter Wettig,
Praktischer Arzt, Mainz

Veröffentlichungen in dieser Rubrik sind keine redaktionelle Meinungsäußerung. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. (Red.)

Ich fühle mich pauschal angegriffen und beleidigt

Die Landesbeauftragte für Datenschutz aus Baden-Württemberg, Ruth Leutze, behauptet (FR vom 30. 7. 1993 „Wie eine Krankheit, die lange Zeit nicht weh tut“), daß Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht innerhalb dieses Geflechts schon bald Fremdworte seien. Damit meint sie wohl, daß mit dem Einzug der EDV in das Gesundheitswesen Grundrechte wie Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht Auszug hielten.

Diesen Vorwurf belegt sie leider in keinerlei Weise, und als praktischer Arzt und EDV-Anwender in meiner Praxis fühle ich mich pauschal angegriffen und beleidigt. Sie unterstellt mir nämlich den schleichenden Verstoß gegen Gesetze und die Würde meiner Patienten, nur weil auch bei mir eine Elektroniklandschaft in die Praxis Einzug gehalten hat.

Aus der Feder einer Landesbeauftragten für Datenschutz hätte ich aber mehr als nur bloße Meinungsäußerung im Stil

des Schwarzweißmalens erwartet. Rund 25 bis 30 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Deutschland wenden mittlerweile EDV in ihren Praxen an, weil dadurch vielerlei Informationen besser verfügbar werden, wodurch auch die Therapie qualitativ verbessert werden kann. Stupide Verwaltungsarbeit kann an den Rechner delegiert werden.

Und übrigens: Bei der Abrechnung werden nicht mehr Daten mitgeteilt als früher, sie sind jetzt nur maschinenlesbar und sind deshalb bei der Kassenärztlichen Vereinigung leichter abzurechnen. In maschinenlesbarer Form werden sie den Krankenkassen nicht mitgeteilt und selbst wenn, wieso würde etwa dadurch die Schweigepflicht verletzt? Schließlich haben doch auch schon früher die Kassen die ausgefüllten Krankenscheine mit allen Diagnosen und abgerechneten Leistungen bekommen.

Dieter Wettig, Mainz

Alexander kam im Auto

Entbindung im Rettungswagen

-mj- Ganz gerührt standen gestern die Rettungssanitäter Jörg Duchêne und Michael Böhme am Bett von Ursula Kemmer auf der Entbindungsstation der Diakonie-Anstalten: Mit Blumen gratulierten die Arbeiter-Samariter der jungen Mutter zur Geburt ihres kleinen Sohnes Alexander. Das Baby ist am Sonntagnachmittag um 14.45 Uhr im Rettungswagen des ASB auf der Bosenheimer Straße zur Welt gekommen.

„Zwei Wochen zu früh“, wie Ursula Kemmer sagte. Am Sonntag war es ihr nicht gut, und als der diensthabende Arzt Dr. Wettig aus Mainz bei den Kreuznacher Samaritern den Krankenwagen anforderte, hätte sie es sich nicht träumen lassen, daß Alexander so schnell zur Welt kommt.

Das hatten sich auch sicherlich nicht die Saramiter träumen lassen, die - vorsichtigerweise- in Gensingen mit dem Rettungswagen vorfuhr. Unversehens wurden sie auf der Fahrt zu Geburtshelfern. Für den Sanitäter Ralph Oppermann (19 Jahre alt), den angehenden Sanitäter Jörg Nenninger (18 Jahre), der als Praktikant nur aus Interesse mitgefahren war, und für den Rettungssanitäter Michael Immig (24 Jahre), der am Steuer saß, war's eine echte Premiere.

„Das ist schon lange nicht mehr vorgekommen“, meinte gestern Michael Böhme, als er mit Jörg Duchêne stellvertretend für die Kollegen gratulierte. Der Arzt war glücklicherweise unterwegs dabei, so daß Ursula Kemmer optimal versorgt war.

Alexander ist ihr erstes Kind. Es wiegt 2900 Gramm. Wie sich die Samariter gestern im Krankenhaus überzeugen konnten, fehlt dem Kleinen nichts. Er verschleift ihren Be-



Blumen für die glückliche Mutter vom Arbeiter-Samariter-Bund: Die Rettungssanitäter Michael Böhme (r.) und Jörg Duchêne überreichten sie gestern im Namen der Kollegen, die bei der Geburt des kleinen Alexander im Rettungswagen am Sonntag dabei waren. Die junge Mutter Ursula Kemmer zeigte ihnen stolz ihren kleinen Sohn.

Foto: Janta

Teile des Blattes sind abgeschnitten.



Glückwünsche für den kleinen Alexander Kämmer: die Arbeiter-Samariter bringen der Mutter Blumen und freuen sich mit ihr über das Baby, das in einem ihrer Rettungswagen, das Licht der Welt erblickte.

Bild: Friess

Alexander kam im Schrittempo Geburt im ASB-Rettungswagen / Kind und Mutter wohl auf

af. - An den kleinen Alexander werden sich die Sanitäter des Arbeiter-Samarter-Bundes wohl noch eine zeitlang erinnern. Nicht, daß der niedliche Bengel besonders auffällige Merkmale hat. Er ist normal und proper wie andere Babies in seinem Alter, kämpft ein klein wenig mit der Gelbsucht - nichts Ernstes, wie die Ärzte versichern. Ein ganz gewöhnlicher Junge also - bis auf die Tatsache, daß er am vergangenen Sonntag um 14.45 Uhr bei der Fahrt durch die Bosenheimer Straße im Rettungswagen des ASB geboren wurde.

„Er ist etwa zwei Wochen zu früh gekommen“, sagt Mutter Ursula Kämmer und drückt das fast sechs Pfund schwere Bündel, in dem sich das rosige Baby verbirgt, fest an sich. Das Wochenkammerzimmer, in dem sie liegt, quillt bei diesem Besucherandrang über. Mit dabei ist auch eine kleine Abordnung des Bad Kreuznach ASB. Die Samariter bringen Blumen, um das ungewöhnliche Ereignis zu würdigen. Es war schließlich die erste

Geburt in einem ihrer Rettungswagen seit der Bund in Bad Kreuznach fährt.

„Wir freuen uns sehr für die Mutter. Aber auch für uns war es ein schönes Ereignis. Im normalen Sanitäter-Alltag haben wir ja mehr mit Kranken und Verletzten zu tun“, meint ein Arbeiter-Samariter für seine Kollegen Ralph Oppermann, Jörg Nenninger und Michael Imrich, die die Rettungsfahrt durchgeführt hatten. Die waren leider bei der Minifeier aus beruflichen Gründen verhindert. Sie sind freiwillige Helfer in der Freizeit.

Im Hause Kämmer begann es am Sonntag eigentlich ganz harmlos. Mutter Ursula hatte plötzlich einen stechenden Schmerz verspürt. Wehen machten sich jedoch noch nicht bemerkbar. Der herbeigerufene Arzt hielt die Sache zunächst für harmlos. Als der ASB kam, schien dann die Lage ernster. Doch ein Rettungswagen ist auch für solche Ausnahmefälle ausgerüstet. Und der Arzt war dabei, als Klein Alexander im Schrittempo zur Welt kam.

Offenheit und Bereitschaft zur Selbstkritik vermißt

Am Beispiel des Kopfschmerzpatienten, der erst durch die teure Diagnostik-Mühle der Organmedizin gedreht wird, nur um am Ende mit einer „Null-Diagnose“ herauszukommen, soll deutlich werden, daß Patienten oft überdiagnostiziert werden und dabei viel Geld verbraten wird. Erst danach, und oft zu spät, würden diese Patienten einer psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik und wohl auch — zuweilen — einer Psychotherapie zugeführt.

Die Autoren Hans Becker und Waltraud Kruschitz unterschlagen hier wohlweislich, daß es völlig unbewiesen ist, ob der umgekehrte Weg, nämlich alle Kopfschmerzpatienten zuerst einer psychologischen Diagnostik und Therapie zuzuführen, wirklich billiger wäre (FR vom 7. 9. 1993 „Einführung einer Zwei-Klassen-Psychotherapie“). Darüber gibt es gar keine Untersuchungen. Sie unterschlagen auch, daß tatsächlich in vielen Fällen Kopfschmerz eine körperliche Ursache hat; angefangen von Bluthochdruck, über Kurzsichtigkeit, Halswirbelleiden, Fehllagerung der Wirbelsäule, über Nierenerkrankungen bis hin zum Hirntumor. Die meisten dieser Erkrankungen kann ein Psychologe gar nicht erkennen, geschweige denn behandeln, und auch ein(e) Psychiater(in) hat hiermit oft seine/ihre Mühe. Als praktischer Arzt habe ich mehr als einmal erlebt, wie Patienten von

Psychiatern oder Psychologen auf fragwürdige Weise behandelt wurden, weil sich diese nicht die Mühe machten, eine vordergründig als psychisch erscheinende Problematik richtig abzuklären.

Die Autoren stellen die Behauptung auf, daß die geplante Selbstbeteiligung (SB) für Psychotherapie den Einstieg in die Zwei-Klassen-Medizin begründe. Dabei übersehen sie — doch wohl wesentlich —, daß es die SB für viele Bereiche der Medizin bereits seit längerem gibt: Für Medikamente, Krankengymnastik, Massagen und Fango, Heil- und Hilfsmittel, Bäder oder Klinikaufenthalte. Warum sollte das für die Psychotherapie nicht ebenso gelten? Wobei die Frage ist, was da angemessen wäre; m. E. DM 7,- bis 10,- pro Sitzung, aber nicht 25 Prozent, wie im Gesetzentwurf geplant.

Ganz richtig stellen die Autoren fest, daß (psychologische) Psychotherapeuten von den Kassen bezahlt wurden, die nicht nach den Psychotherapie-Richtlinien ausgebildet wurden. Aber was sind denn „die Psychotherapie-Richtlinien“? Diese wurden von Ärzten für Ärzte aufgestellt, ohne Beteiligung der Mehrheit der Psychologen. Warum also sollten sich Letztere daran halten?

Seltsam mutet auch die angeführte Behauptung des Präsidenten der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ an, bereits jetzt den Bedarf an Psychotherapie vollständig decken zu können. Diese Behauptung bleibt in dem Artikel unwidersprochen stehen, obwohl sie doch gar nicht stimmen kann. Denn warum gibt es für ärztliche Psychotherapeuten viel weniger Zulassungssperren als für die meisten anderen Fächer? Doch wohl deshalb, weil eine Unterversorgung in Psychotherapie besteht. Und warum werden vielerorts 50 Prozent der psychotherapeutischen Leistungen von Psychologen erbracht? Doch wohl aus demselben Grund.

Dieser Artikel, fortschrittlich, wie er sich gibt, ist aus fachärztlicher Sicht geschrieben, voreingenommen und einseitig. Unter den Tisch fallen die psychologischen Psychotherapeuten und die Hausärzte, die mir am ehesten in der Lage erscheinen, die richtigen Weichen zu stellen.

Jetzt, wo es für viele Psychotherapeuten an die vermeintlichen Fleischtöpfe der gesetzlichen Krankenversicherung geht, vermisse ich auf beiden Seiten, den Ärzten und den Psychologen, eine Ehrlichkeit und Offenheit und auch eine Bereitschaft zur Selbstkritik. Das sollte man von Kollegen, die sich hochtrabend als „Vorreiter gesellschaftlicher Veränderungen“ sehen (Zitat aus dem Artikel) doch erwarten können.

Dieter Wettig, Mainz

Arztgebühr von drei DM halten nicht vom Arztbesuch ab

Dieter Wettig, Praktischer Arzt aus Mainz, bemerkt zu dem Artikel: „FDP: Doch keine Pläne für Drei-DM-Arztgebühr“ (ÄZ-Ausgabe Nr. 76)

Selbstbeteiligung gibt es auch für physikalische Therapie, also für Krankengymnastik, Massagen, Fango, Bäder, Reizstrom, Ultraschall oder Wärmetherapie.

Wird jemand stationär behandelt, wird auch eine Selbstbeteiligung erhoben (elf DM pro Tag). Und daß bei Zahnersatz, Kieferorthopädie oder beim Optiker auch zuweilen eine Selbstbeteiligung fällig wird, dürfte allen bekannt sein.

Die Angst, daß deshalb der Gang zum Arzt erschwert wäre, ist mir bisher nicht zu Ohren gekommen. Warum also sollte der Gang zum Arzt erschwert sein, wenn für den Arztbesuch selber drei DM Selbstbeteiligung zu zahlen wären?

Ein geplantes Gesetz müßte Befreiung von der Selbstbeteiligung für Kinder, Jugendliche und sozial Schwache vorschreiben, wie es auch jetzt schon in den anderen Bereichen der Fall ist.

Organisatorisch könnte man die Sache so lösen, daß am Ende des Jahres oder des Quartals die Selbstbeteiligung für alle Bereiche von der Krankenkasse auf Grundlage der Abrechnungen und der Rezepte vom Mitglied eingezogen wird und dem Honorarkonto des Empfängers gutgeschrieben wird. Dabei müssen strengste Auflagen wegen des Datenschutzes erlassen werden.

*Dieter Wettig,
Praktischer Arzt,
Mainz.*

Selbstbehalt bei psychotherapeutischen Leistungen ist richtig und gerechtfertigt

Dieter Wettig, Arzt aus Wiesbaden, kritisiert die Bundesvorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte Dr. Adelheid Barth-Stopik. Er spricht sich für das Psychotherapeutengesetz aus (ÄZ 191).

Frau Barth-Stopik, Bundesvorsitzende des „Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte“ und Kommissionsmitglied der Psychotherapeutenkommission der KV Berlin, vertritt in der ÄRZTE ZEITUNG die abenteuerliche Auffassung, daß das geplante Psychotherapeutengesetz unflüssig sei. Sie verkennet offensichtlich, daß ein dringender Bedarf an Psychotherapeuten besteht, denn warum sonst sind praktisch alle Zulassungsgebiete für niederlassungswillige ärztliche Psychotherapeuten noch offen? Warum erbringen viele Hausärzte psychotherapeutische

Leistungen selbst und suchen verzweifelt nach Psychotherapeuten, die noch Termine frei haben?

Es wird höchste Zeit, daß qualifizierte psychologische Psychotherapeuten zur Kassenbehandlung zugelassen werden und zwar nicht nur, wie bisher, die Verhaltenstherapeuten im Delegationsverfahren. Dabei werden auch dringend neue Methoden gebraucht, um der zunehmenden psychischen Problematik besser gerecht zu werden. Frau Barth-Stopik sieht im Gegensatz dazu keinen Bedarf zur Einführung neuer Methoden. Wie überall, geht auch auf psychotherapeutischem Feld die Forschung weiter, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ändern sich auch. Hier Stillstand zu propagieren ist gefährlich. Eine seltsame Meinung, die so altbacken klingt, daß ich den Kalk

zwischen den Zeilen rieseln sehe.

Frau Barth-Stopik fürchtet offenbar um ihre fachärztliche Pfründe und vertritt deshalb Parikularinteressen. Ihre Meinung ist einseitig und voreingenommen und gegen die Interessen der psychisch Kranken gerichtet.

Eine Selbstbeteiligung der Patienten bei psychotherapeutischen Leistungen ist auch nicht, wie sie behauptet, diskriminierend und ungerecht, sondern richtig und gerechtfertigt. Schließlich müssen Patienten mittlerweile auch bei Medikamenten, physikalischer Therapie oder Krankenhausaufenthalten Selbstbeteiligung leisten. Sieben bis zehn DM pro Psychotherapiestunde halte ich für angemessen.

**Dieter Wettig
65199 Wiesbaden**

Keine wohngesunde Umwelt konstruiert

Zu unserem Beitrag „Modernes Wohnen im energiesparend eingepackten Eigenheim“ (ÄZ Nr. 34) bemerkt Praktiker Dieter Wettig:

In Ihrem Bericht wird der Eindruck erweckt, als konstruiere die Architektin wohngesunde und umweltverträgliche Niedrigenergiehäuser. Das muß nach Lektüre des Artikels zumindest bezweifelt werden: In dem abgebildeten Haus werden die Bewohner in Schaumstoff gehüllt: Die Isolation besteht vollständig aus Styropor. Bei dessen Herstellung entstehen Giftstoffe, die nicht vollständig zurückgehalten werden: Es entsteht Styrol (Nervengift, mutagen und embryotoxisch), zirka 1,5 Gew.-Prozent Styrol bezogen auf die Masse des Endproduktes entweichen in die Umwelt, was in Deutschland zu jährlichen Styrolemissionen von 6000 bis 12 000 Tonnen (sic!) führt. Das eingesetzte Pentan entweicht zur Hälfte beim Schäumungsvorgang, zur anderen Hälfte beim späteren Gebrauch, und trägt dann zusammen mit Stickoxiden zum Sommersmog bei („Wärmedämmstoffe im Vergleich“, ISBN 3-930615-00-2).

Styropor ist nicht biologisch abbaubar und muß beim späteren Abriß des Hauses entsorgt werden, gerät es versehentlich in die Müllverbrennung entstehen hochgiftige Dioxine. Eine schwere Hypothek auf die Gesundheit der nachfolgenden Generationen. Alternativen gäbe es genug, zum Beispiel Zelluloseflocken.

Aber damit nicht genug: Eine Zwangsentlüftung saugt dauernd Luft durchs Haus, so als wäre es den Bewohnern nicht zumutbar, selbst mal die Fenster zu öffnen. Nicht nur, daß dadurch eine Pumpe dauernd Strom verbraucht, es entstehen auch erhebliche Wärmeverluste durch die Abluft. Daß nicht unerhebliche Probleme durch die nicht zu verhindernde Verkeimung der Luftschächte mit Bakterien, Milben und Pilzen entstehen können („Sick Building Syndrome“, siehe auch New Scientist vom 11.3.1995), scheint der Umweltarchitektin entgangen zu sein. Viele solcher Gebäude werden ohne das Herausreißen der Lüftungsschächte später nicht zu sanieren sein.

Vor derartigen Projekten möchte ich jede Baufamilie ausdrücklich warnen!

E

W

Ge
des
res
Pei
stu
(Ä
el
De

Wi
„R
sch
sch
ern
aus
Ko
sie
Erk
ner
wei
sch
V
Ha
dik
gui
Hä
Sch
ka
hal

F
a

Di
tur
Fr
ke
ka
65,
am

Die
Soz
her
ner
ein
sod
der
gel
De
103
daf
geo
zul
nur
gen
A
trag
ver
ab
dun
lass

47 Patienten ohne Sex für ein gerettetes Leben

PSA-Screening schadet Männern

MT, 10.12.10, S. 2

Zum Beitrag „Die Diskussion flammt wieder auf – PSA-Test unsinnig?“, MT Nr. 46/10, S. 1 und 20

An MEDICAL TRIBUNE

Das PSA-Screening bringt nichts für die Prostatakrebs-Mortalität und auch nichts für die Gesamtmortalität? Wieder einmal wird kein Wort über die Kosten verloren. Wenn man die berücksichtigt, wird klar, dass hier nicht nur kein medizinischer Nutzen entsteht, sondern durch die unerwünschten Wirkungen und die finanziellen Auswirkungen sogar erheblicher Schaden.

„Im vergangenen Jahr veröffentlichte das „New England Journal of Medicine“ Ergebnisse der beiden

umfangreichsten Studien zu Massenscreenings, eine in Europa, eine in den USA. Die amerikanische Studie zeigte, dass PSA-Untersuchungen die Lebensrate von Männern ab 55 Jahren über einen Zeitraum von sieben bis zehn Jahren hinweg nicht erhöht. Die europäische Studie erkannte eine leichte Abnahme der Sterblichkeitsrate. Aber sie belegte auch, dass 48 Männer behandelt werden mussten, um ein Leben zu retten. Das

macht jeweils 47 Männer, die mit höchster Wahrscheinlichkeit kein Sexualleben mehr haben und sich nicht mehr weit von der nächsten Toilette entfernen können. Das PSA sollte keinesfalls genutzt werden, um alle Männer über 50 regelmäßig zu testen, wie es jene wollen, die wahrscheinlich davon profitieren.

Dr. Dieter Wettig

Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden

52, 5.31.
Montag, 26. Juli 2010

Der unselbständige Patient

Viele Behandlungen machen abhängig von einem Therapeuten

Es stimmt, dass Homöopathika nur über den Placeboeffekt wirken („Die Globuli des Herrn Lauterbach“, 14. Juli). Das trifft aber auch auf Kinder zu, die Medikamente bekommen, obwohl Ruhe und Hausmittel genau so gut helfen würden. Selbstverständlich würde die Anwendung von Hausmitteln zum Beispiel durch die umsorgende Mutter auch einen Placeboeffekt auslösen. Dieser allerdings wäre dann nicht an einen professionellen Behandler (Arzt, Psychotherapeut, Apotheker, Physiotherapeut, Hebamme) gebunden, sondern hausgemacht, was die Eigenständigkeit und das Vertrauen in die Selbstheilungskräfte fördert. Ganze Placebosysteme in der Medizin, Physiotherapie und Psychotherapie dienen genau dazu, die Patienten an die Behandler zu binden und diesen den Heilerfolg zuzuschreiben: Homöopathie, viele Phytotherapeutika, Aufbauspritzen und die meisten Multivitaminpräparate, das Quaddeln, aber auch die Verschreibung von Medikamenten, wenn diese gar nicht indiziert sind.

Viele physiotherapeutische Anwendungen gehen auch nicht über den Placeboeffekt hinaus. Anwendungen, die mehr Geld bringen, wie Bobath oder Schlingentisch oder manuelle Therapie, bringen regelmäßig keine Mehreffekte, sondern bewirken nur, dass die Patienten unselbständig bleiben, denn wer hat schon zu Hause einen Schlingentisch? Hebammen legen den Grundstein zu dieser Entwicklung, wenn sie jeden Pups, den Mutter und Kind lassen, homöopathisch „behandeln“, Kinderärzte setzen das dann fort und verschreiben tonnenweise Hustensaft, Paracetamol-Zäpfchen und Halsmittel gegen Wehwehchen, die noch nicht einmal einen Arztbesuch erfordern würden. Psychotherapeuten behandeln auch gerne die banalen Störungen, weil es bequem ist, und stellen dann Diagnosen wie „Anpassungsstörung“ oder „Depressive Episode“. Da wird dann 25 bis 50 Stunden behandelt. In dieser Zeit löst sich eine depressive Episode aber auch meistens von selbst.

Dr. Dieter Wettig
Wiesbaden-Dotzheim

GESUNDHEITS UND GESELLSCHAFT

■ WAS LESER SAGEN

Mehr Therapeuten, mehr Kranke

„Mehr psychisch Kranke, zu wenig Plätze“, lautete eine Überschrift in der Ärzte Zeitung vom 10. Februar 2011. Unser Leser ist da ganz anderer Auffassung.

Von Dieter Wettig

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) drängt auf kürzere Wartezeiten für psychisch Kranke. Das Angebot an Behandlungsplätzen müsse deshalb wachsen. Fünf Millionen psychisch Erkrankten stünden nur 1,5 Millionen psychotherapeutische Behandlungsplätze gegenüber. Nach Ansicht der Kassen aber seien die meisten Gebiete überversorgt. Tatsächlich gibt es aber keinen Beweis, dass psychische Erkrankungen in Deutschland zugenommen haben. Zugenommen haben nur Psychoseerkrankungen (...). Zugenommen haben aber auch die Vertragstherapeuten seit 1999, nämlich um das über Dreifache, ohne, dass man eine Abnahme der psychischen Erkrankungen oder gar Heilungen beobachten konnte (...). Psychotherapeuten schaffen sich ihren Bedarf nämlich selbst: Heerscharen von Menschen werden über 25 bis 100 Stunden behandelt wegen „Depressiver Episode“ (die nach ein oder zwei Jahren auch von selbst verschwindet), „Anpassungsstörung“ (die man jedem anhängen kann, zum Beispiel wegen Liebeskummer, Trauer, Stress auf

der Arbeit oder in der Familie). Krakenhaft infiltrieren Sie jede menschliche Regung und erklären sie zum psychischen Problem, das behandelt werden muss. Damit professionalisieren sie das Gefühls- und Seelenleben und suggerieren, dass nur sie Abhilfe schaffen könnten. Altbewährte Maßnahmen wie Gespräche mit den Eltern, Freunden oder Kollegen werden auch deshalb vernachlässigt. Auch natürliche Methoden wie Spaziergänge im Grünen und in der Sonne geraten als Selbsthilfemittel in Vergessenheit, genau wie Ausdauertraining, Verzicht auf Alkohol und Nikotin. Hausärzte, die an der Basis am besten helfen und beraten könnten, bekommen dafür nur noch 80 Cent pro Kopf pro Quartal (Psychosomatische Grundversorgung), denn das Geld fließt jetzt zu den Therapeuten.

Gegen keine der Big Five hat die Psychotherapie etwas Erwähnenswertes ausgerichtet: Adipositas, Substanzmissbrauch, Demenz, schwere Depression, chronische Schmerzen.

Bleibt noch festzuhalten, dass Therapeuten mit Ärzten nur ungern kommunizieren: Keiner hat jemals bei mir Befunde angefordert, 90 Prozent schreiben keinen Arztbrief. Fazit: Kassen-Honorar für Therapeuten einfrieren!

Dr. Dieter Wettig,
Allgemeinarzt aus Wiesbaden

Hinweis der Redaktion

Leserbriefe und Webkommentare sind (erwünschte!) Stellungnahmen der Leser, sie decken sich aber nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

GESUNDHEIT: UND GESELLS

■ WAS LESER SAGEN

Große Vorbehalte gegen Therapeuten

Zum Leserbrief von Heiner Melchinger: „Noch mehr Psychotherapeuten wären kontraproduktiv“, (ÄZ 150).

In allen Punkten will ich Kollege Melchinger Recht geben: Psychotherapeuten schaffen sich ihren Bedarf selbst, sie behandeln hauptsächlich junge und leicht Erkrankte, viele arbeiten nur Teilzeit, sie bieten fast nie Gruppentherapien an, schöpfen fast immer das erlaubte Stundenkontingent aus, Bewilligungsanträge werden fast immer durchgewunken. Ergänzen will ich: Viele Therapeuten fordern vom Haus- oder Facharzt oder der psychosomatischen Rehaklinik weder Befunde an, noch schreiben sie Quartalsberichte (Arztbriefe), sie betreiben eine Parallelbehandlung, sind oft nur wenige Minuten am Tag erreichbar, überlassen die Notfallbehandlung dem Hausarzt oder der Klinikambulanz und nehmen am Notdienst nicht teil. Um eine Stunde Zuwendung durch eine Therapeutin zu finanzieren, müssen drei Beitragszahler je eine Stunde arbeiten gehen (...). Eine Stunde Psychotherapie (80 Euro) entspricht ungefähr der Quartalskopfpauschale für die Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt für 80 Patienten.

Dr. Dieter Wettig,
Allgemeinarzt aus Wiesbaden

Az. 20.9.11.
S. 9

Arverteilung für Fortgeschrittene

auf www.aerztezeitung.de

feld Artikel-Nr. eingeben: 589276

SUCHE

■ WAS LESER SAGEN

Jeder Euro zahlt sich doppelt aus?

Der Beitrag „Psychotherapie wirkt nachhaltig“ (ÄZ vom 12. September) sorgt weiter für kontroverse Diskussionen.

Clever und Best behaupten in ihrem Beitrag, jeder in Psychotherapie investierte Euro zahle sich doppelt aus und geben als Beleg die TK-Studie „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ an.

(www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/54714/TK-Abschlussbericht2011-Qualitätsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf). Ruft man den Text dieser Studie auf, kann man keinen Beweis für diese These entdecken. Vielmehr waren die zentralen Fragestellungen: „Führt der Einsatz von Qualitätsmonitoringinstrumenten (...) zu einer höheren Ergebnisqualität? Kann das TK-Modell die Effizienz der ambulanten PT nachhaltig verbessern?“

Antwort: Es fand sich kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, das Gutachterverfahren in der Richtlinien-therapie führte offenbar zu keiner Qualitätsverbesserung. Die Qualität der PT ist mit oder ohne Gutachterverfahren, mit und ohne psychometrische Messungen, gleich. Was die finanziellen Effekte der PT angeht, findet man keine belastbaren Zahlen und Berechnungen, sondern hauptsächlich Schätzungen und Annahmen.

Dr. Dieter Wettig, Facharzt für Allgemeinmedizin, Wiesbaden

OHNE
CODIEREN

„Jeden Tag wird das Kodieren einfacher“

Auch ich habe die AKR „scharf gestellt“ und war überrascht, wie wenig Probleme es damit gab. Es hat sogar Spaß gemacht, über die eine oder andere Diagnose mal kurz nachzudenken. Jeden Tag wird die Sache einfacher, die Diagnosen wiederholen sich ja immer wieder. Lediglich einige kleine Ungereimtheiten sind vorhanden. Das eigentliche Problem ist, dass die Arbeit quasi umsonst gemacht werden soll. Das ist ärgerlich! Ich bin sicher, dass diejenigen, die sich über die AKR aufregen, noch nicht mit ihnen gearbeitet haben.

Dr. Juraj Galan (Mainz)

„Dauerdiagnosen bleiben Dauerdiagnosen“

Herr Kollege Pies beschreibt seine Erfahrungen mit den AKR, er ist gleichzeitig auch Vorsitzender des Ausschusses „Kodieren“ seiner KV:

Zunächst habe er 45 Minuten pro 100 Patienten Mehrarbeit gehabt. Ärzte müssten auch den fünfstelligen Code angeben, zum Beispiel welcher Knochen von Osteoporose betroffen sei. Diese vorgegebene Präzision sei für die hausärztliche Praxis unsinnig.

Ich habe die AKR auch schon freigeschaltet, und es ist so gut wie keine Mehrarbeit: Einfach alle bisherigen Dauerdiagnosen übernehmen und fertig. Pro Patient eine Sache von 4-5 Sekunden. Dauerdiagnosen bleiben eben Dauerdiagnosen und werden nicht plötzlich anamnestisch. Denn alle Dauerdiagnosen spielen bei hausärztlichen Überlegungen immer eine

Rolle, zum Beispiel, weil man Kontraindikationen und Begleiterkrankungen zwingend immer berücksichtigen muss, wenn man eine Therapie einleitet oder verlängert.

Das gilt auch bei einem Verlängerungsrezept oder dem Ausstellen einer Überweisung. Tiefe fünfstellige

Kodierung ist für uns Hausärzte keine Pflicht.

Die KBV schreibt dazu auf ihrer Internetseite: „Auch gibt es Unterschiede bei der Kodiertiefe der Diagnosen: Im stationären Sektor muss zwingend endständig kodiert werden, im ambulanten Sektor grundsätzlich auch, aber mit Ausnahmen, zum Beispiel bei der hausärztlichen Versorgung und im organisierten Notfalldienst oder auch bei fachärztlicher Versorgung außerhalb des Fachgebietes.“

Außerdem: Sollte tatsächlich mal eine Behandlungsdiagnose unzutreffend angegeben worden sein, zieht dies keinerlei Sanktionen nach sich.

Dr. Dieter Wettig
(Wiesbaden-Dotzheim)

Hinweis der Redaktion

Leserbriefe und Webkommunikation sind (erwünschte!) Stellungnahmen der Leser, sie decken sich aber nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

7.4.11. 1. S. 14.

Viel Geld für PSA

Zu wenig für Hausbesuche

Zum Beitrag „Mehr als 9000
schwedische Männer ließen sich
20 Jahre lang beobachten – Pro-
stata-Screening verhindert Krebs-
tod nicht“, MT Nr. 21/11, S. 19

An MEDICAL TRIBUNE

Mit und ohne Vorsorge sterben
etwa gleich viel Männer am Prostata-
krebs. Nicht hingewiesen wurde auf
die Kosten der Vorsorgemaßnahmen:
Diese liegen in Deutschland jährlich
im mehrstelligen Millionenbereich.
Es leuchtet ein, dass das Geld dann
z.B. für Hausbesuche fehlt.

Dr. Dieter Wettig

Allgemeinarzt, Wiesbaden

MT, 10.6.11, S. 19

MT, 3.2.12, S. 2

Gesunde stören nur den Praxisablauf 5 € für jeden Arztbesuch

An MEDICAL TRIBUNE

Es stimmt: Die deutschen gesetzlich Versicherten gehen zu oft zum Arzt, aber auch zu oft zum Psychotherapeuten, in die Röhre, zum Herzkatheter, zum Röntgen und zum Labor. Überall darin sind sie Weltmeister, ohne dadurch aber Vorteile gegenüber unseren Nachbarn zu haben. Nur Nachteile: Kein Arzt hat mehr Zeit für sie, hohe Strahlenbelastung, unnötige Untersuchungen, die belasten, und immense Ausgaben.

Fünf Euro für jeden Arzt- und Psychotherapeutenkontakt sind

eine gute Idee. Die Gegner der Praxisgebühr sagen, man dürfe den Zugang zum Arzt nicht erschweren. Aber sozial Schwache sind ja von der Gebühr befreit.

Warum sagt dann niemand etwas gegen die Zuzahlungen bei Therapien, die der Arzt verordnet hat (Medikamente, Physiotherapie, Krankenhaus)? Und, umgekehrt, warum wird dann nicht gefordert, den Leuten Geld zu geben, wenn sie zum Arzt zur Abklärung gehen?

Dr. Dieter Wettig
Allgemeinarzt, Wiesbaden

Psychologen in die Pflicht nehmen!

Zum Leserbrief Dr. Dieter Wettig „Angstattacke nach 16 Uhr? Da muss der Hausarzt ran! – Psychotherapeuten lassen ihre Patienten einfach im Stich“, MT Nr. 1-2/11, S. 2

An MEDICAL TRIBUNE

Sicher gibt es auch psychologische Psychotherapeuten, die für ihre Patienten erreichbar sind. Aber es kommt häufiger vor, dass Patienten und Hausärzte von psychologischen Psychotherapeuten in Krisensituationen allein gelassen werden, und das

stellt ein großes Problem in der Versorgung dar. Ich kann den Ärger von Herrn Dr. Wettig sehr gut verstehen. Ich empfinde es auch schon lange als ärgerlich, dass diesbezüglich ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Ärzten und Psychologen besteht.

Ich bin als ärztliche Psychotherapeutin für meine Patienten in der Regel erreichbar, viele, insbesondere jugendliche Patienten, haben auch meine Handynummer. Es kann jederzeit eine Krise auftreten, in der manchmal sogar nur ein Telefoncoaching notwendig ist. Die oft praktizierte „Abgrenzung“ geht manchmal zulasten der Kollegen.

Des Weiteren finde ich es auch nicht richtig, dass Hausärzte keinen Bericht bekommen. Ich sage in aller Regel meinen Patienten, dass es sinnvoll ist, ihrem Hausarzt einen Brief mit wichtigen Informationen zu schreiben, ansonsten ist aus meiner Sicht eine sinnvolle Kooperation überhaupt nicht möglich. Diesbezüglich wurde ich von psycholo-

gischen Kollegen auch schon darauf hingewiesen, dass eine Schweigepflichtsentbindung notwendig ist, wenn mit dem Hausarzt oder einem Klinikarzt gesprochen wird. Meiner Meinung nach ist aber das Arztgeheimnis bei einem Austausch (sicher nicht von Intimitäten) von Arzt zu Arzt gewahrt und der Hausarzt weiß dann im Notfall, wie der aktuelle Stand ist. Ich selbst bin für die Zusammenarbeit mit den Hausärzten äußerst dankbar und auch darauf angewiesen.

Als ärztliche Psychotherapeutin muss ich für jeden Urlaub eine Vertretung haben, der/die psychologische Kollege/Kollegin braucht dieses meines Wissens nach nicht. Die psychologischen Kollegen haben bei der KV die gleichen Rechte, warum also nicht auch die gleichen Pflichten?

Dr. Irmgard Mühlenkamp

Ärztin, Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
Bad Neustadt

Schreiben Sie uns Ihre Meinung!

Redaktion Medical Tribune
Postfach 42 40
65032 Wiesbaden
Fax (06 11) 97 46-303



E-Mail: kontakt@
medical-tribune.de

Angstattacke nach 16 Uhr? Da muss der Hausarzt ran! Psychotherapeuten lassen ihre Patienten einfach im Stich

An MEDICAL TRIBUNE

Zum wiederholten Mal haben mir gesetzlich versicherte Patienten berichtet, daß ihre psychologische Vertragstherapeutin nicht erreichbar gewesen ist. Sie trafen

»Für 80 Cent soll ich springen.«

nur auf einen Anrufbeantworter, telefonische Erreichbarkeit gebe es nur zu eng umgrenzten Zeiten und in mehreren Fällen war mittwochs nach 11 Uhr und wochentags nach 16 Uhr niemand zu erreichen. Auf Rückrufbitten auf dem Anrufbeantworter sei nicht reagiert worden oder erst Tage später.

Eine Patientin, die unter Angst leidet, ist deswegen dann an einem Mittwoch gegen 13 Uhr zu mir gekommen, eine andere, die freitags um 16 Uhr ihre Therapeutin nicht erreichen konnte, ging um 20 Uhr zum Notdienst. Am Wochenende sind psychologische Psychotherapeuten gar nicht erreichbar für psy-

chologische Notfälle, selbst für ihre eigenen Patienten nicht.

Wenn diese Patienten dann zu mir kommen, werden sie selbstverständlich von mir fachgerecht behandelt. Wie Sie wissen, steht mir dafür durchschnittlich 80 Cent pro Patient im Quartal zur Verfügung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

Ein weiteres Problem: Da ich regelmäßig keine Berichte von den Therapeuten bekomme, weil sie sich praktisch von allen Patienten unterschreiben lassen, dass das nicht ge-

wünscht wird, stehe ich immer wieder vor einem Rätsel, was mit den Patienten genau los ist, wie derzeit behandelt wird und welches Prozedere geplant ist. Das ist kein guter Zustand und verstößt meines Erachtens gegen eine ganze Reihe von Bestimmungen.

Wie alle Vertragsärzte müssen auch die Vertragstherapeuten die ambulante Versorgung sicherstellen. Das tun sie aber nicht. Die KV sollte nun die Gesetze hier durchsetzen.

Dr. Dieter Wettig
Allgemeinarzt, Wiesbaden



Wie gut sind
Foto: SZ

nt sind, wie:
eise und be-
Batterie voll
e mit regene-
trieben wer-
längst, dass
floßen sowie
habende ge-
en die dritte
rius. Dieses
hjournalisten
industrie zu-
zierten Kom-
verbündet in
Vorteil des
des V. ren-
lie mit denen
als vergleich-
ohes Maß an
sichtlich des
"Schadstoffe
der Belastig-
Geruch, Ge-
Heiko Barske
Seefeld

Die Deutschen gehen immer häufiger zum Arzt – und zwar im Schnitt 18 Mal jährlich, wie eine Studie der Barmer Krankenkasse gezeigt hat. In Schweden dagegen sehen Patienten nur dreimal pro Jahr einen Arzt. Muss die Praxisgebühr erhöht werden, um die Zahl der Arztbesuche zu verringern?

Funktionieren kann eine Eindämmung der inflationären Arztbesuche nur über den Geldbeutel. In der Schweiz zahlt jeder Arbeitnehmer die volle Krankenversicherung, bei einem Arztbesuch zahlt man auch noch etwa 20 Prozent Selbstbeteiligung. Wer nicht zum Arzt geht, erhält Gutscheine oder Erstattungen wie in Deutschland bei der privaten Krankenversicherung üblich. Deshalb geht der Schweizer bei Bagatellerkrankungen in die Apotheke, lässt sich dort beraten und nimmt gegebenenfalls ein Medikament mit. Das funktioniert – der Schweizer ist statistisch gesehen gesünder als der Deutsche. Apotheker sind in Gesundheitsfragen hervorragend ausgebildet und profitieren von der täglichen Erfahrung ihrer Patientenberatung. Die Krankenkassen sparen so Milliarden an Arzthonoraren, die Patienten sparen sehr viel Zeit.

In den vergangenen 25 Jahren haben sich in Deutschland zu viele Ärzte niedergelassen (ein Versagen der Kassenärztlichen Vereinigung) – und nicht immer am richtigen Platz, denn auf dem Land fehlen Mediziner. Doch da jeder Arzt sich seinen Markt schafft, explodieren Arztbesuche und Kosten. Da gegenwärtig die Zahl der Arztpraxen weniger wird, die Ärzte weniger verdienen, könnte der Kostendruck von dieser Seite in den nächsten zehn Jahren nachlassen. Wenn allerdings die Patienten nicht stärker an den Kosten beteiligt werden, dürften sie

auch in Zukunft regelmäßig zum Arzt gehen, auch schon weil das Wartezimmer auf dem Land, wo jeder jeden kennt, un- ter Rentnern ein beliebter Treffpunkt ge- worden ist. Christof M. Schülling Winterthur, Schweiz

Die Praxisgebühr hat ihre Steuerungs- funktion verloren und ist zur Flatrate ver- kommen. Sie sollte auf 20 Euro erhöht werden und auch bei Vorlage einer Über- weisung sollte eine geringere Gebühr in Höhe von 10 Euro erhoben werden. Auch sollte die Zuzahlung bei Medikamenten erhöht werden. Medikamente, die bisher zuzahlungsfrei abgegeben werden, weil ein Rabattvertrag zwischen Kasse und Hersteller geschlossen wurde, verleiten zum unachtsamen Konsum.

Dr. Dieter Wettig Wiesbaden-Dotzheim

Da die Praxisgebühr nur einmal im Quar- tal erhoben wird, bedeutet sie nicht wirk- lich eine Bremse für häufigere Arztbesu- che. Im Gegenteil, wenn man sie einmal entrichtet hat, muss man sie doch „aus- nutzen“. Eine höhere Praxisgebühr wür- de eher die Menschen vom Arztbesuch fernhalten, die wirklich krank sind, die sich aber aus finanziellen Gründen den Arztbesuch nicht leisten können

Wer geht denn am häufigsten zum Arzt? Diejenigen, die nicht mehr berufs- tätig sind. Häufigere gesundheitliche Pro- bleme im fortgeschrittenen Alter sind nur ein Teil der Gründe. Es liegt auch da- ran, dass das Leben für viele Menschen keine besonderen Ereignisse mehr bereit hält, dass sie sich deshalb mehr mit ihren körperlichen Zuständen und Laborwer- ten beschäftigen, und dass sie häufiger zum Arzt gehen. Dort gibt es dann Auf-

merksamkeit. Die (zu) häufigen Arztbesu- che sind zum Teil ein psychologisches Problem. Dr. Karin Plagemann Kiel

Die Patienten müssten vierteljährlich ei- ne Rechnung vom Arzt bekommen und 0,5 Prozent des Betrages selbst bezahlen – dann würde sich das Problem von selbst erledigen. Hildegard Ade München

Mit der Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 ging die Zahl der Arztbesuche in Deutschland zurück. Das gilt aller- dings vor allem für zwei Gruppen: Ers- tens diejenigen, die mehr als zehnmal pro Jahr zum Arzt gehen und für die die Pra- xisgebühr gar keinen Anreiz bietet, selte- ner eine Praxis zu besuchen. Zweitens diejenigen, die kränker sind und die ihre Arztbesuche nicht einschränken sollten. Die Steuerungswirkung der Praxisge- bühr, wenn es eine solche überhaupt gibt, ist also teilweise merkwürdig, teil- weise sinnwidrig. Der Vergleich der Zahl der Arztbesuche zwischen Deutschland und Schweden ist übrigens problemati- sch, weil im schwedischen Gesundheits- system etwa eine telefonische Erstbera- tung durch Krankenschwestern möglich ist, während in Deutschland in der Regel die Arztpraxis erste Anlaufstelle im Ge- sundheitswesen ist. Dr. Joseph Kuhn Dachau

Die quartalsweise – oft völlig sinnlose – fachärztliche Wiedereinbestellung (statt dass Ärzte miteinander reden) nach er- folgter Überweisung durch den Hausarzt nimmt zu. Verstärkt wird diese Tendenz durch die Angst der Hausärzte vor Re- gressen bei teuren Medikamenten, die

wiederrum die Überweisungstendenzen zum Facharzt fördert. Ob der Ruf nach „mehr Macht für die Hausärzte“ aber et- was bringt, muss bei dem Aus- und Wei- terbildungsniveau angezweifelt werden. Schon unter wirtschaftlichen Gesichtspun- kten erscheint es nicht vertretbar, dass fachspezifische technische Leistun- gen (Labor, Kernspin und ähnliches) nach wie vor selbstständig vom Allgemein- arzt in Auftrag gegeben werden dürfen, in vielen Fällen unsinnigerweise. Auch mit der zunehmenden Zahl der psychoso- matisch Erkrankten ist der derzeitige Durchschnitts-Hausarzt völlig überfor- dert. Die Kosten steigen und werden wei- ter steigen ohne grundsätzliche Ände- rung des kassenärztlichen Systems – die- ser unseligen Allianz von (hochdotierten) Funktionären der gesetzlichen Kranken- kassen und kassenärztlichen Vereinigun- gen. Der Streit um Gesundheitsfonds geht an der eigentlichen Problematik vor- bei, das Geld wird im Versorgungssys- tem selbst verbrannt. Bisher sind alle For- derungen der Kassen (Beitrags erhöhun- gen der Versicherten, Steuerzuschüsse) erfüllt worden und die Arztbesuche wer- den weiter zunehmen... Dr. Hans Rein Ladenburg

Als Diabetiker Typ 2 soll ich zweimal pro Quartal meine Hausärztin konsultieren. Ich benötige pro Quartal Medikamente und eine Blutuntersuchung wegen des HbA_{1c}-Langzeitwertes. Ich bin also ge- zwungen, in die Arztpraxis zu gehen und ich besuche meine Ärztin bestimmt nicht wegen jedes Mückenstichs. Ich sehe nicht ein, warum ich als Rentner über- haupt eine Praxisgebühr zahlen muss.

Adolf Altmann Taufkirchen

rativer Energie per Elektrolyse sind wegen des Aufwands und der Kosten – im Vergleich zur Infrastruktur für Batterie-fahrzeuge – weitere Argumente gegen den Brennstoffzellenantrieb im künftigen Elektroauto. Hohe Reichweite und kurze Betankungszeit wiegen diese Nachteile keineswegs auf. Zetsche plädiert mit Recht für leistungsfähige Energiespeicher und müsste den mobilen Wasserstoffspeicher wegen seiner Ineffizienz nach dem Stand der Technik ausschließen.

Prof. Dr.-Ing. Helmut Späth
Karlsruhe

Kein Anlass für Entwarnung bei der Schweinegrippe

Eines der größten Probleme der H1N1-Welle („Die Wahrheit danach“, 12./13. Dezember) ist in der Tat die Kakophonie, zu der Journalisten allerdings massiv beigetragen haben. Wer jetzt schon zum Rückzug bläst, sei auf die Intensivstation der Medizinischen Hochschule Hannover eingeladen: Allein in unserer Klinik liegen bislang 20 beatmungspflichtige Patienten mit H1N1-Infektion, die meisten jung und ohne Vorerkrankungen, die Hälfte so krank, dass sie neben der Beatmung den Einsatz von Herz-Lungenmaschinen benötigten und acht dieser Patienten sind mittlerweile verstorben. Selbst die erfahrensten Intensivmediziner haben so schwere Krankheitsverläufe in derartiger Häufung noch nie erlebt. Deshalb ist es kaum nachvollziehbar, welche Wendung die H1N1-Diskussion nimmt. Unberechtigte Verharmlo-

sung ist mindestens so problematisch wie überzogene Dramatisierung.

Prof. Dr. Marius Hoepfer

57,24-27.12.03, 5.44 Hannover

Gutes Krisenmanagement, Pannen beim Impfstoff

Niemand konnte wissen, ob die neue Grippe mild oder schlimm verläuft. Und auch heute kann niemand wissen, ob nicht noch eine weitere Welle kommt, die vielleicht richtig zuschlägt. Die Impfung und ihre Kosten sind also zu rechtfertigen. Auch das Krisenmanagement hat ganz gut geklappt. Ungünstig ist allerdings die Abgabe des Impfstoffes in Zehnergebinden, die nach Anbruch nur 24 Stunden haltbar sind. Ich habe etwa 20 Prozent des Impfstoffes entsorgt. Zum fast selben Preis hätte der Staat bestimmt Einmalspritzen bekommen können.

Dr. Dieter Wettig
Wiesbaden-Dotzheim

Klimaschutz fängt bei der Brotzeit an

Felix Finkbeiner verpackt seine Brotzeit in Alufolie („Generation grün“, 12./13. Dezember)? Hat ihm jemand erklärt, wie umweltschädlich Alufolie ist? Und Flüge nach China oder New York werden auch nicht umweltfreundlicher, wenn sie einem guten Zweck dienen. Bei allem Respekt für ihn: Jeder einzelne kann zum Klimaschutz beitragen, und das fängt bei Kleinigkeiten an.

Katrin Lechler
Pforzheim

Akupunktur muss nicht so viel Zeit fressen

20 Minuten nadeln reicht!

An MEDICAL TRIBUNE

Seit drei Jahren ist Akupunktur Kassenleistung bei chronischem LWS-Schmerz und chronischer Gonalgie bei Gonarthrose. Die KVVH-Vereinbarungen sprechen von 30 Minuten Dauer, die EBM-Legende fordert 20 Minuten.

Ich habe mich an die KVVH gewandt, um diesen scheinbaren Widerspruch aufzuklären und bekam folgende Antwort (Auszug): „... Dies bedeutet, eine Akupunkturbehandlung dauert mindestens 30 Minuten, wobei die Verweildauer der Nadeln mindestens 20 Minuten zu betragen hat. Neben der Mindestverweildauer der Nadeln gehört zu den Leis-

der Punkte drauf und das Erläutern des Therapieplans bzw. seiner Änderungen. Weitere fünf Minuten für Aus- und Ankleiden.

Unter Berücksichtigung der Erläuterungen der KVVH kann ich nun etwa 20–25 % mehr Akupunkturen pro Stunde durchführen.

Ein anderer Punkt, der Kollegen vielleicht unklar sein könnte, ist die Frage, wie zu verfahren ist, wenn die Patientin nicht mehr kommt. Kann dann die Ziffer 30790 gar nicht ab-

gerechnet werden? Dazu die KV Hessen: „In diesem Fall ist der Abbruch und ggf. die Gründe hierfür – falls diese bekannt sind – zu dokumentieren. Auch wenn in diesem Fall eine Abschlussuntersuchung ggf. nicht mehr möglich ist, ist die Dokumentation des Abbruchs ausreichend, um die Ziffer 30790 EBM abrechnen zu können.

Dr. Dieter Wettig
Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden

Nr. 30790 auch bei Therapieabbruch

tungsinhalten auch das Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte sowie die exakte Lokalisation und Nadelung der akupunkturspezifischen Punkte mit der jeweils vorgegebenen Anzahl steriler Einmalnadeln unter Berücksichtigung des erstellten bzw. überprüften Therapieplanes ...“

Bisher habe ich die Nadeln 30 Minuten dringelassen, weitere zehn Minuten gingen für das Aufsuchen



**Die Tübinger Bombe hilft
Rheumaspritzen nicht**

Information ist Mangelware

**Zu dem Artikel „ZDF informiert
falsch ...“ in ApothekerPlus 8 vom
30. April nimmt Dr. Dieter Wettig
Stellung:**

Ich fand den ZDF-Beitrag eigentlich ganz gut. Tatsächlich ist es Realität, dass über Wechselwirkungen (WW) weder in Apotheken noch Arztpraxen oder Krankenhäusern (KH) regelmäßig aufgeklärt wird. Apotheken haben genug zu tun mit der Aufklärung über Rabattverträge und andere Formalitäten und klären über Kontraindikationen (KI) oder WW meist nur dann regelmäßig auf, wenn eine Kundenkarte und ein EDV-System im Spiel ist, das den Abgleich automatisch macht. Ärzte haben eigentlich keine Zeit für diese Dinge und ihre EDV ist meist nicht dafür ausgelegt, KI oder WW automatisch auszuspuken. In KH haben Patienten noch schlechtere Karten. So gut wie kein Patient wird schriftlich informiert, was in seiner Infusion oder Medikamentendose ist. Nach Prüfung mit einem Medikamenteninformationssystem habe ich festgestellt: Von zehn KH-Entlassungsbriefen mit drei oder mehr Medikamenten sind drei bis vier fehlerhaft, weil mit WW oder KI behaftet. Abhilfe wird erst die eGK mit KI- und WW-Prüfung bringen, wenn diese überall, auch im KH, eingesetzt wird.

Dr. med. Dieter Wettig,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Wiesbaden

Pädiater erbo- Schwerpunkte im RLV anerkennen!

An MEDICAL TRIBUNE

In fast allen Ländern wird den Kinder- und Jugendärzten mit anerkanntem Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung ein erhöhtes RLV-Honorar zugewillt, das auf den abgerechneten Leistungen der gekennzeichneten Facharztfälle in I/08 basiert. Diese Regelung entspricht auch weitgehend den Vorgaben der KBV in ihrem Beschlusstext, obwohl de-

Psychologen beuten das System gnadenlos aus 50 Stunden Psychotherapie wegen Liebeskummer!

An MEDICAL TRIBUNE

Immer wieder wird von ärztlicher Seite eine bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten gefordert, insbesondere werden aussagekräftigere Berichte erbeten. Teilweise wird auch behauptet, dass für nur geringgradige psychische Störungen viele Sitzungen

verwendet werden und u.a. deshalb Schwerkranken monatelang auf einen Termin warten müssen. Ein typisches Beispiel: Der Bericht nach der 23. Sitzung sagt zwar aus, dass der Patient regelmäßig kommt, gibt aber weder eine Diagnose noch einen aussagekräftigen Befund wieder. An was der Patient leidet, bleibt also ein Rätsel.



Derartige
Berichte
können später
weder für eine Krankmel-
dungsbegründung, den MDK, das
Versorgungsamt oder die DRV ver-
wendet werden und sind auch des-
halb schädlich für den Patienten.

Der zweite Bericht bezieht sich auf
eine junge Patientin, die Liebeskum-
mer und nun 50 Sitzungen Psycho-
therapie absolviert hat. Sie litt nicht
unter stärkeren Depressionen, son-
dern unter „Anpassungsstörungen“.

Die Therapeutin berichtet, dass es
der Patientin besser gehe, aber dass

es im Kontext von Beziehungsges-
taltungen wieder zu einer ungünsti-
gen Grundstimmung kommen kön-
nen. Dann könne sie zu einer Krisen-
intervention kommen. Hier liegt in-
ein Missbrauch der von der GKV
zahlten PT vor. Schwerkranken
sollten wegen so etwas unnötig lange
einen Termin warten und leiden.

Dr. Dieter We
Allgemeinartz, Wiesbad

Sehr geehrter Herr Dr. Wetig,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten. Seit dem
genannte Patient in meiner Behandlung.

Herr [Name] kommt pünktlich und regelmäßig zu den verein
verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept gut an. Die Sym-
Patient fühlt sich besser in der Lage seine Aufgaben zu erfüllen

Bisher haben 23 der von der Krankenkasse genehmigten 25 Sit-
(1. Behandlungsabschnitt = Kurzzeittherapie) stattgefunden. Eir
wurde im Einvernehmen mit dem Patienten beantragt.

Im nächsten Quartal werde ich wieder berichten.

Papiermü-
statt
Informati-
Mit solch
nichts-
sagender
Berich-
ten vom
Psychothe-
peuten
kann der
Hausarzt
nichts
anfangen

u
A2

ushalt

immer wichtiger

... in Richtung inte-
ng, die ambulante
angebote in der Regi-
gnostizierte Frauen-
ittstellen der einzel-
bereich und die Pa-
e müssen klar defi-
Wartezeiten, Wege-
ntersuchungen und
ionsaufwand so ge-
zu halten.
e Neustrukturierung
insatz moderner In-
unikationstechniken
r Kliniken und nie-
e miteinander ver-
uch Reha und Pfl-
Frauenknecht. Auf
inden virtuelle Ge-
die Leistungen aus
issermaßen „unter-
eten.

Donep
cept®
ach 11
vor 12.

■ WAS KOLLEGEN SAGEN

„Modellprojekt vergibt Chance“

Techniker Kasse und KV Westfa-
len-Lippe haben ein „Qualitäts-
monitoring in der ambulanten
Psychotherapie“ gestartet (ÄZ
vom 24. September). Daten wer-
den vom Therapeuten und durch
Selbstbeurteilungsbögen auch di-
rekt von Patienten erhoben. Die
Kontrollgruppe setzt sich zusam-
men aus Patienten, bei denen
nach dem bisherigen Gutachter-
verfahren gearbeitet wird.

VON DIETER WETTIG

Hier wird meines Erachtens eine
große Chance vertan, weil man
keine Kontrollgruppe vorsieht mit
Patienten, die keine Psychothera-
pie (PT) erhalten. Das könnte ge-
schehen durch eine Kontrollgrup-
pe, die „nur“ vom Hausarzt weiter-
behandelt wird, aber eben keine
genehmigungspflichtige PT erhält
oder einer Kontrollgruppe, die erst
nach einer Wartezeit von einigen
Monaten PT erhält.

Erst dadurch könnte man Hin-
weise auf die tatsächliche Wirk-
samkeit von PT erhalten. Denn
auch psychische Erkrankungen
bessern sich oft oder heilen ohne
genehmigungspflichtige PT. Um-
gekehrt erzeugt PT in manchen
Fällen psychische Beschwerden,
die ohne sie gar nicht aufgetreten
wären. Ich erlebe zwar immer wie-
der, daß Patienten seltener in die
Sprechstunde kommen, wenn sie
in PT sind. Aber nur wenige wur-
den wirklich durch PT geheilt, eini-
ge fühlen sich allerdings besser.

Dr. Dieter Wettig,
Allgemeinarzt aus
Wiesbaden-Dotzheim

ÄZ 29.11.06, S. 8

„Der Studie fehlt die Kontrollgruppe“

Mit dem Design der Pilotstudie ist Dr. Dieter Wettig nicht einverstanden (Zum Beitrag: „Bayern ermittelt Qualität der Psychotherapie in einer Studie“, ÄZ Nr. 207 vom 17. November).

VON DIETER WETTIG

Bei der Pilotstudie der Ersatzkassenverbände und der KV Bayerns werden die Daten vom Therapeuten und durch Selbstbeurteilungsbögen auch direkt von Patienten erhoben. Hier wird eine große Chance vertan, weil man keine Kontrollgruppe vorsieht mit Patienten, die keine Psychotherapie (PT) erhalten. Das könnte geschehen durch eine Kontrollgruppe, die „nur“ vom Hausarzt weiterbehandelt wird, aber eben keine PT erhält oder einer Kontrollgruppe, die erst nach einer Wartezeit von einigen Monaten PT erhält. Erst dadurch könnte man Hinweise auf die tatsächliche Wirksamkeit von PT erhalten. Denn auch psychische Erkrankungen bessern sich oft oder heilen ganz aus ohne jegliche genehmigungspflichtige PT.

Dr. Dieter Wettig,
Allgemeinarzt in Wiesbaden-Dotzheim

AZ, 11.9.08, S. 9

Akupunktur gegen die Pein im Kreuz

Chronische Kreuzschmerzen werden durch Akupunktur und Sham-Akupunktur signifikant besser gelindert als durch Standardtherapie, berichtete die Ärzte Zeitung (129, 2008, 9) über ein Studienergebnis. Ein Kollege sieht das kritisch.

Von Dr. Dieter Wettig

Akupunktur gibt bessere Resultate als die Standardtherapie. Standardphysiotherapie bedeutet allerdings in vielen Fällen nur sechs Sitzungen Krankengymnastik. ... Es leuchtet ein, dass man nicht sechs Sitzungen KG mit zehn Akupunktursitzungen vergleichen kann. Schon 2004 war in „Der Allgemeinarzt“ spekuliert worden, dass bei der GERAC-IWS-Studie das Design fehlerhaft erschien. Denn man kann nicht Patienten, die 10 oder 15 Sitzungen Verum- oder Placebo-Akupunktur erhielten, verglei-

Hinweis der Redaktion

Leserbriefe und Webkommentare sind (erwünscht!) Stellungnahmen der Leser, sie decken sich aber nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

chen mit Patienten, die nur 6 Sitzungen KG erhielten. Wie wollte man dann bei der statistischen Auswertung den Zuwendungseffekt durch den Behandler neutralisieren? ... Auch waren offenbar entblindende Veröffentlichungen von der Studienleitung von Anfang an geplant: Tatsächlich bestätigte Professor Victor diese Veröffentlichungen und sagte, sie seien absichtlich erfolgt: ... „... we have published our study protocol in advance.... Additionally, we like to remind that by ethical reasons in randomized trials study physicians are obliged to inform the patient about all possible therapies they could be allocated.“

... Die potenzielle Information von Probanden über das genaue Studiendesign halte ich für einen schweren Designfehler, der zu massiven Verfälschungen führen konnte. Patienten aus der Sham-Gruppe konnten sich so aus Frustration auf KVK Zusatztherapie besorgen, was zum bekannten Studienergebnis führen konnte, dass Shambehandlungen so effektiv wie Verumakupunktur seien. Eine Abwertung der Verumakupunktur!

Ein weiterer Nachteil der Studie ist, dass Probanden mit Akupunkturerfahrung teilnehmen durften. Bereits 2001 schrieb White, dass Placebo-Akupunktur (nur) bei Probanden ohne Akupunkturerfahrung richtig zum Einsatz kommen kann. ...

Den Krankenkassen ging es vielleicht darum, die Akupunktur zu dis-

kreditieren („Sham- wirkt genau so gut wie Verum-Akupunktur“) und dann diesen erheblichen Ausgabenposten (viele hundert Millionen Euro im Jahr), der an der KV vorbeifloss, zu kanalisieren und nachfolgend zu reduzieren. Tatsächlich wurden zunächst die bisher zugelassenen Akupunktur-Indikationen „Kopfschmerz“ und „Migräne“ durch den GBA gestrichen und dann weiter Ärzte abgeschreckt durch – so viele Kommentatoren – weitgehend sinnloses Anheben der formalen Qualifikationsanforderungen (Nachweis „Psychosomatische Grundversorgung“ und „Spezielle Schmerztherapie“, sowie vier jährliche Teilnahmen an Schmerztherapiezentren).

Nun werden Vertragsärzte durch Prüfungsankündigungen der Prüfstelle eingeschüchtert. ...

Es leuchtet ein, dass auf Akupunktur spezialisierte Praxen einen deutlich erhöhten Fallwert und sehr stark erhöhte Werte für extrabudgetäre Sonderleistungen (Akupunktur) haben müssen. Soll das jetzt weggekürzt werden?

Der nächste sinnvolle Schritt aus Sicht der Kassen könnte die pauschale Vergütung der Akupunktur sein. Ähnlich wie bei der Psychosomatischen Grundversorgung könnte ein Euro pro Patient pro Quartal genormt sein. Begründung: Akupunktur wirkt, aber es ist egal, wohin man sticht

Dr. Dieter Wettig, Wiesbaden-Dotzheim

„Tolle Erkenntnisse der Wissenschaft“

Tägliches Treppensteigen und der Verzicht auf den Lift können die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken, hieß es in der Online-Ausgabe der AZ am 1. 9. Ein Kollege wundert sich nicht, dass wissenschaftler bewiesen haben, was er schon lange empfohlen hat

Von Dr. Helmut Seidl

Tolle Erkenntnisse der Wissenschaft! In Voraussetzung dieses Studienergebnisses hatte ich vor 35 Jahren zu meiner Klinikzeit schon die Kollegin mit dem Spruch belustigt: „Bürger nutzt die Zeit im Aufzug für Kniebeugen!“

① Dr. Helmut Seidl, Allgemeinarzt und Internist aus Mühlthal Nieder-Ramstadt



www.respimat.de

Viel mehr Kontrolle als bei der eGK AOK-Vertrag legt Ärzte an die Kandare

MT,
12.3.08, S. 2

Zum Beitrag „Versicherte kümmern sich mehr um ihre Gesundheit – AOK: Hausarztmodell ist ein Gewinn“, MT 35/08, S. 18

An MEDICAL TRIBUNE

Laut AOK verglich die Prognos AG Aussagen von jeweils 2000 Versicherten, die am Hausarztmodell teilnahmen, mit jenen, die nicht daran teilnahmen (Kontrollgruppe). Das Durchschnittsalter sei 58 Jahre gewesen, die Studie war offenbar nicht randomisiert, anscheinend retrospektiv, nicht prospektiv. Die Teilnehmer am HA-Modell beurteilten dies positiv: bessere hausärztliche Versorgung, häufigere Teilnahme an Gesundheitsangeboten etc.

Hier liegt keine valide Studie vor, sondern einfach eine Untersuchung über die Selektionseffekte des HA-

Modells: Motivierte und gebildete Patienten gehen eher ins Modell, die anderen bleiben draußen. Patienten, die offen für Neues und Veränderungen sind, gehen eher rein, die anderen nicht.

Fazit: Diese Studie gehört in den Mülleimer. Sie ist eine Verschwendung von Ressourcen, ein Papierausfüllprogramm, genau wie die DMPs und HA-Modelle. Überdies verwässert all dies den hausärztlichen Stundenlohn, weil auch durch diese Programme und Modelle die Gesamtvergütung nicht steigt, der Arbeitsaufwand allerdings sehr. Der HA-Vertrag entwertet zudem Einzelleistungen, indem er zu zusätzlichen Leistungen verpflichtet, wie das Abhalten einer Abendsprechstunde. Er wird erkaufte durch einen Quantensprung bei der Kontrolle durch die AOK, denn alle möglichen Daten werden nun direkt erfasst und direkt an die Kasse weitergegeben. All dies ohne den Schutz, der bei der eGK selbstverständlich vorgesehen ist.

Mein Rat: Nicht mitmachen oder schnell kündigen (DMP).

Dr. Dieter Wettig

Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden

Schreiben Sie uns!

Redaktion Medical Tribune
Postfach 42 40
65032 Wiesbaden
Fax (06 11) 97 46-303



E-Mail: kontakt@
medical-tribune.de

„Ganz ohne Papier geht es nicht“

Auch Dr. Dieter Wettig hat Erfahrungen mit der papierlosen Praxis. Zu dem Artikel „Online-Praxisorganisation spart viel Zeit“ (ÄZ vom 10. Juni) merkt er an:

VON DIETER WETTIG

Kollege Prister sagt, er arbeite seit sechs Jahren papierlos in seiner Praxis, aber das kann nicht sein. Um den Ausdruck von Quittungen für die Praxisgebühr, von Rezepten, Überweisungen und Einweisungen etc. kommt man nicht herum. Auch für die Abrechnung braucht man noch Formulare oder – bei Privaten – Rechnungen auf Papier. Interessant wäre aber schon zu erfahren, wie er es angestellt hat, dass ihm sämtliche Befunde von Fachärzten elektronisch übermittelt werden und diese „mit einem Click“ in die digitale Patientenakte eingefügt werden. Er verschlüssele alle Daten beim Online-Versand entsprechend den Datenschutzerfordernissen. Aber wie macht er das in der E-Mail-Kommunikation mit Patienten? Ich selbst arbeite auch seit 1989 mit einem rein elektronischen Krankenblatt und tausche seit Jahren E-Mails mit Patienten aus – im letzten Jahr waren es etwa 2000, aber alle unverschlüsselt, was bisher – trotz Aufklärung – keinen Patienten störte.

Dr. Dieter Wettig ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Wiesbaden.

ÄZ, 12.6.08, S. 14

Der Gewinn muß nicht sinken! *Az*

„2,5 Prozent weniger Umsatz bei Hausärzten“ in Westfalen-Lippe (ÄZ 106 vom 13. Juni 2006) – eine Entwicklung, die Allgemeinarzt Dr. Dieter Wettig genauer analysiert. *22.6.05*

VON DIETER WETTIG *S. 8*

Im hausärztlichen Bereich der KV Westfalen-Lippe (KVWL) hat sich gezeigt, daß die Fallzahlen in 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 8,1 Prozent zurückgegangen sind, der Umsatz um 2,5 Prozent. (...) Nun bedeutet ja ein Umsatzrückgang von 2,5 Prozent nicht zwangsläufig, daß auch der Gewinn um 2,5 Prozent sinkt.

Ich vermute, daß viele hausärztliche Praxen innerhalb der KVWL ihren Gewinn sogar steigern konnten, denn bei etwa acht Prozent weniger Patienten und schätzungsweise fünf bis acht Prozent weniger Patientenkontakten könnte man durchaus Helferinnenstunden in der Größenordnung von fünf bis acht Prozent abbauen und bei einem angenommenen Anteil von 35 Prozent der Lohnausgaben am Gesamtumsatz die Gesamtausgaben etwa um 1,6 bis 2,7 Prozent senken. Bei fünf bis acht Prozent weniger Arbeitszeit! Oder sich mehr Zeit für Privatpatienten oder IGeL-Leistungen nehmen.(...)

Dr. Dieter Wettig,
Allgemeinarzt in Wiesbaden-Dotzheim

Am besten für jede Überweisung Praxisgebühr steigert unseren Gewinn!

MT
 87.05.2

Zum Beitrag „Nicht nur Fallzahlen gingen zurück – Praxisgebühr drückt den Umsatz“, MT 23/05, S. 26

An MEDICAL TRIBUNE

Im hausärztlichen Bereich der KV Westfalen-Lippe hat sich gezeigt, dass die Fallzahlen in 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 8,1 % zurück gegangen sind, der Umsatz um 2,5 %. Dies bestätigt die Voraussage einiger Kollegen vor Einführung der Praxisgebühr, dass diese den Punktwert steigern werde. Nun bedeutet ja ein Umsatzrückgang von 2,5 % nicht zwangsläufig, dass auch der Gewinn um 2,5 % sinkt. Wie sich die Gewinnentwicklung in 2004 verhielt, geht aus dem Artikel aber nicht hervor. Genau das ist aber die spannende Frage! Ich vermute, dass viele

hausärztliche Praxen innerhalb der KVWL ihren Gewinn sogar steigern konnten, denn bei etwa 8 % weniger Patienten und schätzungsweise 5 bis 8 % weniger Patientenkontakten konnte man durchaus Helferinnenstunden in dieser Größenordnung abbauen und entsprechend die Lohnausgaben senken. Oder sich mehr Zeit für Privatpatienten oder IGeL-Leistungen nehmen.

Ich vermute, daß diese Ergebnisse auch für andere KVen gelten könnten und erneuere meinen Vorschlag die Praxisgebühr in voller Höhe auch für Psychotherapeuten einzuführen und in etwas geringerer Höhe auch bei Vorlage einer Überweisung zu erheben.

Dr. Dieter Wettig

Facharzt für Allgemeinmedizin
 Wiesbaden

FR

31.8.93

Unter dem Deckmantel der Gerechten

In der FR vom 16. August 1993 („Im Wortlaut: Psychotherapeuten – seelisch Kranke gleichstellen“) forderten 52 in Marburg tätige Diplom-Psychologen den Gesetzgeber auf, Patienten mit seelischen Erkrankungen den Patienten mit körperlichen Erkrankungen gleichzustellen. Die im Gesetzentwurf (Psychotherapeutengesetz) vorgesehene Eigenbeteiligung von 25 Prozent für ambulante Psychotherapien benachteilige diese Patienten gleich mehrfach.

Sie übersehen dabei aber anscheinend, daß bei der ambulanten Therapie körperlicher Beschwerden oder der ambulanten medikamentösen Therapie seelischer Beschwerden schon lange eine Selbstbeteiligung (SB) gilt. Wer heute zum Arzt geht und wegen Schlafstörungen ein Rezept für Schlaftabletten bekommt, z. B. 10 Tabletten Oxazepam zu 10 mg, zahlt dafür in der Apotheke DM 2,01, also 100 Prozent SB, da das Medikament auch nur DM 2,01 kostet. 20 Tabletten dieses Medikaments kosten DM 3,83, die SB ist DM 3,—, also 78 Prozent. Bekommt ein Patient wegen Depressionen 20 Tabletten Saroten retard 50 mg verschrieben, beträgt die SB DM 3,12 bei einem Packungspreis von DM 14,50, also 22 Prozent.

SB gibt es auch für physikalische Therapie, also für Krankengymnastik, Massagen, Fango, Bäder, Reizstrom oder Wärmetherapie. Egal, ob dies für seelische oder körperliche Beschwerden verschrieben wurde. Wird jemand stationär behandelt, wird auch eine SB erhoben (DM 11,— pro Tag). Die Forderung der Marburger Psychologen nach Gleichstellung führt also logischerweise zur Einführung der SB in der Psychotherapie und nicht zu deren Verhinderung.

An und für sich nichts Neues, denn auch bisher mußten schon viele Patienten SB an ihren Psychologen abführen,

denn viele Psychologen haben bisher im sogenannten Kostenerstattungsverfahren gearbeitet, weil es noch keine gesetzlichen Regelungen gab, die jetzt erst das Psychotherapeutengesetz einführen will. Die Psychologen haben ihren Patienten Rechnungen geschrieben, zu denen die Krankenkassen zuweilen auf dem Kulanzweg einen Zuschuß gewährten. Meist betrug dieser 90 bis 100 Mark pro Sitzung, die Psychologen stellten in der Regel 120 bis 150 Mark pro Sitzung in Rechnung. Schon bisher betrug die SB für eine Behandlung bei einem Psychologen also bis zu 67 Prozent. Zahlte die Kasse gar nichts, betrug die SB satte 100 Prozent. Viele Psychologen, die ich kenne, haben bisher auch SB bei Kindern, Jugendlichen und sozial Schwachen genommen, obwohl sie dazu nicht gehalten waren.

Das geplante Psychotherapeutengesetz schreibt zum Glück Befreiung von der SB für Kinder, Jugendliche und sozial Schwache vor und schiebt dem Zugriff der Psychologen hier einen Riegel vor.

Alles in allem verwundert mich diese Forderung der Marburger Psychologen, denn sie lügen sich selbst und der Öffentlichkeit etwas vor. Unter dem Deckmantel der Gerechten verbirgt sich doch hier der Pharisäer. Kaum sollen die Psychologen an die vermeintlichen Fleischtöpfe der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden, stimmen sie ein Wehklagen an, wie ich es seit Jahren von allerlei Ärzteverbänden kenne, die um ihre Pfründe fürchten. Ob allerdings 25 % SB, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, nicht zuviel sind, ist eine andere Frage.

Dieter Wettig (Arzt), Mainz

Veröffentlichungen in dieser Rubrik sind keine redaktionelle Meinungsäußerung. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. (Red.)