



Trend: Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren nimmt kontinuierlich zu



Dr. Adela Litschel (KBV) im Interview



Was bringt die Pflege-reform Betroffenen?



Kampagne: Rheuma-Liga engagiert sich für frühe Krankheitserkennung

■ Editorial

Auf einer Augenhöhe

München – Gleich mehrere Veranstaltungen haben sich kürzlich mit dem Thema Patientencoaching beschäftigt. Für die Medizinerin Prof. Gisela Fischer ist es keine



Sabine Skwara

neumodische Begriffsbildung, sondern dringend nötig, um Gesundheitschancen von Patienten zu verbessern. Erste Ansätze werden bereits erprobt, ob von Krankenkassen, Versorgungsnetzen oder auch Einzelpraxen. So unterschiedlich diese bisweilen auch sein mögen, eines sollte immer klar sein: Es geht beim Coaching darum, den Patienten kompetent zu machen – und nicht, ihn zu bevormunden. Der Dialog auf Augenhöhe ist auch Schwerpunkt dieser Ausgabe: Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Ärzten. Was klappt gut, wo hakt es? Wir haben für Sie interessante Interviews, Umfragen und Praxisbeispiele zusammengestellt.

Eine anregende Lektüre wünscht

Ihre Sabine Skwara
Repräsentanz Berlin

■ Copyright © 2008 GSK

Impressum, Ansprechpartner,
Bildnachweis ►► mehr

Archiv bisher erschienener
Patientenbriefe ►► mehr

■ Schwerpunkt: Arzt und Selbsthilfe

■ Interview: „Versorgung mit Patienten planen“

Berlin – Was sollten Selbsthilfeorganisationen beim Umgang mit Ärzten beachten? Der Patientenbrief hat bei Dr. Adela Litschel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nachgefragt. ►► mehr

■ Patienten in der Ärztefortbildung

Bonn – Bei einem Projekt der Deutschen Rheuma-Liga wird eine ungewöhnliche Rollenverteilung praktiziert, um die Behandlung zu verbessern. Das Motto: Gute Versorgung von Anfang an. ►► mehr

■ Was halten Ärzte von Selbsthilfe?

Berlin/München – Eine repräsentative Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) gibt Aufschluss darüber, was Niedergelassene über Selbsthilfegruppen denken. ►► mehr

■ Literaturtipp: Von anderen lernen

Berlin – Erfahrungen und Anregungen zu Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Ärzten können im Jahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen nachgelesen werden. ►► mehr

■ Teure Unterversorgung

Berlin – Einer Studie zufolge sind Millionen deutscher Patienten von einer eklatanten Unterversorgung mit Arzneimitteln betroffen, die daraus resultierenden Schäden gehen in die Milliarden. ►► mehr

■ Versorgungszentren auf dem Vormarsch

Berlin – Medizinische Versorgungszentren, in denen verschiedene Niedergelassene unter einem Dach arbeiten, sollen Patienten eine Versorgung aus einem Guss ermöglichen. Das Konzept kommt an. ►► mehr

■ Bundestag verabschiedet Pflegereform

Berlin – Der Bundestag hat mit den Stimmen der Koalition das heftig umstrittene Pflegeweiterentwicklungsgesetz durchgewinkt. Was die Reform den Betroffenen bringt. ►► mehr

■ Die gecoachten Patienten

Berlin – Wie funktioniert Patientencoaching? Prof. Gisela Fischer, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit, sagt: „Der Ansatzpunkt dafür ist, dass jeder Krankheitsverlauf ein absolut individuelles Geschehen ist.“ ►► mehr

■ Interview Litschel

„Versorgung mit Patienten planen“

Berlin – Was sollten Selbsthilfeorganisationen beim Umgang mit Ärzten beachten? Der Patientenbrief hat bei Dr. Adela Litschel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nachgefragt.

Die Ärztin und Diplom-Sozialpädagogin hat von 1999 bis 2005 die Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen aufgebaut. Seit 2006 arbeitet sie in der KBV-Stabsstelle Patientenorientierung.

Was sollten Selbsthilfegruppen und -organisationen beim Umgang mit Ärzten beachten?

Litschel: Kooperationen mit der Selbsthilfe werden von niedergelassenen Ärzten gewünscht, allerdings bestimmen die unterschiedlichen Fachrichtungen auch unterschiedliche Kooperationswünsche. So liegt es nahe, dass Ärzte, die viele chronisch kranke und behinderte Menschen behandeln wie Hausärzte, Kinderärzte oder internistische Rheumatologen, offener gegenüber Kooperationen mit der Selbsthilfe sind als Radiologen und Neurochirurgen¹. Vielen Ärzten fehlt noch das Wissen darüber, was Selbsthilfe auszeichnet und leistet. An dieser Stelle kann die Selbsthilfe mit Informationen weiter helfen. Beachten müssen Selbsthilfe und Ärzte den Zeitrahmen, in dem beide Seiten arbeiten. Bei niedergelassenen Ärzten ergibt sich die Termindichte durch Praxis- und Weiterbildungszeiten. Von daher sind klare und verbindliche Absprachen zwischen beiden wichtig. Hier können die Kooperationsberatungsstellen (KOSA) der KVen und die Selbsthilfekontaktstellen weiter helfen.

Wie lassen sich gegenseitige Vorurteile und Barrieren am besten abbauen?

Litschel: Die Erfahrung aus der Kooperationspraxis zeigt, dass Ärzte, die bereits kooperieren, eine positivere und offenerere Haltung gegenüber der Selbsthilfe entwickeln als kooperationsunerfahrene Ärzte. Trotzdem zeigen die Ergebnisse zahlreicher Studien, dass eine große Diskrepanz zwischen Kooperationsbereitschaft und tatsächlicher Kooperation besteht². Gründe hierfür sind sicherlich der bereits beschriebene Zeitmangel und Informationsdefizite, aber auch Vorurteile und Ängste auf beiden Seiten. Diese Barrieren lassen sich nur durch konkrete Begegnungen und durch Erfahrungen in gemeinsamen Projekten oder Veranstaltungen überwinden. Beiden Partnern muss der konkrete Nutzen der Kooperationsbeziehungen erkennbar sein. Beispielsweise gewinnen Ärzte dadurch einen Nutzen, indem sie durch die Kooperation mit der Selbsthilfe Krankheitsbewältigungsstrategien erfahren, neue Kommunikationsmuster lernen, Kooperationspartner kennenlernen und Rückmeldungen über ihre Therapieerfolge erhalten. Kooperation kann in so einem Fall eine sehr direkte Form der Qualitätssicherung sein.

Was unternehmen KVen bzw. die KBV, um mehr Patientenorientierung im System zu etablieren? Welche Maßnahmen haben sich als erfolgreich erwiesen, welche stoßen auf wenig Resonanz?

¹ Im „Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe“, Hrsg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Wissenschaftliche Reihe Bd. 58 sind die langjährigen Erfahrungen der Kooperationsberaterinnen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV ausführlich beschrieben.

² Slesina, Kerr 2007: „Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen – Formen, Nutzen, Wünsche“, Bogenschütz 2002 (unveröffentlichte Daten), Litschel 2004: „Nutzen der Selbsthilfe für den niedergelassenen Vertragsarzt – am Beispiel der Rheumatologen“



Litschel: Patientenbeiräte, Patienten-Newsletter, gemeinsame Kooperationstagungen, telefonische Patientenberatungen und Informationsveranstaltungen sind nur einige der zahlreichen Aktivitäten, mit denen die KBV und die KVen erfolgreich Maßnahmen der Patientenorientierung umsetzen. Diese Maßnahmen werden durch die Stabsstelle Patientenorientierung der KBV unterstützt und beworben. Nach dem Motto „bessere Versorgung nicht mehr nur für, sondern auch mit dem Patienten zu planen“ werden Selbsthilfeorganisationen in die Arbeit der Vertragswerkstatt der KBV einbezogen. Diese soll besondere Versorgungsaufträge entwickeln. Mithilfe von Befragungen werden Versicherte nach deren Erfahrung mit der ambulanten medizinischen Versorgung gefragt. Eine erste Versichertenbefragung wurde 2006 (<http://www.kbv.de//8700.html>) durchgeführt, eine zweite ist für diesen Sommer geplant.

„Es kommt nicht nur darauf an, dass man etwas macht, sondern auch wie“, mahnte Prof. Rolf Rosenbrock kürzlich auf einer KBV-Veranstaltung zu Patientenorientierung an. Wie reagieren Sie auf die Kritik, dass Beiräte, KOSA etc. nur „Feigenblatt“-Aktionen sein könnten, da die Interessen der KVen nicht notwendigerweise deckungsgleich mit denen von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sein müssen?

Litschel: Natürlich sind die Interessenlagen nicht gleich. Das müssen sie auch gar nicht sein. Wichtig ist zunächst einmal, die Positionen des anderen zu kennen. Und bei diesen Positionen gibt es einige, wenn nicht sogar viele Schnittmengen. Alle Maßnahmen der Patientenorientierung – und dazu gehören auch alle Qualitätssicherungsmaßnahmen der KBV und der KVen – haben das gemeinsame Ziel, trotz erschwelter gesundheitspolitischer Bedingungen die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. Und genau an dieser Stelle überschneiden sich die Interessen des KV-Systems mit denen der Patienten- und Selbsthilfeverbände.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Rheuma-Liga Patienten in der Ärztefortbildung

Bonn – Bei einem Projekt der Deutschen Rheuma-Liga wird eine ungewöhnliche Rollenverteilung praktiziert, um die Behandlung zu verbessern. Das Motto: Gute Versorgung von Anfang an.

In dem Projekt nimmt die Rheuma-Liga die Situation von neu betroffenen Rheumakranken in den Blick und setzt sich für eine möglichst frühe und gute Versorgung ein. Denn noch immer dauert es zu lange, bis ein neu Erkrankter zum Facharzt und damit zu einer optimalen Behandlung kommt. Bundesweit schulte die Selbsthilfeorganisation insgesamt 80 erfahrene Rheumapatienten für die Fortbildung der Hausärzte.

Mediziner und Patienten erarbeiten Fortbildungseinheit

Das Projekt wurde in den Jahren 2004 bis 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Rheumatologen, Hausärzte und Patientenvertreter haben eine neue Fortbildungseinheit „Gelenkschwellungen“ erarbeitet, die inzwischen anerkannt und zertifiziert ist. Die Patienten haben sich insbesondere mit ihren Erfahrungen, den Erwartungen von Betroffenen und den Angeboten der



Rheuma-Liga eingebracht. Das Modul bieten das Institut für hausärztliche Fortbildung und die Rheuma-Akademie bundesweit an. Die Beteiligung von Rheumatologen, Hausärzten und Rheuma-Patienten gehört dabei zur besonderen Qualität dieser Schulung. Das Ziel der Fortbildung: Allgemeinmediziner erkennen früher einen Verdacht auf Rheuma und überweisen den Patienten an einen Facharzt. Gleichzeitig soll sich die Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Hausarzt verbessern. Inzwischen haben mehr als 30 Fortbildungen mit durchschnittlich zehn Teilnehmern stattgefunden. Die Evaluation von mehr als 100 befragten Ärzten zeigt, dass die Ziele erreicht werden – die Schulung erhält mit der Note 1,77 eine sehr gute Bewertung. Auch drei Monate nach der Fortbildung sehen die Teilnehmer die Veranstaltung noch als relevant für die Praxis an.

Info-Kampagne parallel gestartet

Zugleich hat die Rheuma-Liga eine bundesweite Informations-Kampagne durchgeführt. „Früher ist besser – Rheuma rechtzeitig erkennen und handeln“ lautet die Botschaft. Mit Broschüren, Faltblättern, Postkarten, Plakaten, Zeitungsanzeigen und Infoscreens in U-Bahnen hat sich die Organisation an die Öffentlichkeit gewandt. Zielgruppe waren sowohl Ärzte als auch betroffene Patienten.

Der Autor: Karl Cattelaens ist stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Rheuma-Liga, Bundesverband e.V. und leitet die Referate Finanzen sowie Verbandsservice und Forschungsförderung.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Studie

Was halten Ärzte von Selbsthilfe?

Berlin/München – Eine repräsentative Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) gibt Aufschluss darüber, was Niedergelassene über Selbsthilfegruppen denken.

Bei der Befragung, von der KVB im Oktober vergangenen Jahres durchgeführt, gingen Fragebögen an 500 Hausärzte, 500 Fachärzte und 100 Psychologische Psychotherapeuten. Die Rückantwortquote betrug 30 Prozent. Wichtigstes Ergebnis der Studie: Selbsthilfegruppen (SHG) werden von Ärzten und Psychotherapeuten prinzipiell äußerst positiv bewertet. Allerdings ergab die Umfrage ebenso folgendes: Je konkreter in punkto Kooperation nachgefragt wird, desto zurückhaltender äußern sich die Mediziner.

Die Ergebnisse im Einzelnen

95 Prozent der Einzelpraxen und 97 Prozent der Praxisnetze halten Selbsthilfegruppen für sinnvoll. 77 Prozent der Einzelpraxen und 92 Prozent der Praxisnetze denken, durch eine Kooperation mit ihnen bei der Betreuung chronisch kranker oder schwieriger Patienten entlastet zu werden. 73 Prozent der Einzelpraxen und 73 Prozent der Praxisnetze sind der Meinung, dass neue Ansätze zur Patientenorientierung wichtig beziehungsweise dringend umzusetzen sind. Lediglich acht beziehungsweise vier Prozent glauben, dass die Gruppen das Arzt-Patienten-Verhältnis stören. Interessant: Praxisnetze bewerten die Selbsthilfe insgesamt positiver als Einzelpraxen.



„Es stellt sich die Frage, ob Praxisnetze für neue Kooperationen mit Selbsthilfegruppen eine Vorreiterrolle übernehmen können“, schreibt Dr. Peter Scholze, Vorstandsbeauftragter der KVB für Patientenorientierung, in einem Beitrag für das Bayerische Ärzteblatt.

„Hohe Akzeptanz, doch keine konkreten Schritte“

Bei den Ärzten und Psychotherapeuten im Freistaat gibt es eine prinzipielle Bereitschaft, mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten. Die Resultate der Umfrage: Neun Prozent der Einzelpraxen und 24 Prozent der Praxisnetze vermitteln mehr als zehn Patienten pro Quartal in Gruppen. 33 Prozent der Einzelpraxen und 46 Prozent der Praxisnetze sind grundsätzlich bereit, ohne Honorar die Selbsthilfe zu beraten. 22 Prozent der Einzelpraxen und 38 Prozent der Praxisnetze können sich vorstellen, die Praxis für abendliche Gruppentreffen zur Verfügung zu stellen. 88 Prozent der Einzelpraxen und 88 Prozent der Praxisnetze würden in der Praxis Info-Material der SHG auslegen. In der Theorie klingt das gut und schön – Peter Scholze benennt jedoch den Knackpunkt: „Der hohen Akzeptanz von SHG und der prinzipiellen Bereitschaft zur Kooperation mit Selbsthilfegruppen folgen allzu oft keine konkreten Schritte.“ Er verweist in diesem Zusammenhang auf mehrere Initiativen der KV, um „Umsetzungsprobleme“ zu überwinden. Dazu gehören beispielsweise die Aktionsgemeinschaft Selbsthilfe Bayern (AGSE), der Referentenpool von Ärzten für die Selbsthilfe sowie das Modellprojekt „Selbsthilfe-freundliche Praxis“.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ **Literaturtipp**

Von anderen lernen

Berlin – Erfahrungen und Anregungen zu Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Ärzten können im Jahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen nachgelesen werden.

„Nirgends sonst wird unsere ärztliche Rolle so auf den Prüfstand gestellt wie in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen. Durch die Begegnung auf Augenhöhe, durch die statusgleiche Gesprächsatmosphäre müssen wir bestimmte, teilweise eingespielte Verhaltensweisen, welche wir uns als Attribute der ärztlichen Rolle zugelegt haben, hinterfragen oder ablegen. Wir werden hingeführt zu einem ehrlichen, offenen, empathischen und wertschätzenden Umgang miteinander.“

Finkbeiner: mit der Selbsthilfe Krankenhausstruktur reformiert

Dass der „wertschätzende Umgang“ zwischen Ärzten und Selbsthilfe keine Selbstverständlichkeit ist, sondern oft mühsam erlernt werden muss, schildert der Psychiater Thomas Finkbeiner offen in seinem Beitrag für das Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Den Umgang mit den Gruppen lernen Mediziner eben nicht im Studium. Finkbeiner zeigte sich nach Anfangsschwierigkeiten jedoch offen für Kooperationen. Eine konkrete Folge: Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Depressionen hatte „entscheidenden Anteil“ daran, dass die Struktur der von ihm geleiteten Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund verändert wurde. Die beiden großen Stationen wurden aufgeteilt in vier kleinere Stationen. Jede Station erhielt einen Kompetenzschwerpunkt. Das Fazit des Chefarztes: „Aufgrund dieser kons-



truktiven Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe wurde eine entscheidende Entwicklung unserer Abteilungsstruktur mit hoher Priorität, rasch und zügig umgesetzt.“

Bobzien: Kooperation im Zeichen eines Qualitätssiegels

Mit der Vergabe des „Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wollte die Kontakt- und Informationsstelle (KISS) Hamburg die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und stationärer Versorgung gezielt und auf verbindliche Weise fördern. Über die Erfahrungen des Modellprojekts berichtet Monika Bobzien ebenfalls im Selbsthilfejahrbuch 2007.

Als Orientierung für die Ausgestaltung der Zusammenarbeit dienten in der Hansestadt acht Qualitätskriterien. Sie reichen von der Ernennung eines Selbsthilfebeauftragten seitens des Krankenhauses bis hin zur Einbeziehung von Betroffenen in die Fort- und Weiterbildung der Klinikmitarbeiter. Bobzien betont, dass diese Kriterien nicht unkritisch übernommen werden sollten. Sie illustrierten lediglich, was ein Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung zur Entwicklung der eigenen Selbsthilfefreundlichkeit tun könne. Die Kapazitäten auf beiden Seiten, die spezifische Kultur des Krankenhauses und andere lokale Besonderheiten müssten unbedingt berücksichtigt werden.

Harte Arbeit und neue Ideen

Für das Hamburger Projekt zieht Bobzien ein gemischtes Resümee: Viele Ergebnisse konnten „erst nach jahrelanger ebenso geduldiger wie nachdrücklich verfolgter Zusammenarbeit zwischen einzelnen Beteiligten erreicht“ werden. Aber: „Die vorgelegten Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit haben auch bewirkt, auf neue und ermutigende Weise miteinander ins Gespräch zu kommen. So haben die Kooperationspartner im Modellprojekt darin neue Ideen und konkrete Anregungen gefunden, wie sich auch bereits langjährig bestehende Kooperationen künftig verbessern und weiter entwickeln lassen.“

- *Die Beiträge von Monika Bobzien und Thomas Finkbeiner können im Internet nachgelesen werden. <http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/service/jahrbuch/2007/> Auch in den Selbsthilfejahrbüchern älteren Datums finden sich interessante Anregungen für Kooperationen zwischen Ärzten und Selbsthilfe.*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

■ Studie

Teure Unterversorgung

Berlin – Einer Studie zufolge sind Millionen deutscher Patienten von einer eklatanten Unterversorgung mit Arzneimitteln betroffen, die daraus resultierenden Schäden gehen in die Milliarden.

Zu dieser Erkenntnis kommt ein Gutachten des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie, das vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) beauftragt wurde. Es stellt die Kosten der Unterversorgung in Deutschland an fünf Indikationen exemplarisch dar.

Unterversorgung Depression kostet jährlich über 17 Milliarden

Ein Beispiel aus der Studie: Die Gesamtkosten der Unterversorgung für die Depression betragen 17,9 Mrd. Euro pro Jahr. Durch eine fehlende antidepressive Therapie entstehen geschätzte direkte

Kosten von 6,2 Mrd. Euro pro Jahr (z.B. erhöhte Behandlungskosten durch späten Therapiebeginn). Die indirekten Kosten wie krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitstage oder Erwerbsunfähigkeit übersteigen mit 11,7 Mrd. Euro sogar noch wesentlich die direkten. Die Gesamtkosten der Unterversorgung bei rheumatoider Arthritis betragen 6,8 Mrd. im Jahr, wobei die direkten Kosten bei 1,5 Mrd. und die indirekten Kosten bei 5,2 Mrd. Euro liegen. Bei Osteoporose sind über einen Zehnjahreszeitraum Gesamtkosten der Unterversorgung in Höhe von 3,59 Mrd. Euro ermittelt worden, wobei die direkten Kosten bei 2,76 Mrd. und die indirekten bei 832,8 Mio. Euro liegen.

Ursachen der Unterversorgung

Die Ursachen sind laut Prof. Dr. Reinhard Rychlik vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie vielfältig. Er nennt unter anderem unzureichende Diagnose, Fachärztemangel bei spezifischen Erkrankungen, mangelnde Kenntnis der optimalen Behandlung durch die Ärzte sowie ungenügende Therapietreue der Patienten.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Ambulante Kooperation

Versorgungszentren auf dem Vormarsch

Berlin – Medizinische Versorgungszentren, in denen verschiedene Niedergelassene unter einem Dach arbeiten, sollen Patienten eine Versorgung aus einem Guss ermöglichen. Das Konzept kommt an.

In Berlin gibt es bereits über 100 solcher medizinischen Versorgungszentren, kurz MVZ. Erst kürzlich wurde im Berliner Stadtteil Marzahn-Hellersdorf das 100. Zentrum mit dem Namen „Medi-plus“ eingeweiht. Es ist noch verhältnismäßig klein, zunächst arbeiten dort nur ein Internist und ein Augenarzt. Weitere Fachrichtungen sollen in den nächsten sechs Monaten dazukommen. Ganz anders sieht es dagegen im bereits 2005 eröffneten „Polikum“ aus. Am Standort in Berlin-Friedenau arbeiten über 40 Haus-, Zahn- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Ernährungs- und Gesundheitstrainer zusammen.

Versorgungsanteil liegt bei zehn Prozent

Versorgungszentren wie das „Polikum“ oder „Mediplus“ decken in der Hauptstadt bereits einen Anteil von zehn Prozent der ambulanten Versorgung ab. In drei bis vier Jahren könnte der Anteil sogar bei 15 bis 20 Prozent liegen, glauben Experten. Bei den Medizinischen Versorgungszentren steht die Idee der koordinierten Behandlung aus einer Hand im Mittelpunkt. Ärzte – Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen bis hin zu Gynäkologen und Zahnärzten – arbeiten unter einem Dach zusammen. Auch Apotheken und Physiotherapeuten können mit einem MVZ kooperieren. Für den Patienten bedeutet das: kurze Wege und – im Idealfall – auch kürzere Wartezeiten. Ferner sollen Doppeluntersuchungen vermieden und die Arzneimitteltherapie besser abgestimmt werden.

Vorbild: ostdeutsche Polikliniken

Die Versorgungszentren stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken, die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten und tragende Säulen der ambulanten Versorgung



in der DDR waren. Eine wichtige Voraussetzung für das „Comeback“ unter neuen Vorzeichen war die Gesundheitsreform 2004. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass MVZ an der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen können. Die „neue“ Versorgungsform setzt sich mittlerweile immer mehr durch. Bundesweit gibt es bereits rund 900 solcher Zentren. Die meisten sind – laut Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren – in Bayern und Berlin beheimatet. „MVZ sind nicht mehr etwas Obskures, sondern eine Selbstverständlichkeit“, sagt Verbandsvize Dr. Bernd Köppl auf einer Pressekonferenz in Berlin. Der Mediziner glaubt, dass die Zentren die ambulante Versorgung nachhaltig verändern werden und preist deren Vorzüge an: „Die Versorgung wird integrierter, sie wird im MVZ für den Patienten organisiert.“ Dies sei vor allem für chronische Patienten wie Diabetiker wichtig, die regelmäßig verschiedene Ärzte aufsuchen müssten.

Politische Befürworter

Rückendeckung bekommt diese besondere Praxisform von der Politik. MVZ seien die adäquate Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens, sagt beispielsweise die Berliner Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher (Die Linke). Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel (SPD), betont auf einer Veranstaltung der Stiftung Praxissiegel in Berlin, dass sich Patienten eine Vernetzung der Leistungserbringer wünschten. Die Politikerin ist davon überzeugt, dass eine integrierte Versorgung höhere Qualität ermögliche. Kühn-Mengel: „Die Ärzte stimmen sich zum Wohle des Patienten ab, die Behandlung ist idealerweise stärker koordiniert, der Informationsfluss besser.“ Die Patienten müssten ihre Krankengeschichte nicht immer wieder von neuem erzählen – Missverständnisse würden vermieden. „Die Ärzte werden von Verwaltungsaufgaben entlastet und können sich dadurch ganz ihrer medizinischen Tätigkeit und den Patienten widmen“, sagt die Patientenbeauftragte. Auch die Bertelsmann Stiftung hat die Bedeutung der neuen Praxisart erkannt. Sie startet ein Projekt zum Qualitätsmanagement (QM) in der Integrierten Versorgung. Dabei werden unter anderem Qualitätsindikatoren für MVZ entwickelt. Die Zentren sollen damit ihre internen Prozesse besser steuern und die Qualität für Patienten langfristig sichtbar machen.

Was ist ein MVZ?

MVZ sind Einrichtungen für eine ambulante und übergreifende Zusammenarbeit von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. Ausschlaggebend ist, dass ein gemeinsamer Träger die Einrichtung verwaltet, eine ärztliche Leitung die Führung der Mediziner übernimmt, und dass das MVZ unter einer Adresse firmiert. Die ärztliche Versorgung muss durch mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder unterschiedlicher Versorgungsformen gewährleistet sein. Es sollten also ein Hausarzt, ein Facharzt und/oder ein Psychiater oder Psychotherapeut in einem MVZ arbeiten. Möglich ist dies als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt. Aber auch Physiotherapeuten, andere nicht-ärztliche Heilberufe wie Mitarbeiter eines Sanitätshauses, eines Orthopädiefachgeschäftes sowie Apotheker und Pflegedienstmitarbeiter können mit einem MVZ kooperieren.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Gesetz

Bundestag verabschiedet Pflegereform

Berlin – Der Bundestag hat mit den Stimmen der Koalition das heftig umstrittene Pflegeweiterentwicklungsgesetz durchgewinkt. Was die Reform den Betroffenen bringt.

Der Bundestagsbeschluss macht den Weg frei für die erste grundlegende Reform der 1995 eingeführten Pflegeversicherung. Das Gesetz wird am 25. April im Bundesrat beraten und soll am 1. Juli in Kraft treten. Laut Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bringt die Reform „spürbare und konkrete Erleichterungen für die Menschen“. Auch die erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Heike von Lützu-Hohlbein, sieht eine Reihe von Ansatzpunkten, die Demenzkranken zu Gute kommen werden. Die grundsätzliche Benachteiligung Demenzkranker und anderer psychisch Kranker werde dadurch allerdings nicht beseitigt.

Eine Übersicht der wichtigsten Änderungen:

Beiträge steigen

Die Beitragssätze steigen um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent und für Kinderlose auf 2,2 Prozent. Dadurch sollen die Defizite der Pflegeversicherung ausgeglichen und die Leistungsverbesserungen bis 2015 finanziert werden.

Pflegesätze werden erhöht

Die ambulanten Pflegesätze erhöhen sich über alle Stufen bis 2012 in drei Schritten. So steigen die Sachleistungen in der Stufe I von heute 384 auf 450 Euro. In der stationären Pflege gibt es für die Stufe III mehr Geld. Außerdem können die Pflegesätze ab 2015 alle drei Jahre an die Preisentwicklung angepasst werden.

Verbesserungen für Demente

Zum ersten Mal bekommen Demenzerkrankte in der so genannten „Pflegestufe 0“ Geld. Sie erhalten wie Erkrankte, die bereits in einer Pflegestufe sind, bis zu 2.400 Euro im Jahr. Bisher sind es 460 Euro. Die Regelung gilt auch für geistig Behinderte. In Heimen finanziert die Pflegeversicherung für je 25 betreute Demenzerkrankte eine zusätzliche Betreuungsperson. Dafür sind 200 Millionen Euro vorgesehen.

Länder entscheiden über Pflegestützpunkte

Die Entscheidung, ein Netz von lokalen Anlaufstellen aufzubauen, war in der Koalition umstritten. Nun liegt es in der Hand der Länder, ob sie Pflegestützpunkte zur Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen einrichten. Pflege- und Krankenkassen sollen den Beratungsdienst gemeinsam betreiben. Der Bund stellt ihnen dafür bis 2011 eine Anschubfinanzierung von 60 Millionen Euro zur Verfügung.

Anspruch auf Beratung durch Fallmanager

Ab dem 1.1.2009 haben Pflegebedürftige und Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf individuelle Beratung. Die Fallmanager der Pflegekassen sollen individuelle Versorgungspläne erarbeiten.



Pflegezeit und Freistellung von der Arbeitsstelle

Ab dem 1.7.2008 gibt es für Arbeitnehmer die Möglichkeit einer Pflegezeit von bis zu sechs Monaten. Angehörige können sich in diesem Zeitraum unbezahlt von der Arbeit befreien lassen, bleiben dabei aber sozialversichert. Wird ein Verwandter zum Pflegefall, gibt es außerdem einen Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung für bis zu zehn Arbeitstagen. Angehörige erhalten so mehr Zeit, die Pflege für die Betroffenen zu organisieren.

Jährliche Qualitätskontrollen ab 2011

Jede zugelassene Pflegeeinrichtung wird ab 2011 jährlich unangemeldet durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft. Bereits bis Ende 2010 soll jede Einrichtungen mindestens einmal untersucht werden. Zum Vergleich: Bisher lagen durchschnittlich mehr als fünf Jahre zwischen den Prüfterminen. Im stationären Bereich betrug der Anteil unangemeldeter Prüfungen etwa 50 Prozent, im ambulanten Sektor war er deutlich geringer. Die Ergebnisse der Inspektionen wird der MDK „verständlich und verbraucherfreundlich“ veröffentlichen – unter anderem im Internet. Ein Ampelschema oder ein Sternesystem soll den Betroffenen den Qualitätsvergleich so einfach wie möglich machen.

Förderung von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige können in Zukunft finanziell gefördert werden, wenn sie Betroffene betreuen oder Angehörige entlasten. Sie können in niedrigschwellige Angebote mit einbezogen werden, für die Bund, Länder und Kommunen ihre Fördermittel auf jährlich 50 Millionen Euro mehr als verdoppeln (bisher 20 Millionen Euro). Auch an den neuen Pflegestützpunkten sollen Selbsthilfe und Ehrenamt nach Möglichkeit beteiligt werden.

- *Weitere Informationen unter www.bundestag.de und www.bmg.bund.de*
- *zurück zur Übersicht* ◀◀

■ **Versorgungskonzept**

Die gecoachten Patienten

Berlin – Wie funktioniert Patientencoaching? Prof. Gisela Fischer, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit, sagt: „Der Ansatzpunkt dafür ist, dass jeder Krankheitsverlauf ein absolut individuelles Geschehen ist.“

Fischer ist Medizinerin und saß bis zum vergangenen Jahr im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Auf einer Veranstaltung der Gesellschaft für bürgerorientierte Versorgung betont sie: „Patientencoaching ist keine neomodische Begriffsbildung, sondern eine Notwendigkeit zur Verbesserung der Gesundheitschancen unserer Patienten.“ Es könne nicht nur einen wertvollen Beitrag zur individuellen Gesundheit leisten, sondern grundsätzlich die Effizienz und Qualität der Versorgung steigern. Notwendige Voraussetzung dafür: Das Coaching muss als eigenständige Leistung anerkannt werden, so die Medizinerin. Wichtig sei ferner, dass für die Patienten ein konstanter Ansprechpartner zur Verfügung stehe, der ihn in die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens begleite. „Die Zersplitterung der Versorgung darf sich nicht auf der persönlichen Ebene fortsetzen.“



Der Patient wird kompetent gemacht

Doch bei welchen Themen kann der Coach den Patienten überhaupt unterstützen? Dr. Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband nennt auf der Tagung der Gesellschaft folgende Optionen:

- Alltags-, Zukunfts- und Lebensstilberatung
- Ressourceneinschätzung und -einsatz,
- Konflikt- und Beschwerdemanagement,
- sozial- und zivilrechtliche Fragestellungen,
- Erfahrungsvermittlung unter Betroffenen.

Grundsätzlich gehe es darum, dass der Coach den Patienten kompetent mache, um eigene Belange und Interessen wahrzunehmen. Patientenführung will er mit diesem Modell auf keinen Fall verbunden sehen, das atme den Geist des paternalistischen Arzt-Patienten-Modells. Stattdessen vergleicht Etgeton den Coach lieber mit einem Fahrlehrer. „Der fährt mit, tritt im Notfall auf die Bremse, übt eine Schutzfunktion aus und entlässt den Schüler auch irgendwann.“

Zwei Krankenkassen erproben bereits das Modell

In der Praxis wird das Konzept bereits umgesetzt: Seit einigen Monaten bieten die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) ihren Versicherten ein „Gesundheitscoaching“ bzw. ein „ganzheitliches Betreuungsprogramm“ an. Beide Namen beschreiben den gleichen Ansatz: Am Telefon sprechen Beratungskräfte mit den Versicherten, meist chronisch Kranken, über ihre Gewohnheiten, ihre Therapien und ihr Befinden. Dadurch soll bei ihnen das Bewusstsein für den Umgang mit der eigenen Krankheit geschärft, eine Eskalation der Erkrankung verhindert werden. Bei der KKH sind es die Kassenmitarbeiter selbst, die die Patienten anrufen, die DAK hat dafür das Unternehmen Healthways beauftragt. Offenbar kommt der Service gut an, das zumindest legen die Einschreibezahlen nahe: 1.000 KKH-Versicherte haben sich in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eingeschrieben, in Bayern sind es rund 700. Die KKH ist mit dem Ergebnis ebenso zufrieden wie die DAK. Die Bilanz der Angestellten Krankenkasse: In Baden-Württemberg nutzen 5.000 Versicherte das Angebot, in Bayern sind es 10.000.

Auch Versorgungsnetze haben Interesse

Nicht nur Versicherungen setzen auf Patientencoaches. Auch das in München und Oberbayern ansässige Versorgungsnetz „Patient-Partner-Verbund“ (260 Haus- und Fachärzte) will künftig solche Berater einsetzen. Netzmanager und Allgemeinmediziner Dr. Elmar Schmid kündigt kürzlich auf einem Kongress in Berlin an: „Wir planen für 2008 vier Coaches anzustellen, zwei befinden sich zur Zeit in Ausbildung“. Zu deren Aufgaben werden unter anderem gehören: Terminorganisation, Angehörigeneinbindung, Formularunterstützung, Schulungsvermittlung

Was macht der Patientcoach, was der Casemanager?

Patientcoach und Casemanager werden oft in einem Atemzug genannt. Dabei unterscheiden sich ihre Aufgaben durchaus von einander. Dr. Klaus Meyer-Lutterloh von der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung definiert die beiden Konzepte wie folgt: „Der Coach fördert die Patientenkompetenz zum Selbstmanagement, während der Casemanager die Lotsenrolle im Behandlungsprozess übernimmt.“

■ www.dgbgev.de

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG

■ www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Thomas Werner (Vors.)

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754

Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:

Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327

■ roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376

■ ilka.einfeldt@gsk.com

Sabine Skwara
Repräsentanz Berlin
Tel.: 0171 - 9951 776
Fax: 040 - 41523 92128

■ sabine.skwara@gsk.com

Bildnachweis

Medizinische Versorgungszentren: Techniker Krankenkasse

Dr. Adela Litschel: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Pflegeversicherung: AOK-Bilderservice

Rheuma-Kampagne:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Editorial: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀