

# Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an [leserbriefe@aerzteblatt.de](mailto:leserbriefe@aerzteblatt.de), Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

## PSYCHISCH KRANKE



**Vernetzte Versorgung wird immer wichtiger (DÄ 45/2013: „Schwer psychisch Kranke: Die Klinik als teurer Ersatz“ von Petra Bühring).**

## Vorbildliche Versorgungskonzepte

Der Bericht über das Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer Mitte Oktober bringt das Problem in der Versorgung schwer psychisch Kranker wieder einmal auf den Punkt. Eigentlich wissen die Akteure, wie es gehen könnte, aber die flächendeckende Umsetzung hinkt weit hinterher.

Das genannte vorbildliche Modell der Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg von Dr. Norbert Mönter und Kollegen ist ein gutes Beispiel dafür. Die im Artikel erwähnte externe Evaluation, in mehrjähriger guter Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Krankenkassen durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie entstanden (die fälschlicherweise im Artikel genannte Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie war mit der externen Qualitätssicherung betraut, nicht mit der Kosten-Nutzen-Evaluation) und inzwischen publiziert, stellt eine Reihe positiver Effekte des Modells heraus. Die IV-Behandlung konnte die Anzahl der Krankenhaustage für die Gesamtgruppe, in allen Regionen Berlin, Brandenburg und Niedersachsen/Bremen und für die Subgruppen der Patienten mit Depression und Schizophrenie/schizoaffektiver Störung

statistisch signifikant senken. Obwohl die klinikvermeidend und klinikersetzend erbrachten ambulanten Komplexleistungen sehr aufwendig waren, blieben die Kosten über einen Beobachtungszeitraum von 1,5 Jahren stabil und waren nicht höher als unter herkömmlicher stationärer Versorgung. Neben den für die Krankenkassen wichtigen positiven ökonomischen Ergebnissen kam es zum Aufbau einer Vielzahl von ambulanten Strukturen, von denen nun alle anderen Krankenkassen profitieren könnten. Dennoch bleiben die seit Jahren hochengagierten Leistungserbringer in diesem Modell mit der flächendeckenden Ausweitung ihres Angebotes stecken. Ein Großteil der Krankenkassen ist nicht interessiert.

Warum also nicht einmal einen neuen Paragrafen im SGB V, der die Krankenkassen in die Pflicht nimmt? Die bisherigen gesetzlichen

Rahmenbedingungen erlauben bereits eine große Vielfalt von Ausgestaltungen vernetzter Versorgung. Solange Krankenkassen aber nur unter vordergründig ökonomischen Gesichtspunkten entscheiden, ob sie Verträge mit Netzwerken abschließen oder nicht, und Partikularinteressen die Vernetzung verhindern, wird den psychisch Kranken nicht geholfen werden.

Allerdings hätten die Akteure es auf allen Seiten leichter, Entscheidungen zur Ausweitung von Versorgungsnetzen zu treffen, wenn es noch mehr wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von innovativen Versorgungsformen, sektorenübergreifender Versorgung und Vernetzungen gäbe . . .

Literatur bei der Verfasserin

**Dr. med. Anne Berghöfer**, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité, Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

## TRANSITION



**Strukturierte Übergabe der Patienten vom Pädiater in die Erwachsenenmedizin (DÄ 38/2013: „Noch in den Kinderschuhen“ von Eva Richter-Kuhlmann).**

## Appelle verhallen ungehört

. . . Das Problem der Transition stellte sich für die „Herzkinder“, der weitaus größten Gruppe mit chronischen Krankheiten, die aus der Kindheit in das Erwachsenenalter gelangt, bereits in den frühen Neunzigerjahren des letzten Jahr-

hunderts. Dank früher Diagnostik durch die Kinderkardiologen und großer Erfolge der Kardiochirurgie überlebten seit den Siebzigerjahren bereits mehr als 70 Prozent der früher fast allen todgeweihten Säuglinge und Kinder mit häufig sehr komplexen Herzfehlern. Unterdessen haben sich die Ergebnisse weiter verbessert, so dass jetzt circa 90 bis 95 Prozent der Patienten das Erwachsenenalter erreichen.

Nachdem seit etwa 20 bis 25 Jahren jährlich 5 000 bis 7 000 meist operierte Patienten, häufig mit Restdefekten oder Folgeschäden, das 18. Lebensjahr überschreiten, ist mittlerweile deren Zahl auf circa 200 000 angestiegen und somit höher als die Zahl der Kinder. Damit

ist eine neue Gruppe von Kranken mit bis dahin unbekanntem und unerwarteten Problemen entstanden, auf die weder die Kinder- noch die Erwachsenenkardiologen ausreichend vorbereitet waren. Angesichts dieser Entwicklung wurde seit Beginn der Neunzigerjahre vonseiten der pädiatrischen Kardiologen versucht, die Kardiologen mit dieser Entwicklung zu befassen. Das führte 2003 zur Gründung der EMAH-Task-Force (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, in der sich Kardiologen, Kinderkardiologen, Kardiochirurgen mit Schwerpunkt angeborene Herzfehler, Vertreter von Patienten- und Elternverbänden zusammenfanden. Innerhalb kurzer Zeit wurden Leitlinien für die Betreuung dieser Patienten erstellt, Empfehlungen für die Weiterbildung auf diesem Gebiet erarbeitet und die Voraussetzungen für Weiterbildungskliniken in personeller, apparativer und diagnostisch-therapeutischer Hinsicht festgelegt. Die drei Fachgesellschaften Kardiologie, Kinderkardiologie und Kardiochirurgie verleihen seit 2008 an Kardiologen und Kinderkardiologen bei Nachweis entsprechender Qualifikation und nach einer Prüfung vor einem aus fünf Fachvertretern bestehenden Gremium ein Zeugnis über eine Qualifikation als EMAH-Arzt/Ärztin. Mehr als 250 Kollegen, überwiegend Kinderkardiologen, haben sich zwischenzeitlich qualifiziert.

In einem zweiten Schritt wurden die Voraussetzungen definiert, die klinische Einheiten erfüllen müssen, um als überregionale EMAH-Zentren zertifiziert werden zu können. Hier müssen qualifizierte EMAH-Ärzte der drei Fachgebiete eng zusammenarbeiten und einen Schwerpunkt auf die entsprechende Weiterbildung des Nachwuchses legen. Zwölf überregionale Zentren haben mittlerweile den Zertifizierungsprozess erfolgreich abgeschlossen.

Diese Entwicklung wird wesentlich zu einer besseren Versorgung der EMAHs beitragen und zeigt, dass eine von ärztlicher Seite angestöße-

ne Initiative im Interesse ihrer Patienten zum Erfolg geführt werden konnte. Allerdings scheitert in der Praxis eine wirkliche Verbesserung der Betreuungssituation weitgehend an anachronistischen Hürden im Arzt- und analog dazu im Versicherungsrecht. Die tatsächlich mit der Komplexität der Herzfehler, den Operationsmethoden und -folgen vertrauten Kinderkardiologen werden weitestgehend von der Betreuung der EMAHs ausgeschlossen, da seit den Zwanzigerjahren des letzten Jahrhunderts für Pädiater ein Versorgungsverbot für Patienten über 18 Jahre besteht. . . Diesbezügliche Appelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und auch der Bundesärztekammer sowie einzelner Fachgesellschaften verhallten bislang ungehört. . .

Prof. em. Dr. med. Hans Carlo Kallfelz,  
30916 Isernhagen

## Rechtzeitig planen

Herzlichen Dank für Ihren Artikel zum Thema „Transition vom Pädiater in die Erwachsenenmedizin“. Bei allen chronischen Erkrankungen ist es von großer Bedeutung, diesen Übergang rechtzeitig zu planen und zu strukturieren, um die weitere Therapie zu sichern und die erwachsen gewordenen Patienten gut zu begleiten. Zusätzlich halte ich es für sehr wichtig, auch den Übergang von chronisch kranken Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie genauso sorgfältig vorzubereiten und zu strukturieren wie bei den anderen Patientengruppen. Vielleicht gibt es hierfür ebenfalls bereits Modellprogramme oder Empfehlungen, die zu veröffentlichen für Therapeuten, Patienten und Angehörige eine große Hilfe wären.

Dr. Ulrike Elben, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 78166 Donaueschingen

## INFLUENZA



Bundesbehörden haben zur Impfung gegen Grippe aufgerufen (DÄ 40/2013: „Influenzasaison 2013/2014: Aufruf zur Gripeschutzimpfung“).

## Fragezeichen

Im DÄ wird wieder auf die Nutzung der Schutzmöglichkeiten der Gripeschutzimpfung eingegangen. Wir Ärzte sollen ein besonderes Augenmerk auf die im letzten Jahr „ungewöhnlich“ stark betroffene Altersgruppe zwischen 15 bis 59 Jahren legen, welche „ungefähr 3,4 Millionen“ Mal krankgeschrieben wurde, dem „höchsten Wert in den letzten zehn Jahren“. „Geschätzte 7,7 Millionen influenzabedingte Arztbesuche“ sind ein Grund für RKI, Paul Ehrlich-Institut und die BZgA, gemeinsam dazu aufzurufen, der neuen Grippewelle vorzubeugen; natürlich mit der Gripeschutzimpfung – und Hygiene. . .

Natürlich ist es großartig, dass es Impfstoffe gibt. Sie mögen sinnvoll

und hilfreich sein für die Betagten, die Immunsupprimierten, die HIV-Patienten – doch schon bei der Schwangeren setze ich ein großes Fragezeichen. Sicher, 21 Euro sind billiger als 32,17 Euro. So viel kostet nach GOÄ die Laborwertanalyse des 25-OH-Vitamin D3-Spiegels, gar 54,45 Euro die des Omega-3-Index. Für 60 Tage Vitamin D3-Kapseln hochdosiert, zum Beispiel 5 000 IE pro Tag, muss man wieder knapp 15 Euro berappen, ein Liter Lebertran kostet ebenso viel, Leinöl auch. „Der kranke Arzt ist wie die Hure in der Kirche“, sagte mir einmal ein Patient. Doch als Präventionsmediziner muss man mit gutem Beispiel vorangehen. Und siehe da: Ein gutes D3-Niveau, ein hoher Omega-3-Index, komfortable Zink- und Selenpiegel, seit vielen Jahren habe ich als U- und S-Bahnfahrer mit täglichem Praxiskontakt mit Menschen kein Fieber, keinen grippepalen Infekt, keine Influenza. Moderne Prävention sollte weiter gehen, als nur beliebig eine Spritze nach der anderen in den Deltoideus zu rammen. . .

Dott. Thomas M. Platzer, 85586 Poing