

GESUNDHEITSPOLITIK

In Kooperationen macht sich keiner strafbar

BMJV-Staatssekretärin Dr. Stefanie Hubig erläutert den geplanten § 299a StGB

■ Positive Signale erreichen jetzt die genossenschaftlich und vernetzten Ärzte aus dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV). Der geplante Straftatbestand § 299a StGB, verbunden mit der Änderung des § 300 StGB, wird die bisher erfolgreiche Arbeit von Ärztegenossenschaften und Praxisnetzen zugunsten einer besseren Patientenversorgung nicht beschneiden oder abwürgen!

„Der Gesetzentwurf wird nichts unter Strafe stellen, was heute als berufliche Kooperation erlaubt ist“, sagte die Staatssekretärin im BMJV, Dr. Stefanie Hubig,



Dr. Stefanie Hubig

im Gespräch mit dem Bundesverband der Ärztegenossenschaften (BVÄG) und im PERSPECTIV-Interview. So sieht die Juristin zum Beispiel bei der Beteiligung von Ärzten an einer Genossenschaft „keinen korruptionsrechtlichen Bezug“. Für die Strafbarkeit komme es darauf an, ob sich ein Arzt durch einen Vorteil „kaufen“ lasse und damit seine wirtschaftlichen Interessen über das Wohl des Patienten stelle. „Durch Vorteile, die im Rahmen standesrechtlich zulässiger beruflicher Kooperationen gewährt und

angenommen werden, wird sich niemand strafbar machen“, sagte die Staatssekretärin.

Das BMJV, das auch für das Genossenschaftsrecht zuständig ist, unterstützt genossenschaftliches Engagement nachdrücklich, so Dr. Hubig. „Wir haben uns bei der Erarbeitung des Entwurfs mit den Anliegen der Ärztegenossenschaften, die insbesondere vom BVÄG an uns herangetragen worden sind, intensiv auseinandergesetzt.“ Die Beteiligung an Ärztgemeinschaften, die in der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft organisiert sind, seien für Ärzte dem beruflichen Bereich zuzuordnen.

Werde jedoch eine Kooperationsvereinbarung „nur zum Schein abgeschlossen, um das berufsrechtliche Verbot von Zuweisungen oder Verordnungen gegen Entgelt zu umgehen und Bestechungszahlungen zu verschleiern, wird das strafbar sein“, so Dr. Stefanie Hubig. Diese Vereinbarungen seien bereits nach geltender Rechtslage berufsrechtlich unzulässig. Zukünftig wären sie somit auch strafbar. Der Gesetzentwurf stelle die Annahme von Vorteilen erst dann unter Strafe, wenn sie als Gegenleistung für eine Bevorzugung im Wettbewerb oder eine sonstige Verletzung von Berufsausübungspflichten gewährt werden. Ein Beispiel seien Kick-Back-Zahlungen von Pharmafirmen

an einzelne Ärzte als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten dieses Unternehmens oder „Kopfgelder“ für die Zuweisung von Patienten an ein bestimmtes Krankenhaus.

Die bloße Annahme eines Vorteils ohne Gegenleistung werde auch in Zukunft nicht strafbar sein, sagte die Staatssekretärin. Das sei ein wichtiger Unterschied gegenüber den Vorschriften für Amtsträger, für die strengere strafrechtliche Regeln gelten. Hingegen dürfen niedergelassene Ärzte auch weiterhin straflos Geschenke von Patienten annehmen, die sich damit für eine erfolgreiche Behandlung bedanken wollen. Der Entwurf bleibe damit hinter dem ärztlichen Berufsrecht zurück, das die Annahme von Vorteilen schon dann verbiete, wenn hierdurch der bloße Eindruck erweckt werde, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst werde. So stimme der Vorteilsbegriff des Gesetzentwurfs mit dem des ärztlichen Berufsrechts nahezu vollständig überein.

„Durch diesen Dialog mit Frau Dr. Hubig konnte ein wesentlicher Teil unserer Sorgen beseitigt werden“, so Christoph Meyer, Vorstandsmitglied der ÄG Nord. -ari

Komplettes Interview auf Seite 2

EDITORIAL

Klarer als bisher steht nun fest: Der künftige § 299a StGB möchte heilberufliche Entscheidungen frei von unzulässiger Einflussnahme halten. Deshalb ist der geplante Straftatbestand in erster Linie auch ein wettbewerbles Gesetz. Es geht dabei darum, die Interessen der Wettbewerber im Gesundheitssystem, der Patienten und Kostenträger zu schützen. Ergo: Alles, was dem System nicht schadet und keinen der Beteiligten schädigt, ist rechtlich zulässig. In diesem Sinne wurde im BVÄG-Gespräch mit der Berliner BMJV-Staatssekretärin Dr. Hubig wahre Aufklärungsarbeit geleistet – eine komplizierte Materie wurde im offenen Geist mit einem hohen Grad von Sachkenntnis der Gesprächspartner verständlich gemacht. Ein Dialog, der Mut macht. fc

Deutsche Post
INFOPOST

BVÄG / Chausseestraße 119b
10115 Berlin

ÄRZTENETZE

Erstes Praxisnetz mit Video-Sprechstunden

Pilotprojekt des ÄNEM

Seite 4



■ Das Ärztenetz Eutin-Malente (ÄNEM e.V.) hat als erstes Praxisnetz in Deutschland eine Kooperation für Online-Videosprechstunden mit dem Partner Patientus GmbH (Lübeck) vereinbart. Seit November 2014 nehmen Ärzte das Angebot einer medizinischen Sprechstunde per Videokonferenz wahr. Das Pilotprojekt soll ausgeweitet werden.

MEDIKATION

Auch große Tabletten problemlos einnehmen!

Der AMTS-Tipp

Seite 5



■ Etwa jeder dritte Patient kennt das Problem: Große Tabletten und Kapseln, weniger die Medikamente in runder Dragee-Form, bleiben bei Einnahme im Rachenraum hängen und verursachen einen unangenehmen Würgereiz. Deshalb zum Heraustrennen und Kopieren: **PERSPECTIV**-Ratschläge für Ihre Patienten.

PRAXISALLTAG

Dialogpartnerinnen sind „fit für den Brandfall“

Schluss-Seminar Praxis-Profi

Seite 8



■ Auch das Praxis-Profi-Jahr 2014 endete mit dem schon traditionellen Seminar, verbunden mit einem kleinen Event für 19 Dialogpartnerinnen. In Lübeck stand der Brandschutz im Mittelpunkt. Das „trockene“ Thema wurde „feurig“ nahegebracht: Experten vermittelten viel Theorie, begleitet von praktischen Übungen.

DAS INTERVIEW

„Der Gesetzentwurf wird nichts unter Strafe stellen, was heute als berufliche Kooperation erlaubt ist“

BMJV-Staatssekretärin Dr. Stefanie Hubig zum vorgesehenen Straftatbestand § 299a StGB

■ **PERSPECTIV:** Der Begriff „Vorteil“ ist im allgemeinen Sprachgebrauch unscharf. Die meisten Kooperationsvereinbarungen beruhen auf der Annahme, dass man gemeinsam Vorteile für alle Beteiligten erarbeiten könne. Erschreckt mussten wir lesen, dass Lehrern bereits die Annahme eines Abschiedsgeschenks als strafbarer Vorteil zugerechnet werden kann. Wo beginnt ein Vorteil im Gesundheitswesen nach dem jetzt im Entwurf vorliegenden § 299a StGB strafbar zu werden?

Dr. Stefanie Hubig: Unser Gesetzentwurf stellt die Annahme von Vorteilen erst dann unter Strafe, wenn sie als Gegenleistung für eine Bevorzugung im Wettbewerb oder eine sonstige Verletzung von Berufsausübungspflichten gewährt werden. Ein Beispiel hierfür sind Kick-Back-Zahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten dieses Unternehmens oder „Kopfgelder“ für die Zuweisung von Patienten an ein bestimmtes Krankenhaus. Die bloße Annahme eines Vorteils ohne eine solche Gegenleistung wird auch in Zukunft nicht strafbar sein. Das ist ein wichtiger Unterschied gegenüber den Vorschriften für Amtsträger, zu denen beispielsweise auch Schullehrer gehören. Ich möchte den Fall der Lehrerin nicht kommentieren. Aber ganz grundsätzlich gelten für Amtsträger strengere strafrechtliche Regeln, weil es bei ihnen nicht darauf ankommt, ob sie für den Vorteil eine Gegenleistung erbringen sollen.

Es kommt nicht alleine auf den Vorteil an, sondern darauf, ob ein Arzt sich durch den Vorteil „kaufen“ lässt und damit seine wirtschaftlichen Interessen über das Wohl des Patienten stellt.

Dagegen dürfen niedergelassene Ärzte auch weiterhin straflos Geschenke von Patienten annehmen, die sich damit für eine erfolgreiche Behandlung bedanken wollen. Unser Entwurf bleibt damit sogar hinter dem ärztlichen Berufsrecht zurück, das die Annahme von Vorteilen schon dann verbietet, wenn hierdurch der bloße Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der

ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Auch der Vorteilsbegriff des Gesetzentwurfs stimmt mit dem des ärztlichen Berufsrechts nahezu vollständig überein. Richtig ist, dass dieser Vorteilsbegriff relativ weit ausgelegt wird und darunter alles fallen kann, was die Lage des Empfängers irgendwie verbessert und auf das er keinen Anspruch hat. Für die Strafbarkeit kommt es aber nicht alleine auf den Vorteil an, sondern darauf, ob ein Arzt sich durch den Vorteil „kaufen“ lässt und damit seine wirtschaftlichen Interessen über das Wohl des Patienten stellt. Durch Vorteile, die im Rahmen standesrechtlich zulässiger beruflicher Kooperationen gewährt und angenommen werden, wird sich niemand strafbar machen.

Der Gesetzentwurf beschreibt die unlautere Bevorzugung und / oder die Verletzung von Berufsausübungspflichten als Ergebnis einer Vorteilsannahme als strafbar gemäß § 299a StGB-E. Wie ist in diesem Zusammenhang der Begriff „unlauter“ zu verstehen?

Dr. Hubig: Der Straftatbestand des § 299a StGB-E setzt eine unlautere Verknüpfung von Vorteil und Pflichtverletzung voraus, die im Korruptionsstrafrecht allgemein als Unrechtsvereinbarung bezeichnet wird. Geschützt werden soll das Allgemeininteresse an „lauteren“, also fairen Wettbewerbsbedingungen. Der Begriff der Unlauterkeit stammt aus dem Wettbewerbsrecht und auch im Strafrecht wird der Begriff der Unlauterkeit bereits an anderer Stelle verwendet und wurde durch die Rechtsprechung konkretisiert.

Eine Bevorzugung ist unlauter, wenn sie geeignet ist, Mitbewerber durch die Umgehung der Regelungen des Wettbewerbs und durch Ausschaltung der Konkurrenz zu schädigen. So ist es beispielsweise jedenfalls grundsätzlich nicht unlauter, wenn ein Arzt beim Einkauf von Praxisbedarf das Unternehmen bevorzugt, das ihm dafür das attraktivste Angebot macht. Unlauteres Verhalten verlangt einen Verstoß gegen bestehende, im Wettbewerb geltende Regelungen. Entsprechende Regelungen finden sich insbesondere in den Berufsordnungen. Durch die Bezugnahme auf bestehende Regelungen gewährleisten wir, dass nichts unter Strafe gestellt wird, was berufsrechtlich nicht ohnehin – teilweise sogar weitgehender – verboten ist. Das Merkmal der Unlauterkeit hat damit in den meisten Fällen die Funktion eines Korrektivs, um zu gewährleisten, dass berufsrechtlich zulässiges Verhalten keinesfalls unter den Straftatbestand fallen kann. Eine Unrechtsvereinbarung wird man aber zum Beispiel

annehmen können, wenn ein Angehöriger eines Heilberufs einen Vorteil annimmt und als Gegenleistung dafür beispielsweise ein Krankenhaus bei der Zuweisung von Patienten oder ein Pharma-Unternehmen bei der Verordnung von Medikamenten bevorzugt. Denn Wettbewerber, die sich auf solche korruptiven Vereinbarungen nicht einlassen und nicht bereit sind, „Kopfgelder“ zu zahlen, können erheblich geschädigt werden. Eine solche Benachteiligung ist unlauter und zwar deshalb, weil der Arzt durch dieses Verhalten gegen seine Berufsordnung verstößt – alle ärztlichen Berufsordnungen enthalten nämlich ein Verbot von Zuweisungen gegen Entgelt.

Die von Ihnen mehrfach angeführten Berufsausübungspflichten, vor allem die von der Musterberufsordnung abgeleiteten Berufsordnungen der Ärztekammern, regeln bereits heute weitestgehend das ärztliche Verhalten. Wird der § 299a StGB-E hier nach Inkrafttreten bisherige gewünschte und erlaubte Kooperationen, Gerätegemeinschaften oder auch auf Netzebene gestaltete ärztliche Verbände plötzlich unter Strafe stellen?

Dr. Hubig: Der Gesetzentwurf wird nichts unter Strafe stellen, was heute als berufliche Kooperation erlaubt ist. Wenn eine Kooperationsvereinbarung nur zum Schein abgeschlossen wird, um das berufsrechtliche Verbot von Zuweisungen oder Verordnungen gegen Entgelt zu umgehen und Bestechungszahlungen zu verschleiern, wird das aber strafbar sein. Diese Vereinbarungen sind aber bereits nach geltender Rechtslage berufsrechtlich unzulässig. Zukünftig können sie auch strafbar sein.

Der § 299a StGB-E meint den gesamten Bereich der Heilkunde und beschränkt sich ausdrücklich nicht auf den GKV-Bereich. Dennoch soll den GKV-Kassen ein besonderes Antragsrecht eingeräumt werden. Wie ist in diesem Zusammenhang deren Rolle im mehrfach angeführten Wettbewerb zu sehen? Könnte hier nicht ein verzerrender „Interessenskonflikt“ entstehen?

Dr. Hubig: Es ist richtig, dass der von uns vorgeschlagene Straftatbestand sich nicht nur an Vertragsärzte richtet, sondern einen weiten Kreis von Heilberufen erfasst. Ein Sonderstrafrecht für Vertragsärzte, wie es in der letzten Legislaturperiode vorgeschlagen wurde, kam für uns nicht in Betracht, weil es bei der Korruptionsbekämpfung keinen sachlichen Grund für eine Unterscheidung zwischen Vertragsärzten und anderen niedergelassenen Ärzten gibt.

Strafantrag können betroffene Wettbewerber, Patienten sowie die gesetzlichen und privaten Krankenkassen stellen.

Die Strafverfolgungsbehörden müssen grundsätzlich immer tätig werden, wenn jemand bei ihnen eine Anzeige macht. Das kann jedermann schon heute tun. Der von uns vorgelegte Gesetzentwurf sieht zusätzlich eine sogenannte „relative Strafantragspflicht“ vor. Das bedeutet, dass die Strafverfolgungsbehörden grundsätzlich nur bei Vorliegen eines Strafantrags das Strafverfahren fortführen, es sei denn, es liegt ein besonderes öffentliches Interesse an einer Strafverfolgung von Amts wegen vor. Das Recht, den Strafantrag zu stellen, haben neben den Verletzten, zu denen insbesondere die von Korruption betroffenen Wettbewerber und die Patienten zählen können, auch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Deren Antragsrecht ist meines Erachtens sinnvoll. Denn gerade im Gesundheitswesen sind Fälle denkbar, in denen es Patienten nicht zuzumuten ist, selbst Strafantrag zu stellen und damit möglicherweise das Verhältnis zu ihrem Arzt zu gefährden. Die Alternative wäre, auf einen Strafantrag völlig zu verzichten, so wie das der von Bayern vorgelegte Gesetzentwurf tut. Dann wären die Strafverfolgungsbehörden aber stets verpflichtet, Ermittlungen einzuleiten und fortzuführen, und zwar selbst dann, wenn die Betroffenen gar kein Interesse an einer Strafverfolgung haben sollten und daran auch kein öffentliches Interesse besteht.

Könnten Sie aus Ihrer langjährigen juristischen Praxis ein besonders prägnantes Beispiel nennen, das bisher straffrei zukünftig strafbar wäre?

Dr. Hubig: Ein gutes Beispiel dürfte der Fall sein, der der Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofes aus dem 2012 zugrunde lag und der einen wichtigen Impuls für das Gesetzgebungsverfahren gegeben hat. In dieser Entscheidung ging es um Prämienzahlungen einer Pharmareferentin an Vertragsärzte, um diese zur bevorzugten Verordnung bestimmter Präparate zu veranlassen. Die Prämienzahlungen wurden von den Beteiligten als angelegliches Honorar für fiktive

GESUNDHEITSPOLITIK

wissenschaftliche Vorträge ausgewiesen. Solche Fälle sind strafwürdig, da Patienten sich nicht darauf verlassen können, dass die Verordnungsentscheidung tatsächlich auf medizinischen Erwägungen beruht. Sie beeinträchtigen auch den Wettbewerb und benachteiligen diejenigen, die sich nicht auf solche Vereinbarungen einlassen. Der Bundesgerichtshof hat in dieser Entscheidung sehr deutlich gemacht, dass er hier den Gesetzgeber in der Pflicht sieht.

In welchem Umfang ist dem BMJV die möglicherweise besondere Rolle der Ärztenossenschaften, denn Ärzte „wirtschaften“ hierbei nach den Vorschriften des Genossenschaftsgesetzes, bewusst? Ist das Engagement in Ärztenossenschaften dem privaten Bereich, wie in Ihrem Entwurf beschrieben, zuzuordnen?

Dr. Hubig: Das BMJV ist auch für das Genossenschaftsrecht zuständig und wir unterstützen genossenschaftliches Engagement nachdrücklich. Wir haben uns bei der Erarbeitung des Entwurfs mit den Anliegen der Ärztenossenschaften, die insbesondere vom BVÄG an uns herangetragen worden sind, intensiv auseinandergesetzt. Die Be-

teiligung an Ärztenossenschaften, die in der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft organisiert sind, ist für Ärzte dem beruflichen Bereich zuzuordnen. Aber ich sehe bei der Beteiligung an einer Genossenschaft keinen korruptionsrechtlichen Bezug. Auch hier gilt, dass der Gesetzentwurf nichts unter Strafe stellen wird, was heute als (genossenschaftliche) Kooperation erlaubt ist.

*Dr. Stefanie Hubig:
Ich sehe bei
der Beteiligung an einer
Genossenschaft keinen
korruptionsrechtlichen
Bezug.*

In welchem Umfang werden sich die Gerichte bei zukünftigen Verfahren gemäß § 299a StGB an den Protokollen und Kommentaren orientieren, die bereits jetzt aus Ihrem Hause vorliegen?

Dr. Hubig: Die Gerichte sind bei ihren Ent-

scheidungen unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen. In der Praxis wird die Begründung eines Gesetzentwurfs von den Gerichten ebenso wie von der Fachliteratur als ein wichtiger Anhaltspunkt zur Auslegung von Gesetzen herangezogen. Auch deshalb sind wir in der Entwurfsbegründung ausführlich auf die jetzt auch von Ihnen gestellten Fragen eingegangen.

Welche Maßnahmen haben Sie eventuell zusätzlich geplant, um die derzeit zu beobachtenden teilweise fast lähmende Furcht vor diesem „Generalverdacht-Paragrafen“ zu relativieren?

Dr. Hubig: Um eines vorab klarzustellen: Die Berufsgruppen, an die sich die gesetzliche Regelung richtet, leisten hervorragende Arbeit. Sie alle sind eine tragende Säule unserer Gesellschaft. Aber – wie überall im Leben – gibt es auch hier Ausnahmen. Der neue Straftatbestand soll und wird das Gesundheitswesen nicht unter den Generalverdacht der Bestechlichkeit stellen. Der Straftatbestand wird sicherstellen, die schwarzen Schafe, die es gibt, zu erfassen. Und das ist wichtig, denn das Gesundheitswesen hat innerhalb der Gesellschaft einen sehr hohen

Stellenwert und es darf nicht der Eindruck entstehen, dass korruptive Verhaltensweisen im Gesundheitswesen straflos bleiben. Auch für andere Berufs- und Personengruppen, beispielsweise für Richter, enthält das Strafgesetzbuch spezielle Korruptionstatbestände, ohne dass diesen Berufs- und Personengruppen dadurch besonderes Misstrauen entgegengebracht würde.

Wir haben gleich zu Beginn großen Wert darauf gelegt, dass die von einem Straftatbestand der Korruption im Gesundheitswesen potentiell betroffenen Berufsgruppen in das Gesetzgebungsverfahren einbezogen wurden. Wir haben Anfang September letzten Jahres ein Fachforum veranstaltet, zu dem wir Vertreter von sehr vielen Heilberufsgruppen geladen hatten. Ich habe darüber hinaus viele Gespräche mit Vertretern von Heilberufsgruppen geführt. Ich habe durch diesen Austausch mit Vertretern aus der Praxis den Eindruck bekommen, dass korruptive Verhaltensweisen von niemandem toleriert werden und dass ein Straftatbestand, der mit Augenmaß erarbeitet wird und die praktischen Belange der betroffenen Berufsgruppen im Blick behält, durchaus begrüßt wird.

ÄRZTENETZE

IT-PROJEKT

COMPERTO – das interaktive Expertensystem für Ärzte

Entwickelt von Dr. Christof Heun-Letsch

■ Ein weiteres Beispiel für interessante IT-Projekte aus den Reihen der ärztlichen Vernetzung (vgl. **PERSPECTIV** 4/2014, S. 6): Das neue elektronische Praxiswerkzeug COMPERTO – eingetragen als geschützte Wortbildmarke (siehe Logo) – bringt Licht in den Dschungel, in dem sich die ärztliche Versorgung abspielt.



Entwickelt wurde COMPERTO von Dr. Christof Heun-Letsch (Ludwigshafen). Der Internist war zwei Jahre lang Vorstandsvorsitzender der Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG (GO-LU) sowie längere Zeit auch als Qualitätsmanager (EFQM) aktiv.

Zum ersten Mal werden mit COMPERTO die komplexen Handlungsabläufe einer Praxis so vermittelt, dass der Arzt für den jeweiligen Patienten individuell durch den Entscheidungsprozess geleitet wird, der die optimale Behandlung sicherstellt. Denn: Nahezu jede Krankenkasse hat ihre eigenen Bedingungen, unter denen die Patienten behandelt werden sollen; es besteht eine Unzahl regional unterschiedlicher Vorgaben, die den Behandlungsablauf, die Medikamente und den Umgang mit Überweisungen, Einweisungen und vielen anderen Abläufen vorgeben.

In COMPERTO werden alle notwendigen Informationen, von Formularen, über E-Mail-Adressen, Medikamentenlisten bis hin zu Weblinks und Leitlinien der Fachgesellschaften, so dargestellt, dass der Arzt sie dann zur Verfügung hat, wenn er sie braucht. Das bisherige Echo zeigt, dass COMPERTO genau das ist, was bisher in diesem Bereich gefehlt hat. „Wer es verwendet, kann sich nicht mehr vorstellen, ohne dieses Werkzeug auszukommen“, so ein Tenor der bisherigen Nutzer.

KURZGEFASST

■ Die Weiterbildung zur **Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA-O)** für MFA aus ophthalmologischen Praxen/Fachabteilungen ist ab Frühjahr 2015 im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe möglich, teilte die **Augenärztliche Genossenschaft WL** mit. Mit der Spezialisierungsqualifikation zur EVA-O können Augenärzte im Rahmen delegierbarer Tätigkeiten effizient entlastet werden. MFA, die eine ATA-Fortbildung abgeschlossen haben, können sich im modularen Aufbau fortbilden. Informationen zur EVA-O: **Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und KVWL**, Andrea Gerbaulet (Tel. 0251 929 2225), oder Homepage der ÄKWL.

■ Die **Gemeinde Büsum (Kreis Dithmarschen)** hat als erste Gemeinde in Deutschland eine kommunale Eigeneinrichtung (gGmbH) gegründet, um die hausärztliche Versorgung in der Region sicherzustellen. Das bisherige Ärztenhaus soll mit vier Einzelpraxen in die **kommunale Gemeinschaftspraxis** verwandelt werden, in der Ärzte dann ab 2016 im Angestelltenverhältnis tätig sind. Die **Ärztenossenschaft Nord eG (ÄGN)** hat das Konzept und den Businessplan dafür erstellt. Sie wird auch die Geschäftsführung der Eigeneinrichtung betreiben. ÄGN-Geschäftsführer Thomas Rampoldt wird kaufmännischer Leiter des Zentrums sein.

Zehn Jahre BVÄG e.V.

■ In diesem Jahr wird der Bundesverband der Ärztenossenschaften (BVÄG) zehn Jahre alt. Sieben Ärztenossenschaften zählten Anfang Dezember 2005 zu den Verbandsgründern. Die folgenden Ziele hatte sich damals der als Verein eingetragene Zusammenschluss gesetzt: Lobbyarbeit auf Bundesebene gegenüber Politik, Krankenkassen, Verbänden, Klinikketten, Pharmaindustrie, Wirtschaft und Medien. Mit diesen Aktivitäten sollen die genossenschaftlich organisierte und anderweitig vernetzte Ärzteschaft entsprechend ihrer Bedeutung für das Gesundheitssystem positioniert werden. Bei einer ersten Bilanz des BVÄG ragt heraus, dass vor fünf Jahren das Parlamentarische Frühstück mit Bundespolitikern initiiert wurde. Dieses konnte, ergänzt durch thematische Schwerpunkt-Workshops und mit Unterstützung von Q-Pharm, viermal in Berlin realisiert werden. Damit wurde gleichzeitig der Informations- und Meinungsaustausch zwischen den Netzen oder/und Ärztenossenschaften verbessert. Zudem konnten mit einer „Aufklärungsaktion“ zu den geplanten strafgesetzlichen §§ 299a/300 maßgebenden Gesundheitspolitikern die Bedenken und Anregungen der vernetzten Ärzteschaft vermittelt werden (siehe Titelseite u. Seiten 2/3 dieser Ausgabe).

-ari

Das Nurse-Programm

IV-Vertrag von GO-LU und PRAVO

■ Auf die „Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“ zielt der Vertrag, den die Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG (GO-LU) zusammen mit dem Praxisnetz Vorderpfalz GmbH (PRAVO) in Speyer mit den Betriebskrankenkassen (BKK), der IKK Südwest-Plus und der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland abgeschlossen hat. Allein in Ludwigshafen und Speyer nehmen mehr als 50 Hausärzte und alle Kardiologen an diesem IV-Vertrag teil. Hier haben sich in den vergangenen gut zwei Jahren über 750 Patienten freiwillig eingeschrieben. Mittlerweile nehmen im Rahmen des Roll-out über die gesamte Region Pfalz nicht nur Patienten aus den beiden Zentren am Vertrag teil, sondern auch aus Worms, Alzey, Kaiserslautern, Frankenthal, Trier und weiteren Städten. Bald ist die Marke von insgesamt 2.000 Patienten erreicht.

Im Zentrum steht ein Nurse-Konzept: In Ludwigshafen z. B. kümmern sich zurzeit fünf Krankenschwestern (Nurses) um die Patienten, die beim Programm mitmachen. Voraussetzung dafür ist, dass bei ihnen eine Herzschwäche diagnostiziert wurde oder sie bereits mindestens einmal wegen einer Herzinsuffizienz stationär behandelt wurden. Die Nurses erhalten von den Haus- oder Fachärzten Informationen über die betreffenden Patienten und halten telefonischen Kontakt mit diesen, um sich ein ständiges Bild von deren Gesundheitszustand sowie der Lebenssituation zu machen. Häufig folgen Besuche zu Hause. Die Krankenschwestern achten vor allem darauf, dass die Therapiemaßnahmen konsequent eingehalten werden. Für viele der Patienten sind zudem individuelle Gespräche über ihre Krankheit wichtig. Die Kontakthäufigkeit richtet sich nach den Bedürfnissen und Kenntnissen des jeweiligen Patienten.



Anschluss an KV SafeNet wichtig für Förderung

Praxisnetz Kiel: Neuer Vorstand gewählt

■ Viele bekannte und einige neue Gesichter prägen den Vorstand des Praxisnetzes Kiel. Auf der jüngsten Mitgliederversammlung des Ärztenetzes sind die



Doris Scharrel

Frauenärztin Doris Scharrel als fachärztliche Vorstandsvorsitzende und der Allgemeinmediziner Matthias Seusing als hausärztlicher Vorstandsvorsitzender wiedergewählt worden. Auch die Gynäkologin Dr. Christiane Schwerk wurde als Kassenwartin in ihrem Amt bestätigt. Zu Vorstandsbeisitzern wählten die Delegierten den Hausarzt Dr. Peter Sühning, den Labormediziner Dr. Harald Erichsen sowie den Urologen Jens Orthmann.

Auf der ersten Mitgliederversammlung seit Eintragung des Praxisnetzes in das Vereinsregister ist der Umbruch verdeutlicht worden, in dem sich der

Zusammenschluss von annähernd 300 Ärzten in etwa 200 Praxen befindet. Künftig gibt es drei verschiedene Formen der Mitgliedschaft, die sich



Matthias Seusing

unter anderem danach richtet, ob die jeweiligen Praxen bereit sind, sich dem Datenaustauschsystem KV SafeNet anzuschließen. Doris Scharrel sagte, dass sich möglichst viele Mitglieder dem System anschließen müssten, damit das Praxisnetz von der KV nach § 87b gefördert werden könne. Nur so werde langfristig die Existenz des Ärztenetzes gesichert. – Ziel der Arbeit des Praxisnetzes Kiel ist die Versorgungsverbesserung. Es werden Fortbildungsveranstaltungen organisiert und Informationsbriefe versendet. Zudem bietet das Netz Veranstaltungen für Patienten an und ermöglicht einen Austausch unter den MFA bzw. Dialogpartnerinnen.

Erstes Praxisnetz bietet Video-Sprechstunde an

Pilot-Phase im Ärztenetz Eutin-Malente e.V.

■ Das seit 2003 bestehende Ärztenetz Eutin-Malente (ÄNEM e.V.) schließt als erstes Praxisnetz in Deutschland eine Kooperationsvereinbarung für die Durchführung von Online-Videosprechstunden. Gemeinsam mit dem Partner Patientus GmbH (Lübeck) haben Anfang November 2014 die ersten fünf Ärzte das Angebot einer medizinischen Sprechstunde per Videokonferenz wahrgenommen. Das Pilot-Projekt soll bald auf eine Vielzahl von Ärzten ausgeweitet werden, sagte ÄNEM-Geschäftsführerin Heike Steinbach-Thormählen: „Die ersten Eindrücke sind durchweg positiv. Das Angebot wird von Patienten sowie Ärzten sehr gut angenommen.“ Es liefen zurzeit Gespräche zu Abrechnungsmöglichkeiten über die gesetzlichen Krankenkassen.

Die Online-Sprechstunde kann ohne Zusatzsoftware direkt über den Webbrowser durchgeführt werden. Die Datensicherheit hat allerhöchste Priorität und wird über eine direkte Peer-to-Peer-Verbindung ohne

zwischen geschalteten Server umgesetzt. Die Benutzung ist für Ärzte und Patienten einfach. „Die Video-Sprechstunde ermöglicht es meinen Patienten, eine Sprechstunde mit mir durchzuführen ohne weite Anfahrtswege auf sich nehmen zu müssen“, berichtet Hausarzt Dr. Ludger Iske (Eutin) über seine ersten Erfahrungen.

Patientus bietet seit dem 01. September vergangenen Jahres Deutschlands erste Plattform für den Arzt-Patienten Kontakt per Video-Sprechstunde an (www.patientus.de). Hier können Patienten Termine bei ihrem bisherigen Arzt oder bei neu ausgewählten Ärzten durchführen. Bei bestehendem Arzt-Patienten-Verhältnis sind Anpassungen der laufenden Therapie möglich. Zudem können bei Neupatienten Fragen im Vorfeld geklärt werden. Auch Zweitmeinungen können von Ärzten ortsunabhängig eingeholt werden. Alle approbierten Ärzte mit Sitz in Deutschland können die Plattform für die Kommunikation mit Patienten nutzen.

Neue technische Kooperation bei Vertragsumsetzungen

ÄG Nord plant den Einsatz der S3C-Schnittstelle

■ Die Ärztegenossenschaft Nord eG (ÄG Nord) und die gevko GmbH (Bonn) haben eine Zusammenarbeit bei der technischen Umsetzung von ÄGN-Versorgungsverträgen vereinbart. Dabei soll die von gevko entwickelte S3C-Schnittstellen-Technologie eingesetzt werden. Mit der neuen IT-Methode können die ärztlichen Vertragsteilnehmer einfach und komfortabel Leistungen innerhalb ihres jeweiligen Praxisverwaltungssystems erfassen und diese direkt zur Abrechnung an die Ärztegenossenschaft senden, teilte Dr. Klaus Bittmann, Erster Sprecher der ÄG Nord, mit.

Der Geschäftsführer der gevko GmbH (gevko = Gesundheit, Versorgung, Kom-



munikation), Prof. Dr. Guido Noelle, sieht in der Kooperation mit der ÄG Nord „einen weiteren wichtigen Meilenstein für die Marktakzeptanz der S3C-Schnittstelle. Die Kooperationspartner prüfen über die Vertragsumsetzungen hinaus, inwieweit andere Leistungsprozesse und Wissensapplikationen, wie z. B. die zeitgerechte Abbildung von Leitlinien, die Nutzer in ihrer Praxis-Arbeit unterstützen können.“

MEDIKATION

AMTS: Keine Standardlösung

■ Bei der Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) gibt es keine Standardlösungen. Das wurde auf einer Arbeitssitzung zum Thema AMTS am 30. Januar in Neumünster deutlich. Moderiert von Christoph Meyer (ÄG Nord und Q-Pharm) diskutierten rund zehn Ärzte als eine Art Fachbeirat die aktuellen AMTS-Aktivitäten im Bereich der Ärzteschaften und Praxisnetze. Notwendig sei eine regionale und lokale Vernetzung, um weitere Prozesse im Bereich AMTS anzustoßen sowie die entsprechenden Tools und Methoden zu entwickeln, hieß es. Ein Schlüssel dazu ist es auch, als einzelner und vernetzter Arzt eine gewisse Philosophie zu begleiten, mit der solche Ziele wirklich erreicht werden wollen.

Alle Ärzte, die sich in die regionalisierte Fortentwicklung von AMTS kollegial einbringen möchten, sind herzlich zur Mitwirkung aufgerufen. Bitte dann per Mail melden: amts@q-pharm.de

DAS URTEIL

Rezeptpflicht

■ Der I. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs (BGH) hat Anfang Januar 2015 entschieden, dass die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Medikaments durch einen Apotheker ohne Vorlage eines Rezepts unzulässig ist (Urteil Az.: I ZR 123/13). In dem Fall hat ein Apotheker gegen einen anderen Apotheker geklagt. Der Kläger beanstandet, dass die beklagte Apotheke einer Patientin ein verschreibungspflichtiges Medikament ohne ärztliches Rezept ausgehändigt hat. Er sieht hierin einen Verstoß gegen § 48 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Die Beklagte hat eingewandt, sie habe aufgrund der telefonischen Auskunft einer ihr bekannten Ärztin, die jedoch die Patientin selbst nicht kannte, davon ausgehen dürfen, zur Abgabe des Medikaments ohne Rezeptvorlage berechtigt zu sein. – Der BGH: Die Verschreibungspflicht dient dem Schutz der Patienten vor gefährlichen Fehlmedikationen und damit gesundheitlichen Zwecken. Die Beklagte sei aufgrund der besonderen Umstände des Streitfalls auch ausnahmsweise zur Abgabe des Arzneimittels ohne Rezept nicht berechtigt gewesen. Zwar kann der Apotheker sich grundsätzlich auf eine ärztliche Entscheidung über die Verordnung des Medikaments verlassen; die Ausnahmevorschrift des § 4 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) setzt aber eine Therapieentscheidung des behandelnden Arztes aufgrund seiner eigenen vorherigen Diagnose voraus.

NEUEINFÜHRUNG

Fentanyl-Pflaster von Q-Pharm

Sinnvolle Ergänzung im Bereich der Schmerzmittel

■ Mitte April ist die Einführung der Produktreihe Fentanyl Q-Pharm® 12, 25, 50, 75 und 100 Mikrogramm/Stunde transdermales Pflaster geplant. Bereits im Vorfeld beschäftigte sich eine Gruppe von Ärzten, die auf Schmerztherapie bzw. Palliativversorgung spezialisiert sind, mit praktischen Fragen rund um die Verordnung und Anwendung von Fentanyl. Dabei wurde herausgestellt, dass Patienten mit andauernden Schmerzen meist unter einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität litten.

Neben der Behebung der Ursache gelte es vor allem, die Folgen zu lindern oder im besten Fall zu beseitigen. Patienten seien aber oft von Grund auf skeptisch gegenüber dem „Schmerzpflaster“. Deshalb könne die Einstellung auf Fentanyl in Einzelfällen eine besondere Herausforderung sein. Besondere Aufmerksamkeit sei bei opioidnaiven Patienten geboten, hieß es einhellig in der Runde.

Mit der Einführung eines eigenen Fentanyl Pflasters wird Q-Pharm eine besondere Kommunikation zu den ärztlichen

Verordnern aufnehmen. „Denn unsere Arbeit endet nicht mit der Einführung eines Arzneimittels in den Markt. Ganz im Gegenteil – gemeinsam mit Ärzteschaften, Ärztenetzen stehen für uns praxisnahe Lösungen für die Arztpraxen in Deutschland im Vordergrund. Die Erfahrungen mit den bereits etablierten Analgetika, wie Tramadol und Morphin, werden uns dabei mit Sicherheit zu Gute kommen“, führt Christoph Meyer als Arzt für Allgemeinmedizin und Vorstandsvorsitzender der Q-Pharm gegenüber **PERSPECTIV** aus.



www.aerzteblatt.de/nachrichten/59107/Ursachen-fuer-Opioid-Überdosen-in-der-Therapie?s=Fentanyl-Pflaster

www.aerzteblatt.de/nachrichten/59038/Fentanyl-Pflaster-Lebensgefahr-bei-unbeabsichtigter-Exposition?s=Fentanyl-Pflaster



Liebes Praxis-Team, diesen Tipp bitte einfach ausschneiden, kopieren und bei Bedarf Ihrem Patienten mitgeben!



DER AMTS-TIPP

Große Tabletten und Kapseln problemlos einnehmen!

■ Etwa jeder dritte Patient kennt das Problem: Große Tabletten und auch Kapseln, weniger die Medikamente in runder Dragee-Form, bleiben bei der Einnahme im Rachenraum hängen und verursachen einen unangenehmen Würgereiz. Doch auch „Kawenzmänner“ unter den Medikamenten lassen sich problemlos schlucken, wenn der Patient diese Regeln beachtet:

Wenden Sie den Flaschentricks an! – Wichtig ist dabei, eine flexible (dünne) Plastikflasche mit nicht zu enger Halsöffnung zu verwenden, aus der das möglichst stille Wasser, also ohne Kohlensäure, gut in den Mund ausfließen kann.

▶ **Den Kopf leicht nach hinten neigen. Die Tablette auf die Zunge legen, die Lippen dicht um die Flaschenöffnung schließen, einen kräftigen Schluck Wasser richtiggehend einsaugen und in einem Zug mitsamt Tablette hinunterschlucken.** Bei dieser Methode folgt die Tablette Ihrer Schwerkraft hinunter zum Zungengrund und wird beim Schlucken quasi mitgespült.

Wenden Sie den Kapsel-Nick-Trick an! – Diese Methode ist ausschließlich für das Schlucken großer Kapseln geeignet. Dabei ist egal, aus welchem Behältnis Sie das Wasser trinken.

▶ **Bitte die Kapsel auf die Zunge legen und dazu Wasser in den Mund nehmen. Nun aber nicht gleich schlucken, sondern den Kopf nach vorn neigen, also das Kinn Richtung Brust wenden. Nun in dieser Position schlucken!** Warum funktioniert das? Kapseln sind leichter als Wasser. Deshalb steigen sie bei geneigtem Kopf in Richtung des jetzt höher liegenden Rachens und lassen sich somit leichter schlucken.

Hinweis: Diese Empfehlungen resultieren aus einer wissenschaftlichen Studie der Abteilung für Klinische Pharmakologie am Universitätsklinikum Heidelberg (Studienleitung Prof. Walter E. Haefeli).

Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel: Sachverstand der Apotheker und Ärzte notwendig

Aktualisierte Leitlinie für die generische Substitution: In welchen Fällen soll der Austausch vermieden werden?

■ Beim Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel (= generische Substitution) sind pharmazeutischer und ärztlicher Sachverstand unverzichtbar. Die 2014 aktualisierte Leitlinie „Gute Substitutionspraxis“ (GSP) der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft e.V. (DPhG) gibt wissenschaftlich fundierte Empfehlungen, um die Therapiesicherheit bei Patienten zu gewährleisten. Die GSP sollte daher von allen, die sich mit der Substitution befassen, als Grundlage herangezogen werden.

Die DPhG möchte mit ihrer GSP dazu beitragen, dass die Arzneimittelsicherheit bei einem Austausch zwischen wirkstoffgleichen Arzneimitteln nicht gefährdet wird und vor allem die berechtigten Interessen der Patienten gewahrt bleiben. Dies betrifft auch die Frage des Ausschlusses bestimmter Arzneistoffe bzw. therapeutischer Indikationsgruppen von der grundsätzlichen Verpflichtung zur generischen Substitution. „In einzelnen Punkten ergeben sich dabei



Beim Austausch die Empfehlungen der Pharmazeutischen Gesellschaft beachten

möglicherweise Konflikte zwischen den in der GSP-Leitlinie niedergelegten Empfehlungen und den aktuellen regulatorischen Vorgaben für die generische Substitution“,

so Prof. Dr. Dieter Steinhilber, DPhG-Präsident und Lehrstuhlinhaber für Pharmazeutische Chemie an der Goethe-Universität (Frankfurt/Main). Doch es sei eine wichtige

Aufgabe für die DPhG als große wissenschaftliche Fachgesellschaft, sich im Interesse der Patienten in allen Fragen rund um das Arzneimittel politisch einzumischen.

Prof. Dr. Henning Blume (Socratec R&D GmbH, Oberursel), der maßgeblich an der GSP-Leitlinie mitgearbeitet hat, zeigt anhand von Beispielen, in welchen Fällen aus pharmazeutischer Sicht der Austausch von wirkstoffgleichen Arzneimitteln vermieden werden sollte. Er nennt Indikationen wie Depressionen oder Epilepsie, da hier die Patienten sehr gut eingestellt sein müssen und eine möglichst konstante Therapie erhalten sollten. Auch sollte der Präparatwechsel bei Stoffen mit enger therapeutischer Breite unterbleiben, insbesondere bei kritischen Darreichungsformen. Wenn keine therapeutisch gleichwertigen Präparate verfügbar seien, so sei eine generische Substitution gar nicht möglich und der Patient müsse auf ein neues Präparat eingestellt werden.

Besorgt zeigt sich der Pharmazeut Dr. Klaus G. Brauer (Essen), Herausgeber der Deutschen Apotheker Zeitung und gleichfalls an der Erstellung der Leitlinie beteiligt, darüber, dass der GBA die Aufgabe hat, eine „Austauschverbotsliste“ (vgl. PERSPECTIV 5-14, S. 7) zu erstellen. Eine solche Verbotsliste werde „nicht verhindern können, dass Patienten bei problematischen Arzneimitteln durch unangebrachte Substitution Schaden nehmen.“ Des Weiteren betonte die DPhG, dass der Apotheker weiterhin die Möglichkeit haben müsse, in begründeten Fällen den Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel aufgrund „pharmazeutischer Bedenken“ abzulehnen (vgl. Artikel links).

Bei „Pharmazeutischen Bedenken“ könnte es Gesprächsbedarf geben

Sachlicher Dialog Apotheker-Arzt sichert Versorgungsqualität

■ Sicherlich hat sich der eine oder andere Arzt schon darüber geärgert, wenn ihn ein Apotheker angerufen und aus unterschiedlichsten Motiven das Setzen des (Nec)-Aut-idem-Kreuzes verlangt hat. Vielleicht wurde ein Patient vom Apotheker sogar mit der Forderung nach dem Kreuz in die Arztpraxis zurückgeschickt. Denn die Apotheke kann genau wie der Arzt eine Substitution ausschließen; dann muss der Apotheker in solchen Fällen seine „Pharmazeutische Bedenken“ geltend machen.

Der Apotheker darf „Pharmazeutische Bedenken“ postulieren, wenn er meint, ein bestimmtes Präparat nicht abgeben zu können. Das geschieht z. B. dann, wenn ein verordnetes rabattbegünstigtes Arzneimittel

oder ein Importarzneimittel nicht verfügbar ist. Auch die Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels aufgrund eines dringenden Falles oder aufgrund anderer pharmazeutischer Bedenken führen zur vom Apotheker veranlassenden Substitution.

Auf dem Rezept sind entsprechende Rubriken formuliert, in die der Apotheker die zutreffenden Kennziffern für die Änderung eintragen muss. Im Falle eines individuellen pharmazeutischen Bedenkens, spricht bei anderweitigen Nichterfüllungsgründen, muss eine handschriftliche Begründung mit Datum und Unterschrift des Apothekers abgegeben werden.

In allen Fällen ist für den Arzt jedenfalls

Gelassenheit angesagt. Zunächst einmal übernimmt der Apotheker mit seinem „Bedenken“ die Verantwortung dafür und kann sie nicht beim Arzt abladen, selbst wenn dieser die Verordnungshoheit und die eigentliche Verantwortung für die Therapie des Patienten hat. Der auf ein Arzneimittel bezogene therapeutische Wille des Arztes wird in diesem Fall nicht umgesetzt; somit ist ein Pharmazeutisches Bedenken quasi das (Nec)-Aut-idem-Kreuz des Apothekers.

PERSPECTIV sieht in einem ggf. notwendigen Dialog einen Beitrag zur Qualität der Patientenversorgung und zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Denn grundsätzlich gilt, dass der Patient auch bei einem Austausch das für ihn bzw. für seine Therapie richtige Präparat erhält. Deshalb ist es wichtig, dass bekannt ist, ob es sich um einen Risikopatienten handelt und alle ihm verabreichten Arzneimittel erfasst sind (AMTS-Systematik). Auch die informative Vernetzung sollte funktionieren, also die Abklärung mit Fachkollegen, evtl. auch mit anderen Apotheken und weiteren Leistungserbringern. Letztlich festigt zudem jedes (Nec)-Aut-idem-Kreuzchen, gleich ob es der Arzt setzt oder der Apotheker im Rahmen seiner „Bedenken“ veranlasst, die Therapiehoheit und die AMTS.

fc/hn/em



www.dphg.de/fileadmin/content/pdfs/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis.pdf

Morphin-Therapie im Akutfall

Informationen zu Brausetabletten

- schnelle Wirkstofffreisetzung
- einfache Einnahme, z. B. bei Schluckbeschwerden
- individuelle bedarfsgerechte Dosierung

Mindestlohn: Regeln gelten auch für Praxen

Ärztliche Arbeitgeber sollten notfalls das Gehaltsgefüge auf den Prüfstand stellen

Seit dem 1. Januar 2015 gilt in Deutschland der gesetzliche Mindestlohn von 8,50 Euro brutto pro Stunde. Die Regelung betrifft Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahrs oder schon vorher bei abgeschlossener Berufsausbildung. Somit beträgt der monatliche Mindestlohn z. B. bei einer 40-Stunden-Woche 1.360 Euro brutto; das ist also quasi der Mindestverdienst von Vollzeitbeschäftigten. Die neuen Vorschriften haben auch für Arztpraxen konkrete Konsequenzen, selbst wenn auf den ersten Blick der Eindruck entstehen sollte, dass der Mindestlohn bei den Beschäftigten in der Praxis eingehalten wird.

Ärztliche Arbeitgeber sollten bei Bedarf das Mindestlohngesetz zum Anlass nehmen, das gesamte Gehaltsgefüge ihrer Praxis auf den Prüfstand zu stellen: Wenn nämlich jetzt jede Berufsanfängerin und Reinigungskraft mit 8,50 Euro brutto einsteigen muss, stellt sich die Frage, ob die Entlohnung langjähriger und qualifizierter MFA dazu noch in einer vernünftigen Relation steht. In jedem Fall sollte vermieden werden, dass Unzufriedenheiten in der Praxis entstehen,



weil das Gehaltsgefüge nicht mehr passt oder dass auf der anderen Seite die Personalkosten erheblich ansteigen. – Besonderheiten gelten bei den sogenannten Minijobs. Bei geringfügig entlohnter Beschäftigung darf die Entgeltgrenze von monatlich 450 Euro nicht überschritten werden. Minijobber dürfen also maximal 52 Stunden im Monat arbeiten. Der Arbeitgeber muss unbedingt § 17 Mindestlohngesetz beachten, nach dem für Minijobber und kurzfristig Beschäftigte detaillierte Stundenaufzeichnungen zu führen sind. Die Aufzeichnungen sind wöchentlich zu führen, wobei Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit der betreffenden Beschäftigten bis zum Ablauf des

siebten auf den Tag der Arbeitsleistung folgenden Kalendertages zu registrieren sind. Die Aufzeichnungen müssen mindestens zwei Jahre lang aufbewahrt werden.

Arbeitgeber geringfügig bzw. kurzfristig Beschäftigter, die dieser Dokumentationspflicht nicht oder unzureichend nachkommen, handeln ordnungswidrig. Ihnen droht ein Bußgeld bis 30.000 Euro. Bei Nichtzahlung des Mindestlohnes drohen darüber hinaus bei weitem höhere Geldstrafen. Die Einhaltung des Mindestlohns wird von Mitarbeitern der Zollbehörden kontrolliert. Diese können zur Überprüfung jederzeit Einsicht in Arbeitsverträge und andere Geschäftsunterlagen nehmen.

Wichtig ist für die Arztpraxis als Arbeitgeber: Keinen Mindestlohn gibt es für Auszubildende, denn sie erhalten eine Ausbildungsvergütung; jedoch haben freiwillige Praktikanten, die nach einem Studienabschluss oder nach einer Berufsausbildung ein Praktikum leisten, Anspruch auf den Mindestlohn. Mindestlohn muss nicht gezahlt werden, wenn das Praktikum ver-

pflichtend auf Grund einer schulrechtlichen Bestimmung, einer Ausbildungsordnung, einer hochschulrechtlichen Bestimmung oder im Rahmen einer Ausbildung an einer gesetzlich geregelten Berufsakademie geleistet werden muss. Mindestlohn ist ebenfalls nicht für ein Praktikum von bis zu drei Monaten zur Orientierung für eine Berufsausbildung oder für die Aufnahme eines Studiums erforderlich; auch nicht beim Praktikum von bis zu drei Monaten begleitend zu einer Berufs- oder Hochschul-ausbildung, wenn nicht zuvor ein solches Praktikumsverhältnis mit demselben Auszubildenden bestanden hat, oder der Praktikant an einer Einstiegsqualifizierung nach § 54a Drittes Buches SGB oder an einer Berufsausbildungsvorbereitung nach §§ 68 bis 70 Berufsbildungsgesetz teilnimmt. fc

„Mindestlohn in der Arztpraxis – Was muss beachtet werden?“ Das wird in einem Video von "KV-TV Praxis – Das Magazin" beantwortet (siehe KBV-Website unten).



www.kbv.de/html/newsletter/1150_13792.php

www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/milog/gesamt.pdf



ANZEIGE

Die ärztliche Kraft in der Arzneimittelversorgung

- ▶ für bessere Medikationsprozesse
- ▶ für mehr Patientenorientierung
- ▶ für kassenübergreifende Verordnungssicherheit

Unsere Kraft entsteht durch die Solidarität aller Kolleginnen und Kollegen.



Mit Kreuz – aus medizinischer Verantwortung.

Informationen erhalten Sie bei

www.q-pharm.de
 Telefon: 0461 3155956
 E-Mail: AMTS@q-pharm.de



„...Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist nur möglich, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum aller Entscheidungen steht.“



Ärzte wissen warum.

PRAXISALLTAG

Abschluss-Seminar „Fit für den Brandfall“

Ein kurzweiliges und zugleich lehrreiches Wochenende in Lübeck

Für 19 Dialogpartnerinnen endete die Praxis-Profi-Staffel 2014 „Checkup für die Arztpraxis“ am 9. und 10. Januar 2015 mit der „Ausbildung und Befähigung von Brandschutzhelfern“ nach BGI/GUV-I 5182. Christoph Meyer, Arzt für Allgemeinmedizin und Vorstand der Q-Pharm, sowie die Dialogpartnerinnen-Betreuerinnen Helga Schilk und Birgit Barth begleiteten das Seminar.

Nichts kann Dialogpartnerinnen aufhalten: Elon und Felix hießen die Orkane, die am Seminar-Wochenende über Deutschland hinwegbrausten. Zugverbindungen fielen in Norddeutschland aus, Bäume stürzten auf die Straßen und es goss vom Himmel. Doch die widrigsten Umstände können keine Dialogpartnerin daran hindern, sich fortzubilden. So trafen alle Dialogpartnerinnen, ob aus Rheinland-Pfalz oder dem Norden, pünktlich im Lübecker Hotel Excelsior ein. Mit von der Partie war auch eine „brandneue“ Dialogpartnerin: Silke Hackmann (Praxis Nagel-Osterndorff/Raderschatt, Großenkneten/Niedersachsen).

Die Dialogpartnerinnen traten eine Zeitreise an und trafen am Lübecker Holstentor auf Frau Roth, eine Hebamme aus dem Mittelalter. Mit wehendem Umhang, forsch mit Wort und Schritt nahm sie alle Anwesenden unter ihre Fittiche und zeigte das „alte“ Lübeck aus dem Mittelalter mit seiner urigen Bauweise und seinen kleinen Höfen und Gängen. Dabei gab Frau Roth manches historische Anekdotchen zum besten und erzählte viel Interessantes aus ihrem Leben als Hebamme.

Der älteste romanische Keller Lübecks aus dem Jahr 1225 ist heute Sitz der Traditions-Brauerei und des Restaurants „Brau-berger“. Hier lernte die ganze Gruppe bei einer Führung noch etwas über Lübecks traditionell gebrauchtes „Zwickelbier“. Stilgerecht

folgten der „Brauerschmaus“ und 1,5 Liter Pitcher mit Bier für alle, was den durchgefrorenen Dialogpartnerinnen in der angenehm schummerigen Atmosphäre des Braukellers ein Lächeln auf das Gesicht zauberte.



Am nächsten Morgen, alle Dialogpartnerinnen waren wieder in der Neuzeit angekommen, machten diese sich auf zum „Brandschutzhelfer-Seminar“ im Multifunktionscenter Lübeck. „Der Umstand, dass in vielen Gebäuden jahrzehntelang kein Brand ausbricht, beweist nicht, dass keine Gefahr besteht, sondern stellt für die Betroffenen einen Glücksfall dar, mit dessen Ende jederzeit gerechnet werden muss“, so das Oberverwaltungsgericht (OVG) Münster (Az. 10 A 363/86). Mit diesem Zitat aus dem OVG-Urteil hatte der Praxis-Profi 2014 das Thema Brandschutz eröffnet. Der Lübecker Brandschutzbeauftragte Dr. Stefan Ohm, der

den Dialogpartnerinnen den Umgang mit Entstehungsbränden beibrachte, schränkte das Zitat jedoch ein: Mit entsprechendem Wissen über Brandursachen könne man viele Brände von vornherein verhindern, und dann habe das nicht mehr wirklich etwas mit Glück zu tun. So wurden die Dialogpartnerinnen im ersten Teil des Seminars mit genau diesem Wissen versorgt.

Es ging um Grundzüge des Brandschutzes, betriebliche Brandschutzorganisation, Funktion und Wirkungsweise von Brandschutzeinrichtungen, Gefahren durch Brände und vieles mehr. Besonders interessant war der Diskurs zum Thema Feuerlöscher. So wurde erörtert, welche Löschmittelbefüllung bei welchen Bränden zum Löschen taugt und auch dargestellt, welche fatalen Auswirkungen die Wahl eines falschen Löschmittels haben kann. Kurze Videos und Kleingruppenarbeit lockerten das Seminar auf. Dank Dr. Ohm kam das „trockene“ Thema insgesamt kurzweilig und spannend daher.

Nach dem Mittagessen wurde die Atmosphäre im wahrsten Sinne des Wortes feurig. Während jeweils eine Gruppe mit

Dipl.-Ing. Sebastian Gode, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Ausrichter des Seminars in Lübeck, durch das Gebäude ging und schaute, in welcher Form die Themen Sicherheit und Brandschutz dort umgesetzt werden, übte die jeweils andere Gruppe unter Anleitung durch Dr. Ohm den Ernstfall und löschte offene Feuer am Brandsimulator. Dabei kamen Feuerlöscher unterschiedlicher Gewichtsklassen und Löschdecken zum Einsatz. Die Teilnehmerinnen waren überrascht, wie leicht sich ein Feuerlöscher bedienen lässt, wenngleich der Löschvorgang selbst nicht immer einfach war. So war das Löschen eines brennenden Papierkorbs mit der Löschdecke für die Übenden doch nicht ganz so einfach.

Alle Teilnehmerinnen waren einmütig von diesem Wochenende begeistert. Mina Korthals (Praxis Gunhild Gille, Heiligenhafen) spricht wohl für alle, wenn sie Bilanz zieht: „Das Hotel war sehr schön, die Stadtführung interessant und kurzweilig. Nicht zu vergessen die leckere Rundumverpflegung. Auch das Seminar hat sehr viel gebracht. Dem Thema Brandschutz wird ja in vielen Praxen eher wenig Beachtung geschenkt. Das wird jetzt hoffentlich anders. Die Feuerlöschübung hat uns wohl allen gezeigt, dass wirklich jeder mit einem Feuerlöscher umgehen kann. Danke auch für die vielen Tipps und Anregungen.“

bb



Christoph Meyer: „Am meisten war ich davon angetan, dass Herr Ohm und Herr Gode zugeben mussten, dass sie aus unserem Praxis-Profi noch etwas gelernt haben. Außerdem war das Wochenende sehr gut organisiert.“



Helga Schilk: „Super Wochenende! Alle waren voll dabei. Es ist immer wieder aufs Neue überraschend, wie unglaublich viel Engagement die Dialogpartnerinnen zeigen.“



Birgit Barth: „Die Arbeit hat sich gelohnt. Ich bin rundherum zufrieden mit der Resonanz. Schön auch, dass ich aus einigen Arztpraxen der Teilnehmerinnen höre, dass das Gelernte dort bereits umgesetzt wird.“

NEWTICKER

+++ **Ab diesem Sommer können Vertragsärzte im sicheren Netz der KVen (SNK) auch Online-Schulungen absolvieren.** Das Fortbildungsportal der KBV zieht dazu aus dem Internet in das sichere Netz um. Bereits jetzt steht im SNK eine Fülle von Anwendungen zur Verfügung, die den Praxisalltag erleichtern – von der Online-Abrechnung

über die elektronische Dokumentation bis zum Versand von Arztbriefen. Die KBV hat die rund 8.000 Nutzer des Fortbildungsportals über den geplanten Umzug informiert. Denn Ärzte, die weiterhin an den zertifizierten Fortbildungen teilnehmen möchten, benötigen einen Anschluss an das sichere Netz, z. B. über KV-SafeNet. Für Praxen, die

das SNK schon nutzen, ändert sich mit dem Umzug nichts +++

+++ **Schlechte Kommunikation ist – laut einer Studie der Harvard Medical School – einer der Hauptgründe dafür, dass Patienten den Arzt wechseln.** Zudem hängt auch der Behandlungserfolg und die Compliance davon ab, dass Arzt und Patient sich verstehen. Jetzt gibt es ein Fachbuch: „Ärztliche Kommunikation“. In diesem Ratgeber beschreibt die Autorin Pamela Emmerling verschiedene Modelle, mit denen das Arzt-Patienten-Gespräch gelingen kann +++

+++ **Ärzte, Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten können sich im Web kostenlos Rat holen, wenn es darum geht, die Praxis barrierefrei umzugestalten** oder einen Neubau entsprechend zu planen. Auf

der Seite www.praxis-tool-barrierefreiheit.de bietet die Stiftung Gesundheit Informationen an, die Medizinern Orientierung geben, die Menschen mit Beeinträchtigungen den Praxiszugang erleichtern möchten +++

+++ **Ärzte sollten ihr Praxisverwaltungssystem regelmäßig aktualisieren, empfiehlt die KBV.** Dies betrifft die regulären Quartals-Updates sowie die Korrektur-Updates, die von den Softwareherstellern innerhalb eines Quartals bereitgestellt werden. Nur so können weiterführende Fehler schnellstmöglich behoben werden. Bei der Umstellung der Datenformate im Oktober 2014 kam es z.B. zu fehlerhaften Bedruckungen von Rezepten. Die KBV fordert auch die Softwarehersteller dazu auf, ihre Software im ambulanten Bereich (re-)zertifizieren zu lassen +++

IMPRESSUM

Herausgeber:
Bundesverband der Ärztinnenvereine e. V.
(BVÄG/Chausseestraße 119b, 10115 Berlin)
www.bvaeg.de

BVÄG Bundesverband
DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFTEN

V. i. S. d. P.: Redakteur Friedhelm Caspari
(Tel. 04634 31 04 30, E-Mail: kontakt@caspari-pr.de)
Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

Redaktion: Caspari PR · www.caspari-pr.de
Anzeigen: Q-Pharm AG · www.q-pharm.de
Layout: Susanne Hansen (hilgra) · www.hilgra.de
Druck: Druckhaus Leupelt · www.leupelt.de