

GESUNDHEITSPOLITIK

Steht bald der Straftatbestand gegen Ärzte?

Große Verunsicherung und erhebliche Gefahr für Netz- und Versorgungsprojekte



Nach dem Berliner Regierungswechsel schien schon fast Gras über den Plan gewachsen zu sein, mit dem explizit die Ärzteschaft als „Tätergruppe“ ins Strafrechtsgesetz aufgenommen werden soll. Doch nun wird es wahrscheinlich ernst: „Zur Vorbereitung der Arbeiten an einem Referentenentwurf veranstaltet das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Anfang September 2014 ein Fachforum mit Experten und Vertretern der betroffenen Verbände“, erklärte auf PERSPECTIV-Anfrage die für Strafrechtsfragen zuständige Pressesprecherin im Justizministerium, Anne Katharina Zimmermann.

Es ist beabsichtigt, den Referentenentwurf bis Ende 2014 vorzulegen, so Zimmermann. Das vorbereitende Forum basiere darauf, dass im Koalitionsvertrag vereinbart worden sei, einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen zu schaffen. Mit der Aus-

sage der Sprecherin steht fest, dass sich entgegen vielfacher Meinung ein Paragraph 299 a (vgl. Wortlaut S. 2) bisher im reinen Entwurfsstadium befindet und keineswegs bereits das Maß aller Dinge ist. Wie gut informierte Kreise in Berlin berichten, könnte mit dem neuen Gesetz eine Novellierung der Bestechlichkeit z. B. von Amtsträgern ganz allgemein (Beamte etc.) einhergehen. In Anbetracht von fünf bevorstehenden Wahlen in Bundesländern sei aber anzunehmen, so die Informationen, dass sich die Politik aufgrund des langen Weges bis zu einem endgültigen Gesetz auch in dieser Legislaturperiode um ein Ergebnis herumdrücken könnte.

Rückblick auf die bisherigen Weichenstellungen: Die drei SPD-geführten Länder Rheinland-Pfalz, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern hatten 2013 einen Gegenentwurf – das ist besagter § 299 a StGB – zu einem CDU-Konzept für ein Gesetz zum Bereich „Bestechlichkeit von Ärzten“ auf den Weg gebracht. Die frühere Koalition wollte das Gesetz ursprünglich im SGB V unter der „Prävention“ installiert sehen. „Die Reform des SGB ist nach Auffassung der Regierung zur Bekämpfung der Korruption besser geeignet als die von der Länderkammer angestrebte Änderung des Strafrechtsgesetzbuches, bei der es vor allem um den Schutz des

Wettbewerbs im Gesundheitswesen geht“, ließ die frühere Bundesregierung vor einem Jahr verlauten. – Weit aus dem Fenster geleht hat sich nun Bayerns Justizminister Winfried Bausback (CSU), der für Haftstrafen von bis zu fünf Jahren bei Korruption im Gesundheitswesen plädiert. Er fordert die Einführung des Straftatbestands und möchte in Bayern drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften einrichten, die sich mit Kriminalität im Gesundheitssektor beschäftigen sollen.

Völlig unabhängig von den Beratungen eines Fachforums wird der BVÄG durch Gespräche auf Ministeriumsebene und mit Politikern des Bundestags-Gesundheitsausschusses die Positionen der niedergelassenen Ärzteschaft und ihrer Praxisnetze vertreten. Für die Diskussion über das höchst umstrittene Thema „Korruption“ und „Kriminalisierung“ sowie die eventuellen negativen Auswirkungen auf den gesamten Versorgungssektor ist das vierte Parlamentarische Frühstück am 26. September in Berlin terminiert. Auf dieser Veranstaltung des BVÄG sollen die Positionen der Genossenschafts- und Netzärzte im direkten Dialog mit Gesundheitspolitikern verdeutlicht werden. fc/tvb

Weitere Berichte und Meinungen: S. 2/3

EDITORIAL

Ihre PERSPECTIV im neuen Outfit: Klar, übersichtlich, modern. Das optimierte Layout ist mit der inhaltlichen Struktur verknüpft. So sind die thematischen Schwerpunkte durch den farblich unterschiedlichen Kontext deutlicher erkennbar. Nur äußerlich ist der Bundesverband der Ärztgenossenschaften (BVÄG) als Herausgeber in den Hintergrund gerückt (Impressum): Die genossenschaftlichen ärztlichen Bündnisse spielen unter den Rubriken „Gesundheitspolitik“ und „Ärztetze“ weiterhin ihre wichtige informative Rolle. Insgesamt möchten wir interessierende Themen pointierter fokussieren und hinterfragen. Dabei ist auch Ihre Meinung willkommen; wir freuen uns auf Ihre Reaktionen! Herausgeber und Redaktion von PERSPECTIV wünschen spannende Lesestunden. fc

Deutsche Post
INFOPOST

BVÄG / Chausseestraße 119b
10115 Berlin

ÄRZTENETZE

Ärzte für bestimmte Patientengruppen motivieren

Beispiel Palliativ-Medizin

Seite 4



■ Unsere Gesundheitslandschaft benötigt motivierte Ärzte, um Versorgungsprobleme engagiert zu lösen. Dafür sind der gezielte Mitteleinsatz und passende Strukturverträge notwendig, in denen Strukturmerkmale und eine „add-on-Vergütung“ klar geregelt werden, kommentiert Dr. Hans-Heiner Decker (ÄG Westfalen-Lippe).

MEDIKATION

Fallstricke bei der Substitution

Praktische Empfehlungen

Seite 6



■ Die Pflicht der Apotheken, Arzneimittel gegen rabattbegünstigte Alternativpräparate auszutauschen, ist im § 129 SGB V festgelegt. Voraussetzung sind darin definierte Substitutionskriterien. Auch wenn diese erfüllt sind, ist ein Austausch nicht immer unproblematisch. Fallstricke zeigen sich häufig z. B. bei der Verordnungsmenge.

PRAXISALLTAG

Nicht immer auf der sicheren Seite

Urteil zu Leitlinien

Seite 8



■ Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden, urteilte der BGH. Diese Entscheidung hat Konsequenzen für die Arzthaftung bei Behandlungsfehlern. Ärzte sind damit rechtlich nicht automatisch auf der sicheren Seite.

FORM FEHLER

Wirtschaftlichkeit • Freiberuflichkeit • Strafbarkeit

■ Unter diesem Motto behandelt das vierte Berliner „Parlamentarische Frühstück“ des BVÄG am 26. September die ärztliche Freiberuflichkeit im Kontext mit der vernetzten Wirtschaftlichkeit. Mit den geplanten Strafgesetzbuch-Paragrafen 299a und 300 ist die seit Jahren erfolgreiche Netz- und Genossenschaftsarbeit gefährdet. Die Gesetzgebung hat eventuell nicht zu unterschätzende negative Auswirkungen auf die Aktivitäten und Versorgungsprojekte der Ärztenetzwerke und Praxisnetze.

Die Parlamentarischen Frühstücke 2010, 2011 und 2012 hatten jeweils großen Zuspruch erfahren. In Berlin bietet der BVÄG, unterstützt von der ärztgenossenschaftlichen Q-Pharm, auch in diesem Jahr den Teilnehmern aus den Reihen engagierter Ärzte und Netzvorstände die gute Gelegenheit, mit Mitgliedern des Bundesgesundheitsausschusses und weiteren gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern ins Gespräch zu kommen. fc

DREI FRAGEN – DREI ANTWORTEN

Pauschales Gesetz katastrophal für Netzarbeit und Patientenversorgung

■ Zur beabsichtigten Einbeziehung des Gesundheitssektors und damit auch der Ärzte in die Korruptions-Tatbestände des Strafgesetzes äußert sich Dr. Klaus Bittmann (Foto) vom Vorstand der ÄG Nord im Interview mit PERSPECTIV:



Dr. Klaus Bittmann (Foto) vom Vorstand der ÄG Nord im Interview mit PERSPECTIV:

Provokant gefragt – warum sollen freiergelassene Ärzte in einem „Korruptionsparagrafen“ überhaupt erfasst werden?

K. Bittmann: Der Gesetzgeber hat zunächst die Selbstverwaltung – als eine dem Staat untergeordnete Instanz – für zuständig erachtet, Verstöße im Bereich Bestechlichkeit zu ahnden. Diese Bedeutung sah auch der BGH in der wichtigen Formulierung in seinem Urteil vom März 2012, worin es heißt, dass Niedergelassene nicht Beauftragte der Krankenkassen seien. Das bezog sich auf eindeutige sogenannte Kick-Back-Geschäfte, die selbstverständlich illegal sind. Um dies nun aber auch strafrechtlich verfolgen zu können, soll das Gesetz geändert werden, meint der BGH. Die wohlfeile öffentliche und oft pauschale Erregung über kor-

rupte Ärzte sowie auch die Kritik in eigenen Reihen an Schwarzen Schafen, die quasi ungestraft den Hals nicht voll genug bekämen, führte zu dem Meinungsbild, dass nun die Politik und der Gesetzgeber handeln müsse.

Die Thematik birgt also grundsätzlich eine hohe Brisanz; wo beginnt beispielsweise Bestechlichkeit, was kann und darf eben nicht strafrechtlich verfolgt werden?

K. Bittmann: Bereits seit rund drei Jahren weise ich auf die Gefahren einer Kriminalisierung von Ärzten und ärztlichen Unternehmungen und auf das Problem der Abgrenzung hin. Mit Bekanntwerden des BGH-Urteils begann dann eine schwer erträgliche Diskussion, und das ohne klare Positionierung unserer Standesvertretungen. Es gibt eine diffuse Verängstigung, vielleicht, so vermute ich, auch diffuse unberechtigte Schuldgefühle. Nun – wenn es denn im Strafrecht verankert sein soll. Ein neuer § 299a ist aber nur dann vertretbar, wenn der Gesetzgeber ganz deutlich Bezug nimmt auf die Tatsachen, die beim BSG bereits relevant waren – also Korruption und Bestechung zum persönlichen Vorteil. Wenn aber die Begriffe Vorteilsnahme oder Vorteilsgabe unendlich dehnbar Eingang in das Gesetz

finden, so dass alle materiellen und auch immateriellen Zuwendungen zum Beispiel für Aktivitäten ärztlicher Gruppierungen, von Netzen, Verbänden, Genossenschaften, unter Verdacht geraten, dann wäre dies mehr als katastrophal für deren Arbeit und die gesamte Patientenversorgung!

Wie folgenreich und negativ wären die Auswirkungen denn?

K. Bittmann: Sehen Sie es einmal so – selbst eine staatsanwaltliche Ermittlung kann bereits ruinös sein. Denn als ärztliche Genossenschaft und nach Genossenschaftsrecht betreiben wir zum Beispiel auch Güter- und Warenverkehr, wir bieten Dienstleistungen für Ärzte – das alles sind völlig laudable Geschäfte zum Vorteil der Mitglieder, zum Vorteil der regionalen Versorgung, und nie zum Nachteil der Patienten oder des Sozialsystems – ganz im Gegenteil. Diese Arbeit könnte durch eine fehlerhafte Gesetzgebung gefährdet werden. Diese Sicht unserer Unternehmungen und der potentiellen Gefährdung bringen wir überall dort ein, wo sachliches und verantwortliches Verständnis hilfreich sein kann, wie beispielsweise auch durch das „Parlamentarische Frühstück“ des BVÄG.

Der BVÄG unterstützt eine neue rechtliche Regelung

Doch die vernetzte Versorgungsarbeit darf nicht gefährdet werden

■ Die kooperativen Zusammenschlüsse der niedergelassenen Ärzte, die Arztnetze, die Genossenschaften, erfüllen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eine Aufgabe, die von den öffentlich-rechtlichen Körperschaften, den Kassen und den KVen nicht im hinreichenden Umfang wahrgenommen wird. Sie gründen Versorgungsbündnisse, entwickeln Versorgungsmodelle und Leitlinien; sie geben der vertrauensvollen, kooperativen Versorgung der Patienten eine Struktur. Dies ist wichtig und zukunftsweisend und wird von der Politik, hauptsächlich in Wort und Aussage, allenthalben unterstützt. Das stellt der Vorstandssprecher des Bundesverbandes der Ärztenetzwerke (BVÄG), Dr. Gunnar Herberger, in einer Stellungnahme zur aktuellen Diskussion um die strafgesetzliche Verankerung von Korruption im Gesundheitswesen fest.



Dr. Gunnar Herberger

bedeuten aber auch Arbeit, eines hohen zeitlichen und finanziellen Aufwands, so der BVÄG-Vorstand: Es ist die Erfahrung aller, die in den Netzen arbeiten, dass dieser Aufwand von den öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder gar von der Politik nur selten finanziert wird. Deshalb sind die Netze und Genossenschaften zu Wirtschaftsunternehmen geworden, die sich über Kooperationen mit externen Partnern finanzieren. Diese Finanzierung ist notwendig um die Arbeit der Verbände durchführen zu können. Würden wir darauf verzichten, würden wesentliche innovative Elemente unseres Gesundheitswesens verschwinden. Übrig bliebe ein einzig von staatlicher Seite gelenktes und reglementiertes System.



In der Finanzierung der Netze liegt für kein einziges Mitglied weder ein mittelbarer noch gar ein unmittelbarer persönlicher Vorteil. Guten Gewissens unterstützt der BVÄG die derzeitige Diskussion um eine

neue rechtliche Regelung der Vorteilsnahme im Gesundheitswesen. Niemand, schon gar niemand aus den Ärztenetzwerken, plädiert für eine Vorgehensweise, in dem Einzelne durch Absprachen mit externen Dritten einen persönlichen Vorteil aus ihrer beruflichen Tätigkeit ziehen! Das war schon immer so und das gilt selbstverständlich auch weiterhin.

Der BVÄG distanziert sich eindeutig von jeglicher Art der Korruption. Ärzte bekommen ein Honorar für ihre ärztliche Tätigkeit. Dies ist derzeit nicht hinreichend und gerecht, wie es eigentlich vom Gesetzgeber zugesichert wird. Deshalb streiten wir vehement für eine Verbesserung der misslichen Honorarsituation. Genauso vehement lehnen wir aber eine Vorteilsnahme von Dritten ab. Wir wollen nicht bestochen werden, wir wollen ein gerechtes Honorar!

Die Netze und Genossenschaften, die für ihre Mitglieder inhaltliche und organisatorische Strukturen entwickeln, sind – und das sei nochmals betont – Wirtschaftsunternehmen und kooperieren mit anderen wirtschaftlich aktiven Unternehmen, auch mit solchen im Gesundheitswe-



Foto: Fotolia.com

sen. Diese Kooperation ist ein ganz legaler, ehrlicher, transparenter und notwendiger Prozess, um das Gesamtsystem weiterzuentwickeln. Er hat mit Vorteilsnahme oder Korruption nicht das Geringste gemein. Dies zu erkennen, festzustellen, und in der rechtlichen Festsetzung zu berücksichtigen, ist wichtig! Jede rechtliche Unschärfe und Zweideutigkeit in dieser Fragestellung führt nur zur Verunsicherung und entbehrt jeder Rechtfertigung. Wir werden uns bemühen, diesen wichtigen Punkt in die Diskussion um das derzeitige Gesetzesvorhaben mit entsprechender Deutlichkeit einzubringen.

Die vernetzten Aktivitäten zugunsten einer optimierten Patientenversorgung

Heftige Kritik an Sparpolitik

Rabattverträge schädlich für Einnahmetreue

■ Patienten kritisieren das rigorose Sparen der Krankenkassen. Viele Rückmeldungen belegen, dass vorwiegend ältere Menschen wegen der Rabattverträge ihre Tabletten nicht mehr richtig zuordnen könnten, so kürzlich die Vertreter von 13 Selbsthilfegruppen beim Jahrestreffen mit dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg (LAV). „Es scheint so, dass die rigorosen Sparmaßnahmen mittlerweile auch die Patientenversorgung beeinträchtigen“, resümiert LAV-Vorstandsmitglied Eleftherios Vasiliadis.

Viele Menschen könnten nicht nachvollziehen, warum trotz voller Kassen nötige Leistungen zunächst abgelehnt würden und erst eine Beschwerde zum Erfolg führe, hieß es von den Selbsthilfegruppen. Das erwecke den Eindruck, die Kassen spekulierten darauf, dass Versicherte auf ihnen zustehende Leistungen verzichteten und sich nicht gegen Entscheidungen wehren würden. Immer häufiger müssen Selbsthilfegruppen für ihre Mitglieder gegenüber den Krankenkassen Beschwerden

führen, weil Leistungen nicht erbracht oder weil Versorgungseinschnitte vorgenommen werden, hieß es. Ältere oder schwer kranke Menschen seien überfordert damit, selbst für ihre Rechte zu kämpfen.

Besonderes Ärgernis seien außerdem die Lieferengpässe: Immer mehr Betroffene registrierten, dass Arzneimittel vereinzelt nicht lieferbar seien. Für chronisch kranke Menschen sei das erschreckend. „Wir sind vollkommen von der Produktion vorwiegend in China oder Indien abhängig. Sollten diese Produktionsstätten aus irgendeinem Grund nicht mehr zu Verfügung stehen, schauen wir in Deutschland in die Röhre. Es wird dann nicht möglich sein, in Deutschland oder auch Europa schnell eine eigene Produktion der Wirkstoffe wieder aufzunehmen“, sagte Eleftherios Vasiliadis. – Auch die häufiger werdenden Zu- und Aufzahlungen wurden kritisiert. Zudem diskutierten die Patientenvertreter und die Apotheker über die Macht der Krankenkassen und die Frage, ob die Politik diese beschränken sollte. **Lesen Sie nebenstehende Stellungnahme!**

AUF EIN WORT

Netze und Genossenschaften sind und bleiben „weiß“!

■ Der neueste Gesetzentwurf, den der bayrische Justizminister Dr. Winfried Bausback am 25. Juni 2014 präsentierte und den er als Diskussionsvorschlag verstanden wissen will, baut auf dem Entwurf aus der letzten Legislaturperiode auf (BR-Drucksache 451/13). Dieser ist dem Grundsatz der Diskontinuität zum Opfer gefallen. Justizminister Bausback erklärte u. a., dass der von ihm vorgelegte Entwurf „den Täterkreis auf Nehmerseite (§ 299a Absatz 1 StGB-E*) sachgerecht eingrenzt“. Diese Feststellung erscheint überdenkenswert, weil diese Beschränkung keine ausreichende Abgren-

*Originaltext: www.justiz.bayern.de/media/pdf/gesetze/diskussion_gesundheit.pdf



Wolfgang Bachmann, Vorstand Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)

zung zu Organisationen beinhaltet, in denen Ärzte sich zusammengeschlossen haben, um durch gemeinschaftliches Handeln die Versorgung zu sichern und weiterzuentwickeln (Ärztennetze, Genossenschaften etc.).

Grundsätzlich scheint es so, als ob der politische Wille gefestigt ist und zu einem Paragraphen im Strafgesetzbuch führen wird. Jetzt kommt es darauf an, das Gesetz so zu verfassen, dass nur die Sachverhalte erfasst werden, die in den Begründungen zum Gesetzentwurf angeführt werden und die jedermann versteht und nachvollzieht. Es sollen die Schwarzen Schafe erfasst werden. Das tragen wir vollumfänglich mit.

Denn: Wir Ärztenetze und Ärztegenossenschaften sind „weiß“; wir wollen und werden es auch bleiben! Unser Zweck ist Kooperation, nicht Korruption!

Auch Kassen!

■ Die „Bürger Initiative Gesundheit“ (BIG, Augsburg) fordert mit einem Offenen Brief an die Politik, in den neuen Straftatbestand die Krankenkassen einzubeziehen. Seit Jahren sei eine missbräuchliche Einflussnahme der Krankenkassen auf Bürger und Institutionen zu beobachten. www.dgvp.de

STELLUNGNAHME

„Die Stimme erheben!“

■ Die Patientenvertreter formulieren genau die Erfahrungen, die wir Ärzte warnend von Anfang an als Befürchtung und inzwischen als Erkenntnis kundgetan haben. Die Rabattverträge bringen mehr Gefahren und Gefährdungen als Nutzen! Nur hören will das keiner der Vertreter aus der Politik, geschweige denn bei den Krankenkassen. Hier dominiert die Ökonomie, d. h. das Sparen über jeden ärztlichen Einwand. Alle Bedenken werden lapidar abgetan und es ist zu befürchten, ja zu erwarten, dass erst was passieren muss, bis das Lamento groß wird. Aber selbst dann ist mit keiner Selbstkritik zu rechnen, sondern mit erneuten Außenschulduweisungen gegen die Ärzte, das bekannte Ärzte-Bashing, als fast schon stereotype Reaktion. – Selbst die Warnrufe von BfArM-Chef Prof. Walter Schwerdtfeger, der kürzlich in den Ruhestand trat, sind folgenlos verhallt. Er forderte die Rückverlagerung der Arzneimittelproduktion aus Dritte-Welt-Ländern nach Europa. Auch die Monopolisierung der Produktion stellt ein ebenso großes Risiko dar. Wenn es nur noch weltweit einen Hersteller für jeweils einen Wirkstoff gibt, wird das System hoch vul-

nerabel. Die Leidtragenden sind wie immer die Patienten, deren Interessen Ärzte und Apotheker stets höher ansiedeln müssen als jede Ökonomie. Aber genau das macht diese Berufe so erpress- und ausbeutbar.

Vergessen wir nicht: Nachdem die Hoffnung stirbt, stirbt der Patient! Dann ist es zu spät für eine dringend notwendige Kehrtwende und Neubestimmung auf die wirklich wichtigen Werte. Deshalb: Lassen Sie uns weiter die Stimme gegen all den Unsinn erheben, der unser Gesundheitswesen tagtäglich quält.



Dr. Rainer Woltmann, Vorstandsvorsitzender der ägnw

Q-Pharm, das deutlich andere Unternehmen setzt auf verantwortungsvolle Entscheidungen, denn wir glauben ...

„... Arzneimittel-Therapiesicherheit ist nur möglich, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum aller Entscheidungen steht.“

Dafür treten wir gemeinsam mit Ihnen unter dem Motto **von Ärzten für Ärzte** ein. Nutzen auch Sie Ihre Möglichkeiten durch das Setzen des [nec] „Aut-idem“-Kreuzes, zum Beispiel bei Q-Pharm Arzneimitteln.

Q-Pharm
Ärzte wissen warum.

aut-idem **unabhängigbar – aus medizinischer Verantwortung.**

ÄRZENETZE

Netze schließen Lücken: Beispiel Palliativmedizin in Westfalen-Lippe

Sie identifizieren und beseitigen Versorgungsengpässe

■ Ärztenetze werden künftig verstärkt dazu beitragen, Versorgungslücken zu identifizieren und zu schließen. Davon ist der Vizevorsitzende der KV Westfalen-Lippe (KWVL) Dr. Gerhard Nordmann überzeugt. "Probleme, vor denen die Kollegen heute kapitulieren müssen, weil sie nicht über die Kapazitäten und in Teilen auch nicht über das spezialisierte Wissen verfügen, werden in der Gemeinschaft gelöst", sagte Nordmann beim 6. Jahreskongress der KWVL in Dortmund. Als gutes Beispiel dafür nannte er die Arbeit der Palliativnetze in Westfalen-Lippe. "Der Wunsch vieler Patienten, ihnen solle ein schmerzfreies und würdevolles Sterben zu Hause ermöglicht werden, konnte nur in der Netzstruktur ermöglicht werden."

Hausärzte, die sich in der palliativmedizinischen Versorgung engagieren, werden in Westfalen-Lippe bei Bedarf gezielt durch die spezialisierten Palliativmediziner unterstützt (PERSPECTIV berichtete

in früheren Ausgaben darüber). Am Aufbau der notwendigen Strukturen habe sich die KWVL von Anfang an beteiligt; jetzt wolle sie diese erfolgreiche Art der Zusammenarbeit mit regionalen Netzen auf weitere Bereiche ausdehnen, kündigte Gerhard Nordmann an.



Er wies dabei auf den Abschluss eines Versorgungsvertrags zur besseren ambulanten Versorgung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen sowie auf Verträge zur Wundversorgung und zur interdisziplinären Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen hin. Weitere Handlungsfelder seien Patienten mit Demenz und mit Makuladegeneration. Von einer solchen vernetzten Versorgung

werden nicht nur die Patienten profitieren, sondern auch die Ärzte selbst, meinte Nordmann. Netze stärkten den einzelnen Niedergelassenen den Rücken, indem es sie medizinisch kompetenter mache. Zudem werde der einzelne Arzt oder Psychotherapeut durch die Arbeitsteilung entlastet.

Nach Meinung Nordmanns darf der Vernetzungsgedanke nicht auf den ambulanten Bereich beschränkt bleiben; er sieht Ärztenetze als "Keimzelle für eine bessere Vernetzung des Gesundheitswesens". Ärztliche Kooperationen über Sektorengrenzen hinweg seien die Voraussetzung dafür, die Probleme der Zukunft regeln zu können, so auch der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. Theodor Windhorst. "Wir müssen unsere Kirchturmpolitik verlassen." Doch dafür müssten die finanziellen Rahmenbedingungen stimmen. Erforderlich sei die extrabudgetäre Subventionierung der Netze.

KURZ GEFASST

■ Das Pilotprojekt „**Depressionen managen**“ haben jetzt die drei bayerischen Ärztenetze Praxisnetz Nürnberg Süd, Patient-Partner-Verbund München/Garmisch-Partenkirchen/Mühlendorf und Gesundheit Franken gestartet. Kassenpartner ist die AOK Bayern. Es sollen zunächst Strategien entwickelt und erprobt werden, mit denen Hausärzte ihren Patienten bei beginnender Depression rechtzeitig helfen können.

■ Das **Ärztetz Hamburg** kooperiert jetzt mit den Krankenversicherungen Signal Iduna, Signal Krankenversicherung und Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Hauptziel ist, die ambulante medizinische Behandlung optimal zu strukturieren und die Qualität zu steigern. Dazu zählen künftig die Terminvergaben über einen computergestützten Pool.

■ Das 2002 gegründete Unternehmen **Ge-sundheit Oberpfalz Mitte GmbH (UGOM)** mit 92 Ärzten ist dem Verbund Medi Bayern bzw. damit auch dem Dachverband Medi Geno Deutschland e.V. beigetreten. Dieser vertritt nach seinen jüngsten Angaben inzwischen bundesweit mehr als 100 Ärztenetze mit insgesamt rund 17000 Mitgliedern.

DER KOMMENTAR

Gesundheitslandschaft benötigt verstärkt Motivation von Ärzten für bestimmte Patienten-Zielgruppen!

*Von Dr. Hans-Heiner Decker**

■ Viele aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Versorgung, die auf dem demographischen Wandel und somit der Multimorbidität Hochbetagter, den zunehmenden Problemen durch nosokomiale Infektionen, verkürzten Liegezeiten in den Krankenhäusern basieren, können flächendeckend kaum vom Kollektivvertrag der Krankenkassen und KVen gelöst werden. Doch in der verbesserten Versorgung z. B. von Pflegeheimpatienten, von chronischen Wunden, von Demenz oder Palliativpatienten, der Realisierung von mehr Arzneimitteltherapiesicherheit etc. nehmen längst nicht alle ärztlichen Berufsgruppen gleichmäßig teil. Deshalb eignet sich die Anerkennung von neuen ärztlichen Versorgungsleistungen „add on“ via EBM nicht!

Jüngstes Beispiel ist die völlig unterfinanzierte und auf 60 Prozent der Leistungsanforderung quотиerte Vergütung der geriatrischen Assessments und Betreuung: Hier reicht das zur Verfügung gestellte Finanzvolumen bei weitem nicht aus, die Leistungsanforderung der nunmehr „geriatrisch abrechnenden Ärzte“ annähernd zu 100 Prozent zu bedienen. Zum Teil ist die hohe Leistungsanforderung Ausdruck der zunehmenden Versorgungsintensität bei demographischem Wandel, aber sicher auch die Folge von EBM-induzierten Mitnahmeeffekten ohne erkennbare Verbesserung in der Versorgung, in der der geriatrische Patient allein als „Abrechnungssubstrat“ herhalten muss. Es ist zu befürchten, dass die mangelhafte Mittelverteilung per Gießkanne letztendlich das Interesse der wirklich engagiert geriatrisch versorgenden Kolleginnen und Kollegen torpediert und langfristig lähmt.

Wir benötigen in der sich rasch wandelnden Gesundheitslandschaft mehr denn je die Motivation von Ärzten, womit bestimmte Patienten-Zielgruppen erreicht und die Lösung von Versorgungsproblemen engagiert sichergestellt werden. Dafür sind der gezielte Mitteleinsatz und passende Strukturverträge notwendig. In diesen muss dezidiert eine verbesserte Versorgung durch Strukturmerkmale sowie eine „add-on-Vergütung“ klar geregelt werden, die Mitnahmeeffekte verhindert und gleichzeitig eine verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen festschreibt.

Das Beispiel der Palliativversorgung in Westfalen-Lippe belegt, dass durch Strukturverträge eine neue Versorgungsform im Sinne einer ambulant spezialisierten Palliativbetreuung ermöglicht wurde. Hier

bei hat an der Gründung und beim Aufbau eines flächengroßen Palliativnetzes die Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe ihr Know-How eingebracht: Über die Fläche der beiden großen Landkreise Hochsauerland und Soest wurden gezielt die wenigen Palliativmediziner der Region zusammengeführt, die heute das Herz des palliativmedizinischen Konsiliardienstes bilden. Übliche Praxisnetze, die sich in der Regel in größeren Kommunen konstituieren, wären nicht in der Lage gewesen, die gestellten Anforderungen auch in einer ländlichen Region flächendeckend zu bedienen.

Durch die Bereitstellung der ÄGWL als Rechts- und Organisationsplattform konnten die Anforderungen der Kassen mühelos erfüllt werden. Dieses Beispiel macht Mut, auch andere Herausforderungen mit engagierten Kolleginnen und Kollegen aufzugreifen und gezielt zu lösen, und das ortsübergreifend und mit Strukturverträgen, die möglichst alle Kassen einbeziehen. Hier erscheint uns eine enge Abstimmung und Kooperation mit der KWVL als sehr sinnvoll. Vorstellbar ist, dass zukünftig ortsübergreifend spezielle Versorgungsnetze unter organisatorischer Führung der ÄGWL insbesondere in ländlicher Region aufgebaut werden,

in denen die qualifizierten Fachärzte und engagierten Hausärzte gemeinsam miteinander kooperieren – gern unter Einbeziehung weiterer benötigter Leistungserbringer.

Der entscheidende Vorteil der Ärztegenossenschaft liegt darin, dass im Vergleich zu den klassischen Praxisnetzen der Aufbau immer wieder anderer Versorgungsnetze mit stets neuen Rechtsformen unterbleiben kann. Hierfür steht schon die Rechtsform der Ärztegenossenschaft bereit, so dass sofort die Sacharbeit der darin mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte starten kann und keine aufwendigen, d. h. zeit- und kostspieligen Gründungsszenarien vorab eingebracht werden müssen.



*Hans-Heiner Decker, Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, ist Vorstandsmitglied der Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe eG (ÄGWL).

ÄRZENETZE

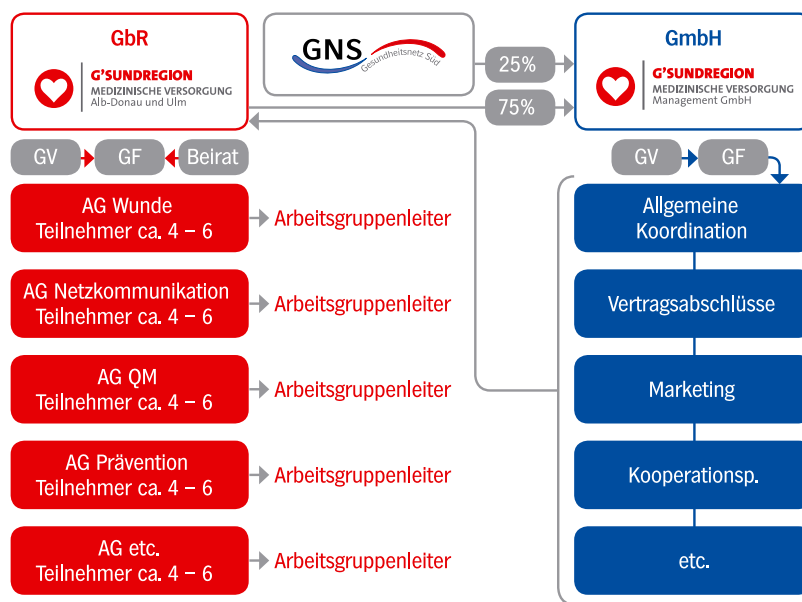
Ärztegenossenschaftliche Fusion im Südwesten perfekt

Zukunftsweisender Schritt von GNS und AENEAS

■ In ihren jährlichen Generalversammlungen im Juni haben die Mitglieder von AENEAS (Ärztetenetz am Schussental eG, Ravensburg) beschlossen, mit dem GNS (Gesundheitsnetz Süd eG, Ehingen) zu fusionieren. AENEAS ist die übergebende und GNS die übernehmende Genossenschaft. GNS ist neben Medi der zweite große fachgruppenübergreifende Verbund in Baden-Württemberg. Nach dieser Fusion vertritt das GNS nun die Interessen von über 800 Haus- und Fachärzten.

GNS initiiert und realisiert praktische Projekte, wie beispielsweise die „G’sundregion“. Hierbei reagiert das Ärztenetz auf die sinkende Zahl der nieder-

gelassenen Ärzte auf dem Land, die Nachfolgeproblematik sowie auf Ineffizienzen in der Zusammenarbeit zwischen Hausfacharzt und dem stationären Sektor. Die „G’sundregion“ umfasst den Alb-Donau-Kreis bis hin nach Ulm. Mit diesem Projekt werden praktische Behandlungspfade abgestimmt und komplexe IT-Vernetzungsstrukturen geschaffen. Die „G’sundregion“ ist eine Gussform, die in vielen weiteren Regionen Baden-Württembergs und darüber hinaus angewendet werden kann (vgl. nebenstehendes Organigramm). – In der Rolle als Dachverband der Netze hatte GNS im Juni die freien baden-württembergischen Ärztenetze zur Netzkonferenz eingeladen, um eine gemeinsame Haltung



zum § 87 b SGB V zu entwickeln. Die Konferenzteilnehmer sprachen sich klar und einheitlich dafür aus, den Netzen die Zertifizierung nach § 87 b zu empfehlen.

ÄG Nord: Offen für angestellte Ärzte

■ Die seit 14 Jahren bestehende ÄG Nord setzt ihre neuen Satzungsziele um, indem sie nun auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte offensteht.



Erstes Mitglied aus diesen Reihen ist der Chirurg Dr. Franz-Joseph Bartmann (Bild) vom St.-Franziskus-Hospital Flensburg. Bartmanns Zugehörigkeit zur ÄG Nord stellt sich besonders symbolisch dar, weil der 64-Jährige seit 2001 auch Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und ein Verfechter der ärztlichen Freiberuflichkeit ist. Der Vorstand der Ärztegenossenschaft entscheidet jeweils über einen Mitgliedsantrag.

„Wir stehen als Unternehmen solide da“

Dr. Klaus Bittmann würdigt Mitarbeiter der ÄG Nord

■ Großes Lob von Vorstandssprecher Dr. Klaus Bittmann auf der Generalversammlung (GV) 2014 der Ärztegenossenschaft Nord eG für die Mitarbeiter: Das solide dastehende Unternehmen könne sich sehen lassen, was auch dem intensiven Engagement der Beschäftigten zu verdanken sei. Diese seien bisher in erster Linie im Bereich der Abwicklung und Umsetzung von Versorgungsverträgen tätig, sagte Bittmann. Ein verstärkter Schwerpunkt des Angebots der ÄG Nord liege künftig auf der administrativen Unterstützung von Praxisnetzen bis hin zu deren Geschäftsführung.

Cent für den Vorteil eines einzelnen Arztes aus.“ (vgl. das Titelthema dieser Ausgabe).

Zurzeit sind im Zuständigkeitsbereich der ÄG Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern) rund 1.900 Ärzte mit 36.000 eingeschriebenen Patienten in Selektivverträge eingebunden, bilanzierte Geschäftsführer Thomas Ramppoldt. Das dabei an Honoraren generierte Gesamtvolumen betrage 23,6 Millionen Euro. Die Genossenschaft werde jetzt ver-

stärkt ihre attraktiven Angebote auch jungen Ärzten sowie angestellten Medizinern unterbreiten und auf eine Mitgliedschaft ansprechen. „Wir werden uns dieser zeitgemäßen Herausforderung stellen.“



Eine solche Professionalisierung sei einer der wichtigen Voraussetzungen für die Netzförderung durch die Kven, so Klaus Bittmann. „Die vertragliche regionale Versorgung muss gesichert sein, und das auch über die Mitfinanzierung durch die Kassen.“ Hierbei bleibe abzuwarten, wie sich entsprechende Finanzierungsgesetze auf die Kassen auswirken. Bittmann: Die strukturelle Vernetzung müsse über eigene Budgets finanziert werden. Das Gießkannenprinzip des Kollektivsystems dürfe nicht angewandt werden. Die ÄG Nord jedenfalls werde sich um die Unterstützung für die Ärztenetze bemühen und für diese auch die erforderlichen Checklisten erarbeiten.

Relativ wenige der insgesamt gut 2.000 Genossenschaftsmitglieder waren zur GV in Rendsburg erschienen. Das aber sei auch ein Zeichen dafür, dass die Mitglieder „offensichtlich mit unserer Arbeit zufrieden sind“, merkte Klaus Bittmann an. Er unterstrich erneut, dass die Erträge der ÄG Nord und der Tochterunternehmungen, wie z. B. der Q-Pharm AG, allein in die Finanzierung von Projektarbeit fließe. „Wir geben keinen

■ Eine deutliche berufspolitische Positionierung stand im Zentrum der diesjährigen Generalversammlung der ägnw Ende Juni in Cloppenburg. Die Teilnehmer beschlossen einstimmig eine Resolution, die den Willen zur berufspolitischen Gestaltung bekräftigt und die Einheit der Ärzteschaft als untrennbares Ganzes unterstreicht.



Die ägnw-Resolution fordert den Erhalt der Freiberuflichkeit, den Stopp der e-Card, die weitere Rückverlagerung von

Entscheidungsbefugnissen in die Regionen, eine transparente, leistungsbezogene und angemessene Honorierung sowie die wirkliche Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Außerdem wird die konsequente Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit, die Transparenz aller Verwaltungsvorgänge in der KVN, die Förderung von Ärztenetzen als Gründer und Betreiber von „Eigeneinrichtungen“ (Praxis oder MVZ) als notwendig herausgestellt. MVZ in Konzernhand werden abgelehnt.

Zuvor ging Vorstandsvorsitzender Dr. Rainer Woltmann in seinem Bericht intensiv auf die Arbeit in der Vertreterversammlung der KVN ein. Er bewertete die Zusammenarbeit in der Fraktion, bestehend aus Ärztegenossenschaft, Hartmannbund

und Freier Ärzteschaft als Gewinn für Niedersachsens Ärztinnen und Ärzte. Durch die Arbeit von Dr. Jörg Berling als stellvertretender KV-Vorsitzender „ist ein neuer, arztorientierter und kooperativer Wind“ in die KV eingezogen, nach der autoritären Zeit früherer Vorstände, so Dr. Woltmann. „So schmerzhaft der Verlust von Jörg Berling als Vorstandsmitglied der Genossenschaft war, so sehr ist er ein Gewinn für die KVN.“ Die Ärztegenossenschaft werde „alles daran setzen, auch in der zukünftigen Vertreterversammlung in der Gemeinschaft mit dem Hartmannbund und der Freien Ärzteschaft ein gewichtiges Wort mitzureden“. Dem pflichtete der Vorsitzende des Hartmannbundes bei: Dr. Bernd Lücke bekräftigte den klaren Willen seiner Organisation, die Fraktionsgemeinschaft fortzusetzen.

Die Fallstricke: Substitution oft problematisch

Aktualisierte Leitlinie für gute Praxis beim Medikamentenaustausch

Seit Jahren sind sich Fachleute darüber einig, dass bei jedem Präparateaustausch die wirkstoffbezogenen Eigenschaften der Arzneimittel ebenso berücksichtigt werden müssen wie die Darreichungsform sowie das zu therapierende Krankheitsbild. Angesichts der Bedeutung dieser Aspekte für die Therapiesicherheit wirbt die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft (DPHG) mit ihrer aktualisierten Leitlinie für eine gute Substitutionspraxis. Die Pflicht der Apotheken, verordnete Arzneimittel gegen rabattbegünstigte Alternativpräparate auszutauschen, ist im Rahmenvertrag nach § 129 SGB V festgelegt. Voraussetzung sind die darin definierten Substitutionskriterien. Doch auch wenn alle Kriterien erfüllt sind, ist ein Austausch nicht immer unproblematisch:

Fehleranfällige Substitutionskriterien

Fallstricke zeigen sich häufig bei der Verordnungsmenge. Normgrößen-Bereiche können dazu führen, dass Rabattvertragsprodukte nicht die verordnete Menge enthalten. Wird dem Patienten in der Apotheke eine zur beabsichtigten Verordnung abweichende Packungsgröße abgegeben, kann dies zu einer Therapiegefährdung bis hin zu einem Therapieversagen führen, wofür der verordnende Arzt die Verantwortung trägt.

Hinweise zur Austauschbarkeit

Darüber hinaus gibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Anlage zur Arzneimittel-Richtlinie „Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen“. Eine solche Gleichstellung von gravierend unterschiedlichen Arzneiformen, wird von der DPhG als nicht akzeptabel bezeichnet.

Empfehlungen für die Praxis

Die DPhG hat nach der Erstveröffentlichung ihrer Leitlinie „Gute Substitutionspraxis“ von 2002 nun allen Fachkreisen eine aktualisierte Version zur Verfügung gestellt. Sie soll mit wissenschaftlich fundierten Empfehlungen dazu beitragen, dass die Arzneimittelsicherheit bei einem Austausch zwischen wirkstoffgleichen Arzneimitteln nicht gefährdet wird.

Konstante Medikation beibehalten

Demnach sollten Präparatewechsel nach Ansicht der DPhG bei allen Erkrankungen vermieden werden, die eine besonders gute Einstellung und eine konstante Medikation erfordern. Als Beispiele werden Therapien von chronischen Schmerzen und epileptischen Anfällen aufgeführt, die möglichst gleichmäßige Wirkspiegel erfordern.

Kritische Arzneimittelgruppen

In der Leitlinie sind folgende Arzneimittelgruppen aufgeführt, bei denen eine Substitution generell kritisch zu betrachten ist:

Antiarrhythmika

Antiepileptika

Immunsuppressiva

Opioid-Analgetika

Antiasthmatika

Antikoagulantien

Lithium

Schilddrüsenhormone

Antidepressiva

Herzwirksame Glykoside

Neuroleptika

Kritische Darreichungsformen

Als besonders kritisch bewertet die Leitlinie folgende Darreichungsformen hinsichtlich einer geplanten Substitution:

Retardarzneimittel (auch flüssige)

Magensaftresistent überzogene Formen

Dermal oder auf Schleimhäute applizierte systemische Arzneimittel

Pulmonal oder intranasal angewendete systemische Arzneimittel

Topisch applizierte, lokal wirksame Arzneiformen

Intramuskuläre Applikationsformen

Implantate

Berücksichtigung der Compliance

In den Grundsätzen für die generische Substitution empfiehlt die DPhG auch Faktoren mit einzubeziehen, die für die Compliance der Patienten von Bedeutung sind. Wenn sich Form oder Farbe von Medikamenten während der Therapie ändern, unterbrechen viele Patienten die regelmäßige Einnahme. Ein Forscherteam am „Brigham and Women's Hospital“ in Boston hat das anhand von Herzpatienten untersucht und bestätigt. pk

Quelle: www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/nachricht-detail/compliance-arzneimittelwechsel-fuehrt-zu-therapieunterbrechung/

Auswechseln verunsichert

Nichts Neues, aber aktuell erneut von Experten bestätigt: Die Einnahmetreue bei einer medikamentösen Therapie leidet, wenn sich bei Generika die Form oder Farbe der Tabletten verändert. Das konnten jüngst



bei einem Farbwechsel um 34 Prozent. Bei der Formänderung stieg die OR sogar um 66 Prozent (Quelle laut Ärzte-Zeitung: Ann Intern Med. 2014; 161: 96). Die Wissenschaftler folgern daraus: Es ist Aufgabe

US-Forscher der Harvard Medical School in Boston am Beispiel von Herzpatienten belegen. Bei wechselnder Formen und Farben wirkstoffgleicher bzw. chemisch identischer Pillen nehmen Patienten ihre Medikamente unregelmäßiger ein, so das Ergebnis einer Studie an rund 3300 Fällen. Die Odds-Ratio (OR) für eine unregelmäßige Einnahme stieg

der Ärzte und Apotheker, die Patienten besser darüber zu informieren, dass sich das Aussehen generischer Medikamente trotz gleicher Wirkung unterscheiden kann.

Quelle: www.deutsche-apotheker-zeitung.de/pharmazie/news/2014/07/22/nur-die-kleinen-herzen-helfen/13398.html

Pro AMTS: Aut-idem-Kreuz unstrittig legal

... sonst kann der Patient der vereinbarten Adhärenz nicht folgen

Unerschütterlich verfolgt Q-Pharm das erklärte Ziel, die Versorgung mit wichtigen Arzneimitteln sicherzustellen sowie dadurch Strukturen und Projekte einer regionalen Gesundheitsversorgung zu fördern und zu unterstützen. Hierzu zählt die neu aufgelegte AMTS-Initiative. „Wir fokussieren uns auf die Arzneimitteltherapiesicherheit und wir sind dabei froh, dass wir aus uns selbst heraus die Kraft haben, das AMTS-Programm anzugehen“, sagte Vorstandsmitglied Christoph Meyer kürzlich auf der diesjährigen Generalversammlung der ÄG Nord. „Egal von welcher ärztlichen Basis aus betrachtet, immer steht auch die AMTS im Zentrum.“

Schon die Ärztenossenschaften sind es, so Meyer, „ihren Mitgliedern schuldig, dass sie in der Praxis und in den Netzen gerüstet sind, vor allem die älteren, mehrfach indizierten Patienten sorgfältig medikamentös zu betreuen“. Deshalb habe



die ÄG Nord gemeinsam mit Q-Pharm eine Reihe regionaler Workshops zur AMTS aufgelegt. Diese Werkstattgespräche seien wichtig und sinnvoll, „denn Sie haften für das, was Sie verordnet haben“, sagte Christoph Meyer an seine Kollegenschaft gerichtet. Deshalb gehe es in den Veranstaltungen um Aufklärung vor allem über die therapeutischen, pharmakologischen und auch haftungsrechtlichen Konsequenzen einer nicht durch Ärzte kontrollierten Polypharmasie.

Bei einer nicht abgestimmten Behandlung mit zahlreichen Arzneimitteln steigt bekanntlich das Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen. Diese Gefahr werde durch die Rahmenvereinbarungen der Kassen verschärft, sagte Meyer. So müsse sich der Apotheker beim Medikamenten-Austausch „schon lange nicht mehr die Mühe geben, wie es einmal der Fall war“. Der Rabattdruck führe beim Patienten zur Verunsicherung, denn das Auswechseln vieler Medikamente

habe auch immer etwas mit Verwechslung zu tun. „Die Stimmen nehmen deshalb zu, die vor der ständigen Austauschbarkeit warnen.“ In diesem Kontext wies er erneut darauf hin, dass das Ankreuzen von (nec)-Aut idem unstrittig legal sei: „Haben Sie den Mut dazu, denn wir müssen das Kreuz setzen, weil der Patient sonst die erforderliche Adhärenz nicht erbringen kann!“

„Wir bieten deshalb ein strukturiertes AMTS-Programm für Netze und Qualitätszirkel an“, sagte Meyer. Damit werde gleichzeitig ein erster Schritt für den notwendigen Medikationscheck der Netze nach § 87 b SGB V realisiert, weil die KV eine solche Forderung erhebt. „Die ersten Netze sind auf einem guten Weg, diesen Medikationscheck vorzubereiten“. Q-Pharm bzw. die ÄG Nord bietet dabei u. a. einen Vordrucke an (Aufklärungs- und Erfassungsbögen). „So einfach das klingt, aber entscheidend ist, ein solches Verfahren konsequent in der Praxis einzubauen“, sagte Meyer. In diesem Zusammenhang erwähnte er, dass auch diese Kooperation mit Q-Pharm das bewährte Motto „Wir kümmern uns darum...!“ unterstreicht. fc

MEDIKATION

Gefahr der Rabattverträge immer spürbarer

Preisdruck: Produktion in Billigländern, Qualitätsminderung und Wettbewerbslähmung

■ Von einem „Mythos“, dass Rabattverträge in den Augen der Krankenkassen das Maß aller Dinge seien, berichtet der Fachverband „Pro Generika e. V.“. Und: „Die Rabattverträge gehören abgeschafft“, fordert gar der Jurist Prof. Burkhard Sträter (Bonn) in einem Artikel in der Fachzeitschrift „pharmind“. Er spricht von Exzessen, dramatischen Marktverlagerungen, deutlichen Anzeichen eines Marktversagens, Wettbewerbsverstößen und Untätigkeit des Bundeskartellamts. „Rabattverträge haben gravierende Nebenwirkungen“; sie bescherten „mehr Fluch als Segen“, beklagt die „Neue Allgemeine Gesundheitszeitung“ der Apotheker.

Jährlich 2,9 Milliarden Euro – bei vorangegangenen Aufwendungen von 4,8 Milliarden Euro der Krankenkassen für Generika – erstatten Pharmahersteller

den Kassen aufgrund von Rabattverträgen zurück, rechnet Sträter vor; doch dieses hohe Einsparvolumen zugunsten des GKV-Systems sei „ein zu hoher Preis dafür, um kleine und mittelständische Unternehmen zu ruinieren.“ Der exzessive Preisdruck, den die Kassen ausüben, wird darin deutlich, dass pharmazeutische Unternehmen inzwischen mehr als 100 Prozent Rabatt auf den Netto-Preis anbieten, also quasi nur noch von der Mehrwertsteuer-Rückerstattung profitieren. – Die Konsequenz: Immer mehr Produktionsstätten für Wirkstoffe schließen in Deutschland und Europa, die Herstellung verlagert sich in sogenannte „billige Schwellenländer“ wie China, Indien und Mexiko, und das oft mit gravierenden Folgen für die Qualität der Medikamente. In den meisten dieser Länder sei nämlich die Prüfdichte geringer als in Europa, so das Bundesin-

stitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Deshalb warnt BfArM-Präsident Prof. Walter Schwerdtfeger vor unerkannten Mängeln und in manchen Fällen auch bewussten Verfälschungen der Wirkstoffe, was vor der Weiterverarbeitung nicht entdeckt werde.

Institutschef Schwerdtfeger appelliert an die Politik, baldmöglichst Anreize zu schaffen, mit denen die Sicherheit in der Medikamentenproduktion stärker belohnt werde. Damit müsse zumindest teilweise, also bei besonders wichtigen Ausgangsstoffen, die Herstellung wieder nach Europa zurückverlagert werden. Dazu Jurist Sträter: Das Bundesgesundheitsministerium müsse „sich fragen lassen, ob es tatsächlich tatenlos zusehen will, dass Deutschland mit 75 Prozent der Versorgung in die Abhängigkeit von Nicht-EU-Staaten geraten will“. Zudem sei „die Oligopolisierung der generischen Anbieter und der Krankenkassen“ bedenklich. Auch unter Berücksichtigung kartellrechtlicher Aspekte stelle sich, so der Rechtsanwalt, die Frage, „welche Versorgung wir in der Zukunft haben wollen.“ – Durch einen Rabattvertrag mit einem Hersteller verhängt eine Krankenkasse quasi einen Lieferstopp für alle anderen, folgert „Pro Generika“. Dass die entsprechenden Ausschreibungen im Vorfeld der Vertragsvergabe nach Kassenmeinung die Bedarfsplanung der Hersteller erleichtere, stimme nicht. So sei der Zeitraum vor einem Vertragsstart für die Unternehmen kaum planbar. Im Regelfall vergehe ein halbes Jahr zwischen der Produktionsplanung bis zur Auslieferung. Meist aber sei die Frist vom Zuschlag der Ausschreibung bis zum Vertragsstart viel zu kurz.

Die Arzneimittel von Q-Pharm werden zu 90 Prozent in EU-Ländern produziert. „Das bedeutet einerseits absolute Qualität, andererseits hat das aber unter den gegebenen politischen und wirtschaftlichen Umständen auch seinen Preis“, sagt Q-Pharm-Vorstandsmitglied Dr. Eckehard Meissner.

Ergo: Beugt ein Hersteller vor, beginnt er mit der Produktion, erhält dann aber keinen Zuschlag, kann er das Medikament kaum noch absetzen. Der Vertrag mit dem Mitbewerber kommt somit einem Lieferstopp gleich. Beim Rabattvertragspartner selbst drohten Produktions- und Lieferengpässe. Besonders in sensiblen Segmenten, wie Impfstoffen, könne bei Engpässen eines einzigen Herstellers die Patientenversorgung in ganz Deutschland beeinträchtigt werden. Rabattverträge potenzierten also dieses Risiko. Ein organisch gewachsener Markt hingegen mit mehreren Anbietern, so „pro Generika“, könne marktgerecht reagieren, ein einziger Anbieter aber kaum.

Zum Schutz von Lebenserwartung und Lebensqualität der Patienten sind zusätzliche Regelungen bei Lieferengpässen von Arzneimitteln notwendig, fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Bericht für 2014. Empfohlen wird u. a. die Erweiterung der bisherigen BfArM-Liste von Medikamenten mit Lieferproblemen zu einem „verpflichtenden Melderegister“. Die weiteren Forderungen des Gremiums bei fehlenden oder knappen Arzneimitteln reichen bis zur Installierung eines zentralen Risikomanagements mit präventiver Orientierung. -ari

PRAXISALLTAG

Intensivierung der regionalen Nutzung des DP-Systems

Treffen der regionalen Dialogpartnerinnen-Betreuung

■ Ansatzpunkte zur noch intensiveren Nutzung des Dialogpartnerinnen-Systems sowie Ideen für regionale Initiativen wurden kürzlich auf einem Treffen in Leverkusen erarbeitet. Diese ersten konstruktiven Aspekte sollen in weiteren Treffen vertieft und im ständigen Austausch weiterentwickelt werden.

Erstmals trafen sich die Zuständigen für die Dialogpartnerinnen (DP) in den Partnerregionen. In Leverkusen kamen Rebecca Sieron von der Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG (GO-LU), Melanie Wirtz und Beatrix Tück vom Gesundheitsverbund Jülicher Land eG (GVJL) sowie Simone



Burchardt und Simone Hänsch vom Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG (RGL) zusammen. Sie sprachen mit Helga Schilk, Nicole Balke und Birgit Barth über Möglichkeiten, die das Dialogpartnerinnensystem den Regionen gibt. An den Gesprächen nahm mit sach- und fachkundigen Beiträgen auch RGL-Geschäftsführer Dr. Manfred Klemm teil. hs

Heilmittelverordnungen: ICD-10-GM-Code angeben

Abweichung nur in begründeten Fällen

■ Seit dem 1. Juli müssen Vertragsärzte auf jeder Heilmittelverordnung den für die jeweilige Therapie relevanten ICD-10-GM-Code angeben. Das betrifft Muster 13 „Physikalische Therapie/Podologische Therapie“, Muster 14 „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ und Muster 18 „Ergotherapie“. Darauf einigten sich der GKV-Spitzenverband und die KBV. Die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs“ war Anfang 2013 in Kraft getreten.

Von der Vereinbarung dieser Rahmenvorgabe kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden, beispiels-

weise bei Verordnungen im Rahmen eines Hausbesuchs. Bei Verordnungen aufgrund von bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten und bei langfristigem Heilmittelbedarf war die Angabe des ICD-10-GM-Codes bereits vor dem 1. Juli Pflicht.

Der ICD-10-GM-Code muss stets endstellig angegeben werden. Das bedeutet, dass der ICD-10-GM-Code einschließlich der letzten Stelle definiert werden muss: also z. B. G35.20 und nicht nur G35.2- oder G35-. Unterstützt das Praxisverwaltungssystem (PVS) die Eingabe beziehungsweise Auswahl der endstelligeren Codes nicht, sollten sich Ärzte an ihren Softwareanbieter wenden.

PRAXISALLTAG

URTEILE

Nicht auf sicherer Seite

■ „Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden“, urteilte kürzlich der Bundesgerichtshof (Az.: VI ZR 382/12 v. 15.04.14). Die BGH-Entscheidung hat Konsequenzen für die Arzthaftung bei Behandlungsfehlern; mit anderen Worten: Wenn sich Ärzte allein an Leitlinien halten, sind sie rechtlich nicht automatisch auf der sicheren Seite. Das gelte „in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind“. – Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten, heißt es in der BGH-Begründung. Auch spiegelten diese nicht immer das wieder, was bereits zuvor medizinischer Standard war. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder veralten, heißt es in dem Karlsruher Urteil. Entsprechendes gelte für Handlungsanweisungen in klinischen Leitfäden oder Lehrbüchern. – In dem vom BGH entschiedenen Fall hatte ein Krankenhaus 1995 eine mit Zwillingen schwangere Frau wegen vorzeitiger Wehen und einer Cervixinsuffizienz aufgenommen. Nach einer Notsectio leidet die zweitgeborene Tochter heute an einer spastischen Tetraparese und an einer fokalen Epilepsie. Der BGH wies die Klage gegen die Klinik ab. Ihr sei kein Verstoß gegen medizinische Standards und damit auch kein Behandlungsfehler unterlaufen.

Keine Haftung für Folgen

■ Eine ärztliche Diagnose kann Betroffene und ihre Angehörigen zwar schwer belasten, doch ein Arzt kann nach dem Informationsgespräch anschließend nicht für psychische Folgen bei den Betroffenen haftbar gemacht werden. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe mit einem Urteil entschieden (Az.: VI ZR 381/13).

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall war Anfang 2011 bei einem Vater Chorea Huntington diagnostiziert worden. Der Mann war geschieden, das Sorgerecht für die beiden noch nicht volljährigen Kinder übten beide Eltern gemeinsam aus. Der Patient befreite seinen Arzt von der Schweigepflicht, damit er seine Ex-Frau über die Diagnose der Erbkrankheit informieren konnte. Dabei unterrichtete der Arzt sie über die Erkrankung des Mannes und darüber, dass die Kinder mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent die Krankheit geerbt haben könnten.

Für die nach dem Gespräch entstandene Depression der zweifachen Mutter muss der Arzt aber nicht haften, urteilte der BGH. Mit ihrer Klage vor Gerichten hatte die Frau ein Schmerzensgeld von mindestens 15.000 Euro sowie den Ersatz aller bisherigen und künftigen Schäden gefordert. Der Arzt habe ihr nicht einfach von der Erkrankung ihres Ex-Mannes erzählen dürfen. Zumindest habe er damit bis zur Volljährigkeit der Kinder warten müssen. In letzter Instanz wies der BGH die Klage ab. Die Erkrankung der Mutter sei dem Arzt „haftungsrechtlich nicht zuzurechnen“. Dass eine schwerwiegende und möglicherweise auch für die Gesundheit der gemeinsamen Kinder relevante Krankheit eines Elternteils erkannt und dem anderen Elternteil bekannt wird, ist ein Schicksal, das Eltern jederzeit widerfahren könne, so in dem Urteil. Dies gehöre zu den allgemeinen Lebensrisiken; die Schadenersatzpflicht sei zum Schutz vor solchen Gefahren nicht vorgesehen.

Arztnummer kontrollieren!

■ Apotheker sind vor der Abgabe eines Medikaments zum Abgleich der Identität der Lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) auf dem Rezept verpflichtet, so das Landessozialgericht Berlin/Brandenburg (Az.: L 9 KR 192/11). Auf diese Entscheidung weisen die Apothekerverbände hin. Ergänzend teilte die AOK Hessen mit, dass eine generelle Prüfpflicht der Apotheke gilt, unabhängig vom Verdacht, es könne sich um ein gefälschtes Rezept handeln. Das wird mit dem Arzneimittellieferungsvertrag begründet.

Richtig „igeln“

■ Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) können für den Patienten sinnvoll sein, werden aber von Politik und Medien kontrovers diskutiert. Die Folge: Verunsicherung bei Ärzten und Patienten. Ihnen bietet der neue Ratgeber „Selbst zahlen?“ von KBV und Bundesärztekammer hilfreiche Checklisten und Informationen für das richtige Verhalten im Umgang mit den Selbstzahler-Leistungen. Gleichzeitig wird über rechtliche Vorgaben informiert. Erstellt wurde der Ratgeber vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin; mitgewirkt hat das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Auch waren Ärzteverbände und Patientenorganisationen aufgerufen, sich zu beteiligen. Die Infos liegen ausschließlich in elektronischer Form vor: www.bundesaerztekammer.de/downloads/igelcheck2auff20121113.pdf

GKV-Spitzenverband bittet Patienten kräftig zur Kasse

Drastische Absenkungen der Festbeträge

■ Millionen gesetzlich versicherter Menschen müssen seit dem 1. Juli für ihre Arzneimittel erheblich mehr bezahlen. Der Grund dafür ist die erneute Absenkung der Festbeträge durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankensversicherungen (GKV), und das teils um bis zu 70 Prozent! Betroffen sind vor allem Wirkstoff-Gruppen zur Behandlung von Bluthochdruck, Herzinsuffizienz und Magengeschwüren. Darunter fällt auch eine Reihe höchst versorgungsrelevanter Wirkstoffe, wie zum Beispiel Pantoprazol, Metoprolol und Candesartan. Diese Wirkstoffe werden pro Jahr millionenfach vom Arzt verordnet und in der Apotheke abgegeben.



„Oh, da müssen Sie leider diesmal zuzahlen!“

immer mehr aus der eigenen Tasche zu zahlen müssen.

Die kontinuierliche Absenkung der Festbeträge kann dazu führen, dass Unternehmen ihre ohnehin niedrigen Preise nicht noch weiter senken können. Die Folge:

Bestimmte Generika können nicht länger für die Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Der Branchenverband Pro Generika hatte den GKV-Spitzenverband bereits im Vorfeld der seit wenigen Wochen geltenden Festbetragsabsenkungen darauf hingewiesen, dass er gesetzliche Vorgaben ignoriert hat und infolge der Festbetragsabsenkungen eine hinreichende Versorgung der Versicherten mit zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln in einigen Wirkstoffgruppen nicht mehr möglich sein wird.

Der durch den GKV-Spitzenverband ausgelöste Preisdruck bleibt für die Patienten nicht ohne Folgen: Den Patienten stehen nun nur noch 3.009 zuzahlungsbefreite Arzneimittel zur Verfügung. Das sind 2.592 weniger als bisher. Damit hat die Anzahl der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel einen neuen Tiefstand erreicht (2010 betrug die Anzahl der zuzahlungsbefreiten Medikamente noch knapp 12.436).

Um die Zuzahlungsbefreiung aufrecht zu erhalten, müssten Hersteller ihren Preis um weitere 30 Prozent unter die bereits reduzierten Festbeträge senken. Das ist für Generika-Unternehmen, die ohnehin schon einem besonders hohen Preis- und Rabattdruck ausgesetzt sind, kaum noch zu leisten. Kann ein Unternehmen bei den immer weiter abgesenkten Festbeträgen nicht länger mithalten, müssen Apotheker vom Patienten eine Zuzahlung oder gar eine Aufzahlung einfordern. Diesen Effekt kennen viele GKV-Versicherte bereits von der Zahnbehandlung. Auch dort sind die Festzuschüsse immer weiter gesenkt worden, so dass Patienten

Der GKV-Spitzenverband hatte es allerdings nicht für nötig befunden, die Argumente und großen Bedenken zu berücksichtigen. Dazu der Branchenverband Pro Generika: „Während sich in Deutschland mehr und mehr die Erkenntnis durchsetzt, dass der Preisdruck auf Generika so hoch ist wie in kaum einem anderen Land in der EU und Diskussionen über die Zukunft einer nachhaltigen Arzneimittelversorgung beginnen, schottet sich der GKV-Spitzenverband von Sachargumenten ab“. Diese Dialogverweigerung führte schon in der Vergangenheit dazu, dass der Kassenverband ein Überdrehen der Preisschraube bei einigen Generika viel zu spät erkannt hat, wodurch die Versorgungssicherheit nicht mehr gegeben war.

ps/fc

Quelle: GKV-Spitzenverband, ABDA; www.progenerika.de/wp-content/uploads/2014/06/PM-vom-30.06.20141.pdf; www.progenerika.de/wp-content/uploads/2014/07/ProGen-ZdM-2014-Juli.pdf

IMPRESSUM

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

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

BVÄG Bundesverband
DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFTEN