

GESUNDHEITSPOLITIK

Werden ärztliche Kooperationen strafbar?

Umstrittener Paragraph erst im nächsten Jahr

■ Erst in einigen Monaten will Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD) einen Referentenentwurf für eine Änderung des Strafgesetzbuches (§§ 299a/300) vorlegen. Eine spezielle "Lex Ärzte" soll es mit dem Gesetzesvorhaben nicht geben, hatte Maas bereits Anfang September nach einem Fachforum im Justizministerium betont. Es würden alle Berufe im Gesundheitswesen betroffen sein. In Bayern werden allerdings bereits seit Anfang Oktober drei Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften eingerichtet, die gezielt gegen Bestechung im Heilwesen vorgehen sollen.

Auf Bundesebene lässt ein Gesetz noch auf sich warten, doch die Bedenken dagegen sind weiterhin sehr groß, dass ambulant-stationäre Kooperationen und Netzprojekte zur besseren Patientenversorgung aufgrund der bisherigen Formulierungen der Paragraphen schnell in Ver-



Ein Teil der Veranstaltungsteilnehmer nach dem Parlamentarischen Frühstück

dacht geraten. Das wurde einmal mehr auf dem vierten Parlamentarischen Frühstück des BVÄG in Berlin deutlich. Dabei warnte der gesundheitspolitische Mitarbeiter der bündnisgrünen Fraktion Dr. Tilmann Holzer davor, die Kooperationen im Gesundheitswesen zu kriminalisieren. Genossenschaften und Ärztenetze sollten im laufenden Gesetzgebungsverfahren darauf dringen, dass

der Gesetzestext präzise und „trennscharf“ abgefasst werde, so Holzer.

Der BVÄG und Ärztenetze befürchten, dass alle Kooperationen sowie z. B. auch Apparate- und Laborgemeinschaften durch das geplante Strafgesetz kriminalisiert werden. Die bisher vorliegenden Fassungen der Paragraphen zur Bestechung/Bestechlichkeit im Gesundheitswesen seien so formuliert, dass auch strukturierte Zuweisungen von Patienten, wie z. B. die vom Gesetzgeber gewollte Zusammenarbeit in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, staatsanwaltliche Ermittlungen auslösen könnten.

PERSPECTIV berichtet ausführlich auf den folgenden Seiten. -ari

BVÄG bleibt im Gespräch

■ Vertreter des BVÄG und von Ärztenetzen bleiben mit der Politik im Gespräch zum Gesetzentwurf 299a. Mit Gesundheitspolitikern der vier Bundestagsparteien und mit der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) sind baldmöglichst weitere

Gespräche geplant, in denen die vernetzten Ärzte ihre Bedenken und Vorschläge äußern werden. Ziel: Der Gesetzestext müsse gemäß dem verfassungsrechtlich garantierten Bestimmtheitsgebot so konkret wie möglich formuliert werden. fc

EDITORIAL

Das Fazit von BVÄG-Vorstandsmitglied Andreas Rinck zum Parlamentarischen Frühstück macht vernetzten Ärzten Mut: „Ärztliche Kooperationen geben uns gute Chancen, die Anforderungen an eine alternde Gesellschaft zu bewältigen. Dazu benötigen wir auch die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit regionalen Krankenhäusern. In diesem Kontext macht es wenig Sinn, wenn der Gesetzgeber die Kooperation durch Ersatzvornahme der Behandlung durch Klinikärzte „bedroht“, sollten Vertragsärzte keine zeitnahen Termine vergeben. Die KBV ist zurzeit nicht in der Lage, konstruktive Ideen zu geben. Alternativ gehen aber neue Initiativen von den vernetzten Formen der Niedergelassenen aus. Wenn wir uns weiter bündeln und dadurch noch stärker werden, haben wir große Chancen!“

Deutsche Post
INFOPOST

BVÄG / Chausseestraße 119b
10115 Berlin

GESUNDHEITSPOLITIK

Selbstbewusster Auftritt des BVÄG in Berlin

Dialog mit Politik und Experten **Seiten 2-4**



■ Vom „gestärkten Selbstbewusstsein“ der vernetzten und genossenschaftlichen Ärzte sprach Christoph Meyer, der erneut das Parlamentarische Frühstück moderierte. Von dem Dialog ging die Botschaft aus, dass Ärztlichgenossenschaften und Praxisnetze Interessenvertretungen sind, die zu ihrer unternehmerischen Verantwortung stehen.

ÄRZTENETZE

Schleswig-Holstein vorn: Jeder zweite Arzt vernetzt

Verbindlichkeit notwendig **Seite 5**

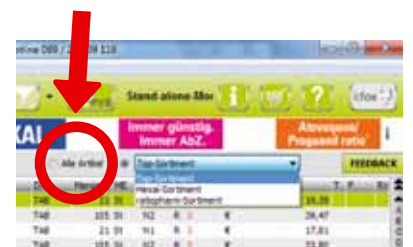


■ Bundesweit arbeitet jeder dritte niedergelassene Arzt in einem regionalen Praxisnetz; in Schleswig-Holstein ist es fast jeder zweite. Die Zahl der Netze stieg bundesweit innerhalb von zwei Jahren um 18 Prozent auf weit mehr als 400. Heute ist bei der Netzentwicklung bei der Verbindlichkeit die professionelle Geschäftsführung nötig.

MEDIKATION

ifap-Arzneimitteldatenbank kann Wettbewerb verzerren

Auf „alle Artikel“ klicken! **Seite 7**



■ Viele Nutzer erhalten bei Aufruf der ifap-Datenbank lediglich den Zugriff auf das sogenannte Top-Sortiment. Diese Sortimentsbevorzugung beruht auf Werbesponsoring, was letztlich aber eine Wettbewerbsverzerrung bedeutet. Erst das Umschalten auf „alle Artikel“ ermöglicht den Zugriff auf die gesamte Arzneimitteldatenbank.

GESUNDHEITSPOLITIK

„Massiver Nachbesserungsbedarf“ angemahnt!

Dr. T. Holzer (Grüne): Mit den geplanten Paragraphen dürfen Ärzte und deren Bündnisse nicht kriminalisiert werden

■ Alle Angriffe auf die Freiberuflichkeit der Ärzte müssen nach Auffassung von Dr. Tilmann Holzer, wissenschaftlicher Mitarbeiter des bündnisgrünen Bundestagsabgeordneten und Gesundheitspolitikers Dr. Harald Terpe, abgewehrt werden. Es gelte, die Attraktivität des Arztberufs hoch zu halten und weitere Anreize für die Übergabe von Praxen, also für den Generationenwechsel, zu fordern, sagte Holzer beim Parlamentarischen Frühstück des BVÄG in Berlin.

„Mit den geplanten Strafparagraphen 299a/300 (Bestechung/Bestechlichkeit) dürfen die Ärzte und ihre Bündnisse nicht pauschal kriminalisiert werden“, so Holzer. Es sollte alles getan werden, um den Gesetzestext so präzise wie möglich zu gestalten, auch deshalb, damit für die Patientenversorgung keine Nachteile entstehen, meinte der Diskussionspartner vor den rund 25 Vertretern von Ärzten und Gesundheitspolitikern. „Wegen der spezifischen Kooperationen im Gesundheitsbereich muss der Paragraph so formuliert sein, dass er die Formen dieser Zusammenarbeit, die auch wirtschaftlich gewollt sind, nicht kriminalisiert. Hier aber sehen wir beim Gesetzentwurf massiven Nachbesserungsbedarf.“

„Ein großer Markt wie das Gesundheitswesen funktioniert nur, wenn er klare Spielregeln hat“, meinte Holzer. Eine davon sei „die Korruptionsbekämpfung, denn das haben wir in anderen Märkten auch“. Doch die berechtigte Sorge der Ärzten sei, „dass ein schlecht formulierter Paragraph die Ärzte einschränkt oder fälschlicherweise in ihrer Tätigkeit kriminalisiert, weil das Gesundheitswesen im Gegensatz zu anderen Bereichen, die auf Konkurrenz ausgelegt sind, stark auf Kooperation der verschiedenen Akteure ausgelegt ist, denn sonst funktioniert Gesundheit nicht.“

„Man braucht präzise scharfe Begriffe, mit denen wie mit dem Skalpell die schwarzen Schafe herausgeschnitten werden können. Das ist die Aufgabe des Bundesjustizministeriums; die müssen das sauber machen, die haben dort genug Juristen.“



Dr. Tilmann Holzer, wissenschaftlich-gesundheitspolitischer Mitarbeiter der bündnisgrünen Bundestagsfraktion

Zum eigentlichen Straftatbestand kritisierte Holzer, dass der bisherige Entwurf nur „die Verschärfungsoption“ beinhalte, die besonders schwere Formen extra unter Strafe stellt. „Die andere Form, mit der minder schwere Fälle abgeschwächt unter Strafe gestellt werden, gibt es nicht. Das müsste also als erstes eingefügt werden.“ Ein Mindeststrafmaß, wie bisher enthalten, müsse „weggestrichen“ werden. „Das muss dem Richter überlassen werden, denn der hat genügend Entscheidungsspielraum.“

„Sie müssen sich als Genossenschaften massiv in diesen (Gesetzentwurfs)-Prozess einbringen“, empfahl Holzer. „Nehmen Sie Ihre Interessenvertretung hart, direkt und nachdrücklich wahr, denn sonst geht diese unter!“ Wichtig seien „direkte Kontakte und ein massives Auftreten, am besten mit konkreten Vorschlägen, mit denen Sie gut fahren“. Auch sollte darauf geachtet werden, dass „eine gute Evaluierungsklausel“ in den

Gesetzentwurf hinein kommt. „Dann haben sie zumindest die Option, dass nach zwei Jahren das Gesetz überprüft wird.“ Es sollten zudem „viele Konditionen“ eingefügt werden, z. B. „was das Gesetz bewirkt, ob es trennscharf genug ist und die Begriffe genügend bestimmt sind.“

Die Grünen haben bereits in der letzten Legislaturperiode einen fünfseitigen Antrag mit Kritikpunkten zum geplanten Paragraphen erstellt, „der wird jetzt nochmals überarbeitet“, so Holzer. Darin sei schon klar gestellt worden, „dass wir es falsch finden, wenn eine Gruppe herausgestellt wird, allein deshalb, weil es schon empirisch falsch ist, denn die Ärzte sind nicht korrupt, sondern allenfalls die wenigsten, dafür haben ganz andere Akteure im Gesundheitswesen eine viel höhere Motivati-

on“. Es gehe in erster Linie um das Beste für den Patienten. So spreche „aus unserer Sicht nichts dagegen“, wenn Zuweisungen in Fachzentren honoriert werden, aber dafür sei eine klare Regelung notwendig. Genau dazwischen müsse ein solcher Paragraph wirksam sein, „nämlich dass es nicht um das Geld, sondern um das Wohl des Patienten geht.“ Holzer weiter wörtlich: „Ich denke, dass das bisherige Gesetzeskonzept nicht praxistauglich ist; das wird nicht funktionieren. Es wird zu viele Verurteilungen geben, wenn es konsequent angewandt wird oder die Staatsanwälte sagen von vornherein, dass es ein überzogenes, schlecht gestricktes Gesetz ist. Es darf zum Beispiel kein Arzt verklagt werden, der seiner Arbeit in einer Ärztenachkommenschaft nachkommt.“

-ari

„Den 299a werden wir uns genau anschauen“

Olaf Gerlach (Die Linke): Freie Berufsausübung wahren!

■ Der Fraktionsvertreter der Bundestags-Linken, Olaf Gerlach, hat versichert, „das Problem mit dem 299a auf jeden Fall“ mitzunehmen in die gesundheitspolitische Diskussion seiner Partei. Er werde „mit großem Nachdruck darauf drängen, dass wir uns das genau anschauen“ und die Vorschläge aus den Reihen der Ärzten und Praxen „sehr genau prüfen werden“, sagte Gerlach auf dem Parlamentarischen Frühstück des BVÄG. Die Kooperationen seien für die Patientenversorgung wertvoll und zu fördern.

Freiberuflichkeit sei die notwendige Voraussetzung für Therapiefreiheit, unterstrich Olaf Gerlach. Doch Freiberuflichkeit gelte in dieser Hinsicht auch für die in MVZ tätigen angestellten Ärzte, denn in der ambulanten Versorgung stehe bei den jungen Ärzten die Furcht an, wegen der ökonomischen Risiken und Arbeitsbelastung in die niedergelassene Freiberuflichkeit zu gehen. „Deshalb meinen wir, dass insbesondere die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen mit Konzepten gestärkt werden sollte, die auch jenseits der Freiberuflichkeit liegen.“ Doch müsse dabei die freie Berufsausübung des Arztes dringend gewahrt werden, denn bei ihm liege die letztliche medizinische Entscheidung. Dennoch sollten Wege von Delegation und Substitution gangbar sein.

Bestehe die Gefahr, dass ein Strafgesetz zur Bestechung/Bestechlichkeit im Gesundheitswesen die bisherigen Kooperationsformen bedroht, dann wäre das

„Kooperationen sind gut geeignet, die Patientenversorgung zu verbessern, weil das von uns ausgesprochen wertgeschätzt wird und zu fördern ist.“



Olaf Gerlach, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fraktion der Linken im Bundestag

ziemlich problematisch, meinte Gerlach, denn wir wissen natürlich, dass Kooperationen die Versorgung immer in hohem Maße zu verbessern in der Lage sind. „Insofern wäre das tatsächlich ganz fatal.“ Andererseits müsse auch der Wettbewerb im Heilbereich „so eingeschränkt und gesteuert reguliert werden, dass er zu einer guten und möglichst verbesserten Versorgung führt“. Das sei leicht gesagt. Wenn Wettbewerb allein in der Idealform für eine bessere Versorgung laufe, sei das gut. „Nur ist er unter den bestehenden Gegebenheiten immer mit Geld verbunden, und dahinter lauert dann schon die Gier.“ Er bezweifle, ob diese „allein mit Trennschärfen, Begriffen und guten Gesetzen“ beseitigt werden könne, „wir müssten sozusagen immer hinterher kontrollieren, doch auch das ist ein Problem.“

-ari

DAS FAZIT

Selbstbewusstsein gefestigt

■ Von einem „gestärkten Selbstbewusstsein“ der vernetzten und genossenschaftlich organisierten Ärzte spricht Christoph Meyer (Foto), der – inzwischen schon traditionell – auch die Tagesordnungspunkte des vierten Parlamentarischen Frühstücks des Bundesverbandes der Ärztenachkommenschaften (BVÄG) in Berlin moderierte. Die Veranstaltung habe einmal mehr dazu beigetragen, wieder zu begreifen, dass ärztliche Genossenschaften und auch die Praxisnetze auch „Interessenvertretungen von Unternehmern sind, die in



einer wirtschaftlich orientierten Verantwortung stehen und das auch wollen“. Das sei eine wichtige Botschaft hinein in die Kreise der Mitglieder. Meyer: „Was uns verbindet, ist das Wohl der Patienten, aber auch unserem Bekenntnis haben die Politiker unisono nicht widersprochen, dass wir mit der Ausübung unseres Berufs Geld verdienen müssen und das auch dürfen.“ Somit seien die Ärztenachkommenschaften eine „enorme und tragfähige Säule“ des deutschen Gesundheitssystems, das im internationalen Vergleich gut dastehe. Christoph Meyer resümiert mit der selbstkritischen Erkenntnis: „Wir müssen uns angewöhnen, manchmal ein wenig differenzierter über Politik und mit der Politik zu diskutieren!“ fc

Die Politik reagiert viel zu kurzfristig!

Volkswirt Dr. Thomas Drabinski: Demografischer Wandel dramatisch

■ Eine düstere Zukunft bildet sich bei der sozialen Versorgung in Deutschland ab, wenn die Politik weiterhin unzureichend auf die dramatische demografische Entwicklung reagiert. Komme es nicht jetzt zum Gegensteuern, drohen im Sozial- und Gesundheitsbereich gewaltige Finanzierungsdefizite, ist das Fazit eines Vortrags des Kieler Volkswirts Dr. Thomas Drabinski (Foto), vom Institut für Mikrodatenanalyse. Der Experte sprach auf dem Workshop des „Parlamentarischen Frühstück“. Das deutsche Gesundheitssystem sei ein wichtiger und großer Bereich der Volkswirtschaft, habe besonderes Gewicht und sollte kein nachrangiges Thema der Politik sein.



Gerade unter diesen Gegebenheiten lohne sich das Engagement in der ärztlichen Vernetzung, meinte Drabinski. Diese könnten künftig eine Zukunfts- und Erfolgsformel bei der Gestaltung des Gesundheitswesens sein. Denn Ärztenetze seien, wie die Ärzte selbst, ganz dicht an der Versorgung dran, die KVen und Politik hingegen nicht. „Ärztenetze braucht man, um die demografischen Veränderungen in Form bringen zu können.“

Baustellen und Ausblicke

Die Möglichkeiten und Effekte des Arztberufes und seiner Kooperationen sind von der Gesundheitspolitik „häufig nicht zu Ende gedacht“, monierte Drabinski. Die Einnahme- und Finanzsituation der GKV sei kurz- bis langfristig nicht sichergestellt und die sogenannte Staatsmedizin führe zu hohen Fehlleistungen. Deshalb gewinnen kurz über lang privat finanzierte Gesundheitsangebote bzw. -leistungen („Selbstzahlermarkt“) sowie der Arztberuf allgemein und die ärztliche Vernetzungen an Bedeutung.

Vorrangige aktuelle „Baustellen“ sind das Versorgungsstärkungsgesetz, wozu

ZITATE

zur KBV-Diskussion über Trennung von Haus- und Fachärzten:

■ Prof. Dr. Erhard Lang (DOXS eG): „In Präambeln von Netzen und Genossenschaften steht hoch im Kurs, dass diese Trennung überwunden werden soll. Deshalb ist das ein schlechter Ansatz.“

■ Dr. Rainer Woltmann (ÄG Niedersachsen-Bremen): „Das entspricht überhaupt nicht unserem Denken und Handeln.“

■ Dr. Hans-Heiner Decker (ÄG Westfalen-Lippe): „Das sind Themen auf den höheren Ebenen, an der Basis der KV nimmt man das nicht wahr.“

„Irreversibel und hoch dramatisch“ verläuft die demografische Kurve mit schrumpfender Jugend, geburtenstarken Jahrgängen um die 50-Jährigen und wachsenden Ruheständler-Anteilen, machte der Referent deutlich. Es fehlten rund 20 Millionen Menschen, um das Sozialsystem die nächsten 50 Jahre so stabil wie bisher absichern zu können. Der Auftrag der Sozialversicherung, dass sich das Gesundheitssystem aus sich selbst reproduzieren müsse, sei nicht mehr haltbar. „Es gibt keine Möglichkeit mehr, das zu korrigieren.“ Doch die Politik gehe fast überhaupt nicht auf dieses Thema ein: „Wenn die Demografie nicht berücksichtigt wird, kommt es zu falschen Entscheidungen, die sich in 10 bis 20 Jahren, wenn die geburtenstarken Jahrgänge alt werden, nicht mehr verwirklichen lassen.“

Um das heutige Versorgungssystem aufrecht zu erhalten, müsse der Staat stark Steuern zuschießen, um das gegenwärtige Leistungsniveau finanzierbar zu machen, sagte Drabinski. Nötig wäre es, dass die zurzeit in dieser Hinsicht planlose Politik Rücklagen von mindestens 14 Milliarden und besser bis zu 36 Milliarden Euro jährlich bildet. Doch es bleibe lediglich bei der Reform der Sozialfinanzierungsanteile ab 2015.

HINTERGRUND

Ein Ausschuss soll entscheiden

■ Haus- und Fachärzte sollen in der KBV künftig stärker nach Versorgungsebenen getrennt über ihre Belange entscheiden können. Zusätzlich zu den Ausschüssen für Finanzen und Vorstandsangelegenheiten plant die KBV einen „Ausschuss für die Koordinierung der ausschließlich hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten“ einzurichten. Dafür hat die Vertreterversammlung eine Satzungsänderung verabschiedet. Der neue Ausschuss soll entscheiden, wann Be-

schlussvorlagen ausschließlich haus- oder fachärztliche Angelegenheiten betreffen. Gewollt werde keine Spaltung, sondern eine Lösung, die vom Koalitionsvertrag gedeckt und auch politisch gewollt sei, so der Hausärzterverband. Jedenfalls gilt es als sicher, dass das Versorgungsstrukturgesetz II Regelungen zur inneren Struktur der KBV enthalten wird. Der Gesetzentwurf befindet sich zurzeit in der internen Abstimmung im Gesundheitsministerium. fc

bereits ein erster Entwurf vorliegt, sowie das neue Qualitätsinstitut, das bereits startklar ist. Bei der „Versorgungsstärkung“, die in Kooperation mit den gesetzlichen Kassen umgesetzt werden soll, ist die Einführung von Termin-Servicestellen bei den KVen geplant. Dabei gehe es um die „rasche Vermittlung von Patienten zu Fachärzten“. Drabinski: „Das stößt nicht auf Begeisterung bei den an der medizinischen Versorgung Beteiligten; es ist eben eine der klassischen politischen Ideen, die in den Koalitionsvertrag hinein geschrieben wurde.“ – Weitere Elemente im neuen Versorgungskonzept sind u. a.: Die erweiterte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung, der Kauf von Vertragsarztsitzen durch KVen, auch zur Steuerung der Niederlassung; damit zusammenhängend die Stadt/Land-Bedarfsplanung („Landarztförderung“), die Stärkung der MVZ, initiiert durch die Krankenhäuser und nicht mehr per Regulierung durch niedergelassene Ärzte, sowie der Innovationsfonds von 300 Millionen Euro

jährlich. Darüber hinaus befindet sich das E-Health-Gesetz in der Vorbereitung. Dessen Ziel ist eine einheitliche IT-Infrastruktur für die ambulanten und stationären Bereiche.

Das neue Qualitätsinstitut wird bereits vom 1. Januar 2015 an aufgebaut, und zwar zusätzlich zum IQWiG. Dadurch soll die ambulante und stationäre Versorgung mit hochqualitativen messbaren Kriterien versehen werden. Eine Stiftung trägt das Institut, um unabhängig und dauerhaft wissenschaftliche, methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für die Qualitätssicherung zu liefern. Sämtliche Daten aus dem Gesundheits- und Sozialsystem wandern in das neue Institut. „Wenn man das macht, kann auch gute Politik gemacht und Transparenz eingerichtet werden. Dem System ist nachgelagert, dass auch die Vergütungssysteme entsprechend angepasst werden können.“

„Es entstehen nur kurzfristige Effekte, denn die eingeschlagenen Wege verlieren mittel- und langfristig an Bedeutung“, so Drabinski. Auch werde über Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit der Ärzte kaum diskutiert. Die KV-Welt verfüge jedenfalls über zu wenig innovative Konzepte. -ari

Reflexionen einer Ex-Gesundheitsministerin

Andrea Fischer gegen Trennungsbestrebungen



Andrea Fischer: „Früher herrschte im kontroversen Gespräch mit Ärzten oft ein gehässiger Unterton; das gibt es heute nicht mehr, aber jetzt habe ich gesundheitspolitisch ja auch nichts mehr offiziell zu sagen. Deshalb war es schön, dass ich hier mit Ihnen diskutieren konnte.“

■ Die grüne Ex-Gesundheitsministerin Andrea Fischer (1998-2001) hält die Initiative, dass Haus- und Fachärzte in der KBV künftig stärker nach Versorgungsebenen getrennt über ihre Belange entscheiden können (siehe Hintergrund), für „keine gute Idee“. Das sei tendenziell ein Rückschritt. Vor 15 Jahren sei der oberste Grundgedanke gewesen, Sektoren zu überwinden „und das hat seitdem in der Gesundheitspolitik eine große Rolle gespielt“, sagte Fischer auf dem Berliner BVÄG-Workshop.

Die vernetzten Ärzte sollten hier intervenieren, denn die KBV-Pläne widersprechen dem, was diese „in den vergangenen Jahren vorgebracht haben“, empfahl Fischer. Die Trennungsbestrebungen innerhalb der KBV könnten nicht im Sinne von Netzen und Ärztenossenschaften sein, sagte die frühere Gesundheitsministerin, die heute Dezernentin für Finanzen und Gebäude der

Region Hannover sowie Aufsichtsratsvorsitzende für das Klinikum Hannover ist.

Fischers Ministerium hatte seinerzeit die Grundlagen für die Möglichkeiten geschaffen, sich zu vernetzen bzw. Ärztegenossenschaften zu gründen. Das sei „bei allen Widerständen, die es gegeben haben mag, eine erfolgreiche Geschichte geworden“, zumal die Netze heute eine stärkere Rolle eingenommen und „quasi Gesetzesrang durch den 87b errungen haben“, würdigte die Referentin die Entwicklung. Die Erfolge der Kooperation stünden heute ganz oben an. „Sie sollten nicht verstecken, dass sie auch Unternehmer sind“, gab Fischer den teilnehmenden Ärzten mit auf den Weg. „Sie sind freie Unternehmer und Arbeitgeber, Sie führen Ihre Praxis entsprechend und müssen selbstverständlich dabei über Geld reden.“

-ari

GESUNDHEITSPOLITIK

Statements und Fragen beim Parlamentarischem Frühstück

■ Christoph Meyer (ÄG Nord):

„Das Motto dieser Veranstaltung ist Formfehler – weil wir den großen Verdacht und die Befürchtung haben, dass sich in diesem ersten Entwurf Formfehler einschleichen, unter anderem ist das grundgesetzliche Bestimmtheitsgebot nach Artikel 103 Absatz 2 nicht erfüllt. Bitte nehmen Sie das mit als Botschaft in die parlamentarische Arbeit!“



einmal den Staatsanwalt in der Praxis gehabt haben, geht ihnen der Laden durchaus flöten, denn das spricht sich ganz schnell herum. Doch Ärztegenossenschaften, Berufsverbände oder freie Assoziationen schließen ja Versorgungsverträge ab, die per Definition eine strukturierte systematische Zuweisung mit sich bringen ... Ist dieses Gesetz in der Lage, die nötige Trennschärfe zu erzielen, dass das, was dem Patienten hilft, möglich zu machen, ohne die Leistungsbringer in diesem System dem Verdacht einer Vorteilsnahme zu entziehen?“

■ Dr. Matthias Lohaus (Mediverein Berlin):

„Das Problem ist, dass den Ärzten immer unterstellt wird, Vorteilnahme oder einen Vorteil zu haben, sei etwas Schlechtes ... Zum Beispiel Schwindelpatienten, die ein schwer definierbares Krankheitsbild abgeben. In Paris gibt es dafür ein übergeordnetes Schwindelzentrum, in dem mehrere Fachgruppen zusammen komplette Diagnostik machen. Das kann in Deutschland unter Budgetbedingungen keiner leisten. Wenn das auf hier übertragen wird, also wenn sich ein paar Spezialisten finden, dann macht das nur Sinn, wenn die Zuweiser dafür ein Entgelt bekommen, wenn Patienten abgegeben werden. Unter deutschen Rechtsbedingungen ist das aber unmöglich.“



■ Andreas Rinck (BVÄG und ÄG Nord):

„Vor zweieinhalb Jahren hat der Gesetzgeber den 116b eingeführt, da fordert er die Verzahnung ambulant-stationär, und zwar ohne Beteiligung der Kassen und der KVen. Das heißt, an dieser Stelle muss der einzelne Arzt mit dem Krankenhaus in Kooperation treten, um gemeinsam den Patienten zu behandeln. Das Kräfteverhältnis Krankenhaus/Arzt ist uns bewusst. Deshalb gibt es Genossenschaften und MED, um Ärzte und ärztliche Interessen gegenüber dem großen Krankenhaus zu bündeln und zu Kooperationen zu kommen. Doch das ist bei der Unbestimmtheit dieses geplanten Gesetzes so problematisch, dass allein die Tatsache, mit einem Krankenhaus eine Kooperation einzugehen, die gesamte Ärzteschaft unter Generalverdacht kommt, korrupt zu sein. Das ist so bedrohlich für den einzelnen Arzt,



dass er die Arbeit seiner Genossenschaft anzweifelt. Das ist möglicherweise ein fatales Verhinderungsgesetz.“

■ Dr. Eckehard Meissner (ÄG Nord):

„Es gab 2010 eine Umfrage bei Medizinstudenten, wonach jeder vierte gesagt hat, dass er sich nicht in die Niederlassung begeben möchte, und zwar wegen juristischer Bedenken und Problemen bei der Betreuung von Patienten. Und wenn man jetzt den Gesetzentwurf für 299a/300 liest, dann ist der so schwammig gehalten, um es vorsichtig und positiv auszudrücken, weil alle wegen allem Möglichen, auch Dritte, bestraft werden könnten.“



■ Dr. Daniel Geiger (Rechtsanwalt, Kanzlei Dierks+Bohle):

„Die Rechtsprechung sagt, dass auch der Abschluss eines Vertrags ein Vorteil ist. Und das ist genau das, was tatbestandlich nicht auf das Gesundheitswesen übertragbar ist, denn dann würde bei jedem Vertrag, bei jeder Kooperation schon der halbe Tatbestand erfüllt. Das ist der Webfehler, der im aktuellen Entwurf drinsteckt. Erstaunlicherweise ist es so, dass dieser Vorteilsbegriff unisono im ganzen Strafrecht identisch ist, mit einer Ausnahme – bei



der Abgeordnetenbestechung. Da wurde gerade ein neuer Vorteilsbegriff geprägt, der im Paragraph 108 spezialgesetzlich definiert ist. Das ist der Weg, der auch fürs Gesundheitswesen definiert werden muss, nämlich die Kooperationen in irgendeiner Weise aus dem Vorteilsbegriff rauszuziehen oder einzugrenzen...“

■ Hans-Heiner Decker (ÄG Westfalen-Lippe):

„Das Genossenschaftswesen handelt im inneren Gruppenprozess ... obligat ist, in sich zusammenzustehen und sich gegenseitig zuzuweisen. Mit dem geplanten Gesetz wird das genossenschaftliche Prinzip plattgemacht und damit würden die freien Ärzte und die Berufsgruppen des Heilberufswesens im Grunde von der Teilnahme an einem solchen Geschäftszweig ausgeschlossen. Das ist grundsätzlich eine Benachteiligung in Bezug auf Versammlungsfreiheit und Gründungsfreiheit.“



■ Andrea Mangold (Rechtsanwältin, Kanzlei Schlegel/Hohmann/Mangold):

„Sie finden im Markt in anderen Bereichen keinen vergleichbaren Sachverhalt zum Gesundheitssektor, weil dieser stark durchreguliert ist. Wir haben das begrenzte Beitragsaufkommen, die Gelder müssen verantwortlich verteilt und die Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Dabei helfen die Genossenschaftsmodelle, die Patientenversorgung sicherstellen. Und deshalb ist das mit anderen Genossenschaften nicht direkt vergleichbar. Durch das Gesetz kommen die Ärztegenossenschaften in eine sehr schwierige Situation, so dass man sich überlegen muss, wie man positive Versorgungsstrukturen erhalten kann, ohne dass sie konkurrenzlos werden.“



■ Dr. Rainer Woltmann (ÄG Niedersachsen/Bremen):

„Wir haben als Genossenschaft Verträge mit Altenheimen, wobei auch Geld an die teilnehmenden Ärzte der Netze fließt, und wenn ich das richtig verstehe, werden die bisherigen Paragraphen das in Zukunft nicht mehr möglich machen. Einerseits wird politisch gewollt, dass die Altenheime besser versorgt werden, weil sie durch die Regelversorgung vernachlässigt sind, und wenn wir dann eine solche Versorgung aufbauen, wird das Kind mit dem Bade ausgeschüttet; das befürchten wir jedenfalls.“



■ Von einem ständigen Hin und Her beim Entwerfen des strafrechtlichen Gesetzes zur Bestechung/Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sprach der Daten- und Gesundheitsexperte Dr. Thomas Drabinski (s. auch Seite 3). Er empfahl den vernetzten Ärzten, das Verfahren genau zu beobachten. Vielleicht gebe es so schnell auch gar keinen fertigen Entwurf, weil zurzeit an ganz anderen Baustellen im Gesundheitswesen gearbeitet werde.

„Im bisherigen Entwurf entdecke ich einen Widerstreit von dem, was man haben will und was nicht haben möchte“, sagte Drabinski auf dem Workshop im Anschluss an das Berliner Parlamentarische Frühstück. „Es sind in der Tat komische Formulierungen dabei.“ Es solle einerseits etwas sanktioniert werden, „aber man weiß auch, dass man nicht den oder das Falsche treffen möchte“. Im Kern geht es auch um Fragen des Pharmamarketings und Vorteilsnahmen sowie die Patientenzuführung. „Es gibt unzählige



■ Prof. Dr. Erhard Lang (DOXS eG):

„Aus dem Gesetzentwurf muss gefolgert werden, dass eine strukturierte Zuweisung bereits den Anfangsverdacht für Ermittlungen auslösen kann, denn dadurch bekomme ich ja in irgendeiner Art und Weise einen Vorteil. Den zu entkriminalisieren oder erst gar nicht aufkommen zu lassen, das ist das große Anliegen der Kollegen. Denn wenn sie erst

Gesetzgebungsverfahren genau beobachten!

Die beruhigende Meinung eines Experten

lige Kooperationen und Zusammenschlüsse, die durch dieses Gesetz, wenn das nicht gut gemacht wird, betroffen sein können.“ Doch das sei genau die Schwierigkeit, die das Justizministerium hat, wenn z. B. bei den Vernetzungen die Zuführung der Patienten als Vorteil interpretiert werde. Insofern müsse das Gesetzgebungsverfahren genau verfolgt und darauf geachtet werden, „dass das, was das Gesetz will, möglichst scharf formuliert wird, und das, was nicht gewollt ist, nicht in einer Allgemein Formulierung erscheint.“

Drabinski beruhigte die Ärzte insofern bei dem Punkt, was „unlauter“ sein könnte: „Das ist nach meiner Interpretation alles das, wo das Gesetz sagt, dass es keine Regelung gibt. Doch alles, was im SGB V an denkbaren Spielarten von Kooperationsformen möglich ist, das muss demnach „lauter“ sein. Nur alles, was nicht aufgeführt ist, sei demnach nicht erlaubt. „Die Politik wird sicherlich keine Regelung umsetzen, so hart wie Sie das befürchten – das glaube ich nicht!“ fc

■ Stefan Homann (Dachverband der Praxisnetze SH):

„Es muss einen Unterschied in der Betrachtung geben zwischen dem, was das Entgelt für den einzelnen Arzt betrifft aus Versorgungsverträgen und unseren Kooperationsformen. Die müssen wirtschaften und Erträge generieren, damit sie ihre Strukturen aufrechterhalten können und auch die Förderung erhalten, die jetzt möglich ist. Das ist ein Sinn des Kooperationsystems. Das betrifft auch die Zuweisungen, die zum Wohle des Patienten stattfinden. Das alles darf nicht kriminalisiert werden.“



ÄRZENETZE

Fast jeder zweite Arzt in Schleswig-Holstein ist vernetzt

Professionelle Geschäftsführung ist heute fast unumgänglich

■ Fast jeder zweite Arzt in Schleswig-Holstein ist in einem Netz aktiv. Mit 49 Prozent ist die Vernetzung im nördlichsten Bundesland im Gesamtvergleich am höchsten. Bundesweit arbeitet jeder dritte Arzt in einem regionalen Praxisnetz. Das sind rund 45.600 Vertragsärzte. Inzwischen ist die professionelle Geschäftsführung eines Ärztenetzes notwendiger denn je, nicht nur um die Voraussetzung der Anerkennung auf Förderung (§ 87b SGB V) zu erhalten, sondern um generell die gesamten Aufgaben und Abläufe sowie die Kommunikation der Vernetzung besser koordinieren zu können. Wie die Grafik zeigt, gehört zu den Aufbauschritten bei der unternehmerischen Reife eines Netzes die konsequente Verbindlichkeit.

Die Zahl der Netze stieg innerhalb von zwei Jahren um 18 Prozent auf insgesamt gut 400, ermittelte das Meinungsforschungsinstitut infas im Ärztemonitor 2014, einer großen repräsentativen Befragung von 11.000 Ärzten und Psychotherapeuten im Auftrag von KBV und NAV-Virchow-Bund. Dabei fällt das Interesse an Ärztenetzen regional unterschiedlich aus. Spitzenreiter beim Organisationsgrad in vernetzten Strukturen ist außer Schleswig-Holstein der Kammerbereich Westfalen-Lippe (40 Prozent). Vergleichsweise wenig Netzärzte ermittelte infas in Berlin (24 Prozent), Sachsen (20 Prozent) und Sachsen-Anhalt (17 Prozent). Der Ärztemonitor zeigt, dass Mediziner aller Altersgruppen Mitglied eines Netzes sind. Ebenfalls ungefähr gleich ist die Verteilung von Frauen und Männern sowie die Einbindung von Haus- und Fachärzten.

„Das Hauptaugenmerk der Tätigkeiten in unserem Ärztenetz liegt auf unterschiedlichen Angeboten und Maßnahmen, die unseren Mitgliedern die alltägliche Arbeit in ihren eigenen Praxen erleichtern und die Zusammenarbeit untereinander kontinuierlich verbessern“, umreißt Susanne Pappert, Geschäftsführerin des Medizinischen Qualitätsnetzes Westküste e.V. (MQW, Meldorf), beispielhaft eine Netzaktivität. „So setzen wir uns u. a. für konsequent hohe Qualitätsstandards ein,

indem wir Ärzten einen erleichterten Zugang zu Fortbildungsmöglichkeiten bieten und Qualitätszirkel initiieren. Außerdem fördern wir eine optimierte Diagnostik durch engeren Kontakt unter den Fachärzten, die Vermeidung von Doppeldiagnostik sowie eine verbesserte Kommunikation mit Ge-



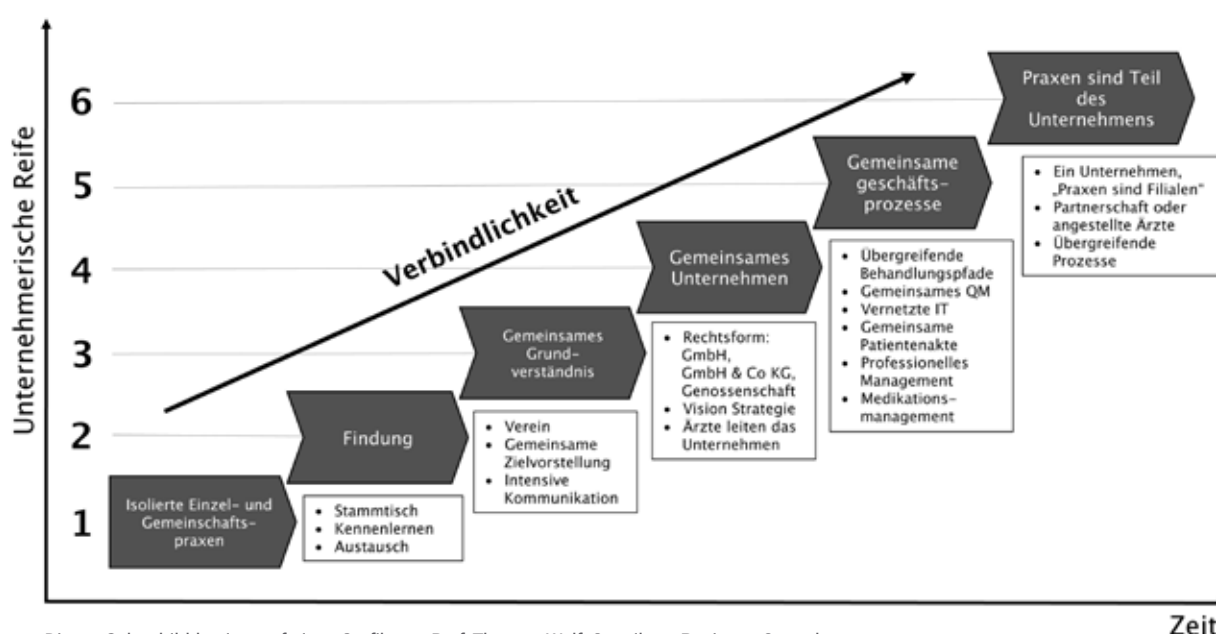
Susanne Pappert

sundheitspartnern und Krankenhäusern.“ Diese Arbeit würde ein hohes Maß an Organisation und damit Mehrarbeit für die Mediziner bedeuten, so Susanne Pappert. „Damit diese Zeit nicht dem Patienten verloren geht, macht dies eine professionelle Geschäftsführung unumgänglich.“

Infos zum aktuellen Ärztemonitor im Internet: www.nav-virchowbund.de/aerztemonitor_2014



Entwicklung ärztlicher Kooperationen



Dieses Schaubild basiert auf einer Grafik von Prof. Thomas Wolf, Consileon Business Consultancy

Ärztenetze kluge Antwort auf Schnittstellenprobleme

BÄK-Präsident Montgomery zur Anerkennung von Netzen

■ Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und der Hamburger Kammer, bewertet Ärztenetze als „eine kluge Antwort der Ärzteschaft auf die Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen“. Montgomery äußerte sich kürzlich auf entsprechende Fragen des Ärztenetzes Hamburg e.V. „Wir wollen diese Netze fördern. Wir tun dies durch Erleichterungen bei der Weiterbildung, wir erkennen Netzveranstaltungen als Fortbildungsveranstaltungen an und achten darauf, dass die notwendigen Vereinbarungen klar vom unzulässigen Geruch der 'Zuweisung gegen Entgelt' getrennt bleiben“, sagte der Kammerpräsident.

„Die Rahmenvereinbarung der KBV mit dem GKV-Spitzenverband zur Anerkennung von Ärztenetzen mag für den Bereich der GKV eine Rolle spielen; aber die offizielle Anerkennung durch die Ärztekammer



wäre für Ärztenetze sehr viel wichtiger“, sagte Montgomery auf die Frage, ob es Überlegungen der BÄK gebe, ein Anerkennungsverfahren für Ärztenetze einzuführen. Doch sei ein derartiges Verfahren bisher bei der BÄK nicht geplant. Die BÄK habe auch keine Kompetenzen in diesem Bereich. „Ich werde den Ansatz aber prüfen lassen, ob wir den Landesärztekammern Handreichungen entwickeln können, die die Anerkennung von Netzen vereinheitlichen und erleichtern“, kündigte Montgomery an.

Auf gutem Weg und zukunftsorientiert

Die Augenärztliche Genossenschaft Westfalen eG

■ Wirtschaftlich prosperierend ist die Augenärztliche Genossenschaft Westfalen eG (AG-Westfalen) bei gleichbleibend hoher Mitgliederzahl auf gutem Wege und zukunftsorientiert. Auf der diesjährigen Generalversammlung am 03. September in Dortmund blickten Aufsichtsrat und Vorstand sehr zufrieden auf das Geschäftsjahr 2013 zurück. Die AG-Westfalen ist für die augenärztlichen Praxen eine vertraute Adresse als Einkaufsgenossenschaft, die zu Vorzugskonditionen für ihre Mitglieder ein ausgesuchtes Sortiment ihrer Partner anbietet.

Vorstandsvorsitzender Dr. Friedel Lienert (Wetter/Ruhr) referierte über die Zusammenarbeit mit den Sponsoren und Partnern sowie die teilweise umgestaltete Homepage sowie über das neu geschaffene „DOCPORTAL“. In diesem Portal, das nur für Mitglieder der AG-Westfalen zugänglich

ist, sind relevante Daten für den Arzt eingepflegt, die nicht für die breite Öffentlichkeit gedacht sind. Die Website der AG-Westfalen erweist sich weiterhin als ideale Plattform zur Kommunikation. „Das interaktive Patientenportal 'Der Augenarzt in Ihrer Nähe', ein spezieller Service für Patienten mit Augenproblemen, wird rege angeklickt“, so Dr. Lienert.

Aufsichtsratsvorsitzende Dr. Ulrich Oeverhaus (Rietberg) berichtete über die gemeinsamen Aktivitäten von Aufsichtsrat und Vorstand. Er hob hervor, dass die AG-Westfalen in NRW die zurzeit größte augenärztliche Organisation außerhalb des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA) ist. Dr. Herbert Weiß (Gütersloh) wurde als neues Mitglied in den Aufsichtsrat gewählt.

www.ag-westfalen.de

ÄRZENETZE

Zielsetzung von Informationstechnologie: Optimierung der Patientenversorgung

Interessante Beispiele für Anwendungen und neue Projekte aus den Reihen der Netze

■ Seit April 2014 gelten die Rahmenvorgaben der KBV zur Anerkennung von Ärzte- und Praxisnetzen nach § 87b Abs.4 (1) SGB V. Zu den Kriterien für die Anerkennung zählen u. a. eine sichere elektronische Kommunikation. **PERSPECTIV** nennt folgend Beispiele des Projektstands aus drei Ärztenetzen bzw. -genossenschaften.

Dürener Arbeitsgemeinschaft für Integrierte Versorgung eG (DAGIV):

Die ursprüngliche Zielsetzung ist die Etablierung einer elektronischen einrichtungsübergreifenden Fallakte (eEFA). Aus praktischen Gründen werden in diesem Zusammenhang als Teilschritte seit Oktober 2011 der elektronische Arztbriefversand und seit diesem Oktober 2014 als Pilotprojekt die Nutzung einer elektronischen Notfall-/Vertretungsakte umgesetzt. So nutzen den Weg des elektronischen Arztbriefversands zurzeit rund 20 "Versendeeinrichtungen", das sind überwiegend fachärztlich tätige Niedergelassene sowie bereits sechs Chefärzte der drei Krankenhäuser in Düren mit dem Versand aus ihren Ambulanzen. Auf der Empfängerseite finden sich aktuell rund 100 Praxen. Bei stetigem Zuwachs werden derzeit durchschnittlich rund 5.000 Briefe monatlich ausgetauscht. Durch die Ausweitung des Betriebs auf weitere klinische Ambulanzen sowie den Briefversand zu stationären Patienten und die Teilnahme weiterer Facharztpraxen wird bis Mitte 2015 mit einer monatlichen Versandzahl von

8.000 bis 10.000 Dokumenten monatlich gerechnet. Die Briefe werden im PDF-Format elektronisch signiert über einen geschützten Datenkanal per D2D-Server der KV Nordrhein transportiert. Das Dokument ist nach dem Abholen vom Server dort nicht mehr vorhanden. DAGIV-Vorsitzender Dr. Günther Heck: „Viele Kolleginnen und Kollegen schätzen diesen mittlerweile alltäglichen Betrieb u. a. wegen des fehlenden Medienbruchs. Das PDF-Dokument behält seine ursprüngliche, sprich lupenreine Druckqualität, ein Scannen, Drucken, Kopieren ist im Betrieb nicht notwendig, aber möglich. Auch können Bilddateien können ohne Qualitätsverlust eingepflegt oder angehängt werden.“ Das geschilderte Projekt sei, so Günther Heck, „einmalig in Deutschland und verursacht nicht zuletzt in IT-Kreisen Aufsehen.“ www.dagiv.de

Praxisnetz GOIN (GOIN e. V. und GOIN Integrationsmanagement- und Beteiligungs-GmbH, Ingolstadt):

Als erste Maßnahmen einer verbesserten Betreuungsstruktur wurden der Patientenpass mit wichtigen Informationen (Dauerdiagnosen, Dauermedikationen, Laborwerten etc.) und der Patientenbegleitbrief zum besseren und schnelleren Datenaustausch der Ärzte untereinander eingeführt. Diese sollen durch ein elektronisches Informationssystem (Elektronischer Patientenpass) ersetzt werden, das Sektoren übergreifend nutzbar ist und damit die Wirtschaftlichkeit

erheblich verbessert. Mit einer probeweisigen Einführung wurde begonnen. Außerdem plant GOIN in diesem Zusammenhang die Praxis-Verwaltungs-Software Doc.star® jeder Praxis, die sich an der Umsetzung des elektronischen Infosystems beteiligt, kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Bei allen IT-Projekten ist die Datensicherheit gewährleistet. „Weder die KVB noch Kostenträger und keine sonstigen Beteiligte haben Zugriff auf unsere neue interne GOIN-Kommunikationsstruktur“, so Dr. Siegfried Jedamzik, Erster Vorsitzender des Vereins GOIN und Geschäftsführer der GmbH.

www.goin.info/

Regionales Gesundheitsnetz

Leverkusen eG:

Die eigene Netzakte VitaLev ist ein ineinander übergreifendes Informationssystem für Haus- und Fachärzte zur optimalen Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. VitaLev ist eine Software,

die eine optimale Abstimmung von Therapie und Betreuung bei der Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten ermöglicht. Die Ärzte des Gesundheitsnetzes haben dafür ein praxistaugliches Versorgungskonzept mit standardisierten Anamnese-Routinen, Risikoprofilen und Behandlungspfaden für Haus- und Fachärzte entwickelt. Ein somit einhergehender schneller und gebündelter Zugriff bzw. Überblick auf alle für den Arzt relevanten Daten garantiert die optimale Patientenversorgung. Das durch VitaLev koordinierte und zielgerichtete Vorgehen soll dabei helfen, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kosten zu minimieren. VitaLev ist für die meisten Arztinformationssysteme geeignet und wird einfach als eigenständiges Modul integriert. Seit Mitte März nehmen bereits 22 Ärzte und ca. 300 eingeschriebene Patienten an VitaLev teil. Somit hat das System seine Praxistauglichkeit bereits unter Beweis gestellt. Projektmanagerin Simone Hänsch: „Außerdem hat das Regionale Gesundheitsnetz gemeinsam mit der pronova BKK das Vertragsmodul provABEN entwickelt und erfolgreich integriert. Dieses richtet sich an Menschen, die unter chronischen Erkrankungen leiden. Ziel ist, den Gesundheitszustand zu stabilisieren. Ein weiterer Vertrag mit der AOK steht kurz vor dem Abschluss.“ www.gesundheitsnetz-leverkusen.de

KURZGEFASST

■ Das **Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg** und das **Leipziger Gesundheitsnetz e.V.** haben das **Anerkennungsverfahren als Praxisnetz** erfolgreich durchlaufen. Das QuE Nürnberg, in dem 69 Arztpraxen mit 125 Haus- und Fachärzten organisiert sind, wurde nach § 87b Absatz 4 SGB V anerkannt. Im Leipziger Gesundheitsnetz sind mehr als 100 Ärzte sowie weitere Gesundheitsdienstleister zusammengeschlossen. Das Netz erfüllt die über die Basisstufe hinaus gehenden Anforderungen der Stufe 1 und wurde von der KV Sachsen zertifiziert.

■ Standen bislang Untersuchungen der Effekte von Ärztenetzen auf die Patientenversorgung und auf die Kooperationsqualität im Vordergrund, ist der Fokus des am 1. September gestarteten Projekts „**Physician Networks Insights (PNI)**“ auf das Praxismanagement gerichtet. Seine Qualität bestimmt betriebs- und netzbezogenen Möglichkeiten und Ausmaß der angestrebten Kooperations- und Versorgungsleistungen. Die ersten Resultate werden voraussichtlich Ende Oktober vorliegen, teilte die Gesundheitsagentur IFABS mit.

■ Die **Ärztegenossenschaft Nord eG** managt jetzt die Geschäftsführungen für die **Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eG (MQR)**, für das **Medizinische Praxisnetz Neumünster e.V. (MPN)** sowie den **Verein Niedergelassener Ärzteschaft Kreis Steinburg e.V.** Hintergrund der entsprechenden Geschäftsbesorgungsverträge ist u. a. die KV-Anforderung für Förderungen, wonach ein professionelles Netzmanage-

ment notwendig ist. Die Genossenschaft hat bereits gute Erfahrungen, indem sie auch die Geschäftsführung von Facharztbündnissen betreibt.

■ Das **PRAXISNETZ Kiel e. V.**, gegründet 1997 als Regionales Praxisnetz (RPN) und mit mehr als 400 Mitgliedern eines der größten überhaupt, formiert sich neu: Ende Juni erfolgte die Eintragung ins Vereinsregister. Eine „Projektgruppe Netzentwicklung“ hatte die Satzungsänderung vorbereitet. Motive dafür war neben dem Wunsch der Netzmitglieder nach Erneuerung, das PRAXISNETZ Kiel nach den Vorgaben der KBV für die regionale Versorgung zu strukturieren und damit die Förderungsfähigkeit zu erreichen.

■ Die AOK Nordwest, die Gesundheitsnetz östliches Holstein Management GmbH und die Ärztegenossenschaft Nord eG unterzeichneten einen IV-Vertrag zur verbesserten ambulanten Versorgung für Menschen mit Depression. Das Projekt **Psychosoziale Intervention durch ambulante Netzwerke im östlichen Holstein (PIANO-GÖH)** gilt als einzigartig in Deutschland. Besonderheit des regionalen Versorgungsangebots ist ein elektronischer Behandlungspfad mit standardisierter Eingangsdiagnostik.

■ Das **ÄrzteNetz Hamburg** bietet am 6. November (19.00 bis 21.00 Uhr) den **Workshop „Endlich Freiheit im Beruf – der Weg in die eigene Praxis“** an. Dabei werden auch moderne Kooperationsmodelle vorgestellt. Anmeldung bis zum 23. Oktober (Tel. 040 57201925). Infos: www.aerztenetz-hamburg.de

Gesundheitspreis verliehen

■ Der Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen (Niedersachsen) hat für seine hervorragende Begleitung und Betreuung von sterbenden Menschen den diesjährigen MSD-Gesundheitspreis gewonnen. Es sei das Projekt mit der größten Patientenorientierung und einer erfolgreichen Einbindung der Patienten, begründete das Gesundheitsunternehmen MSD (Haar bei München) die Preisvergabe. – Als einziges Unternehmen Deutschlands, das einem Ärztenetz gehört, sei man stolz darauf, nominiert und ausgezeichnet worden zu sein, so Dr. Andreas Rühle, Mitgeschäftsführer der gemeinnützigen Trägergesellschaft pleXxon Management gGmbH. Das zeige, „wie außergewöhnlich gut unser Versorgungsangebot ist und welche Versorgungskraft von Ärztenetzen ausgehen kann.“ 90 Prozent aller Menschen möchten zuhause in vertrauter Umgebung sterben und nicht im Krankenhaus: „Dieses Ziel, das wir uns zur Gründung gesetzt hatten, haben wir erreicht“, ergänzte Dr. Matthias Kreft (Westerstede), Palliativmediziner und Mitgeschäftsführer von pleXxon. – Der Palliativstützpunkt wird



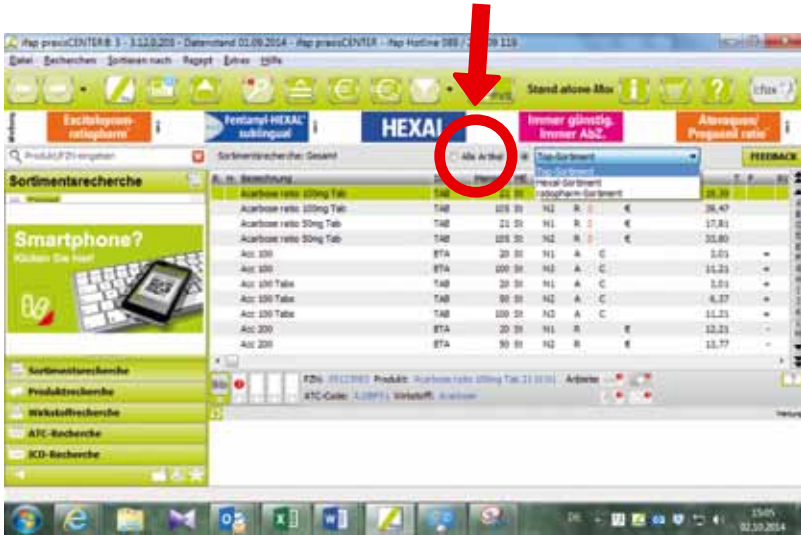
Laudatorin Mirjam Mann sowie die pleXxon-Repräsentanten Dr. Andreas Rühle, Paul Kathmann und Dr. Matthias Kreft (v. li.) bei der Übergabe des Gesundheitspreises

von der pleXxon Management gGmbH getragen, dem Tochterunternehmen der pleXxon GbR, einem Netz niedergelassener Ärzte in der Region Ammerland/Ostfriesland. Allein 2013 wurden über 359 Patienten über den Palliativstützpunkt versorgt. Die gleiche Palliativversorgung wird auch in Ganderkesee/Delmenhorst angeboten. Die Abrechnung und die Geschäftsstellenaufgaben werden von der ÄG Niedersachsen-Bremen (ägnw) erledigt. www.palliativ-stuetzpunkt.de

MEDIKATION

ifap-Arzneimitteldatenbank kann Wettbewerb verzerren

Nutzer sollten auf „Alle Artikel“ klicken



■ Manipulation in der ifap-Arzneimitteldatenbank denkbar: Viele Nutzer erhalten bei Aufruf der Datenbank lediglich den Zugriff auf die Hexal- und Ratiopharm-Produktpalette, und das mit der Bezeichnung Top-Sortiment getarnt.

Erst das Umschalten auf „Alle Artikel“ (siehe Abbildung) ermöglicht den Zugriff auf die gesamte Arzneimitteldatenbank inklusiv auch aller Q-Pharm-Arzneimittel. Es liegt nahe, dass diese bevorzugte Sortimentsplatzierung durch kostspieliges Werbesponsoring erfolgt, was letztlich

eine erhebliche Wettbewerbsverzerrung bedeutet. – Einschränkend muss jedoch gefragt werden, ob sich die Darstellung der ifap-Arzneimitteldatenbank bei allen angeschlossenen Praxisinformationssystemen gleichermaßen auswirkt. Etwa zwei Drittel aller verwendeten PVS, insbesondere die Systeme des Marktführers Compu-Group, bedienen sich der ifap-Datenbank.

PERSPECTIV empfiehlt: Bitte prüfen Sie ihr System, nur so kann ungewollte Manipulation verhindert werden.

Hohe Preise für Generika – die Zuschläge sind schuld

Verordnungen nicht der Grund für Preissteigerungen

■ Eines der Ziele, das sich die Q-Pharm AG bei ihrer Gründung vor 14 Jahren gesetzt hatte, war ein besserer Einblick für die genossenschaftlich organisierte Ärzteschaft in den Arzneimittelmarkt. Wie dieser Markt im generischen Bereich nun „tickt“, hat Q-Pharm inzwischen erfahren. Ein Beispiel dafür, „wie die Wahnsinnspreise in Deutschland zustande kommen“, gab Vorstandsmitglied Christoph Meyer auf der Generalversammlung 2014 der ÄG Nord.

Aus einem „fiktiven“ Euro, den das Unternehmen als Hersteller-Abgabepreis erhält, entsteht schlussendlich ein Apotheken-Verkaufspreis von sage und schreibe 12,25 Euro, rechnete Christoph Meyer vor. Wenn ein Hersteller kalkuliert, dann müsse er zunächst einen Zwangsrabatt von vorneh-

rein einplanen. Doch der Hauptgrund dann für die Verteuerung eines Medikaments, vom geringen Hersteller-Abgabepreis ausgehend, seien die Zuschläge des Großhandels und der Apotheken. Zudem wirkt sich die Mehrwertsteuer von 19 Prozent gravierend auf den Verkaufspreis in der Apotheke aus. Es würden, so Meyer, allein aus dem gesamten Medikamentenverkauf in der Apotheke rund sechs Milliarden Euro an Umsatzsteuer generiert. „Der größte Teil der Kosten sind also Aufschläge, die wir nicht zu verantworten haben, und das ist skandalös“, sagte Meyer. Oft genug werde den verordnenden Ärzten die Schuld für Preissteigerungen in die Schuhe geschoben. Deshalb gibt es offiziell auch nicht mehr die Kalkulation des untersten Preisdrittels.

-ari

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bitte melden!

Ärzte sind dazu laut Berufsordnung aufgefordert

■ Ärzte sind bereits laut Berufsordnung aufgefordert, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), dem wissenschaftlichen Fachausschuss der Bundesärztekammer, zu melden. Solche Meldungen sind wichtig, u. a. um notwendige Verbesserungen am betreffenden Präparat vornehmen zu können. Deshalb der Appell, vorkommende UAW zu melden.

Dazu ein Beispiel aus jüngerer Zeit: Die „Pharmazeutische Zeitung“ berichtete am 10. Juli 2014 über Hinweise von Patienten zu Reizwirkungen am Auge bei der Verwendung von Xalatan® (Wirkstoff Latanoprost). Der pH-Wert der Augentropfen war vorher gesenkt und der Lagerungshinweis geändert worden, um eine Aufbewahrung bei Raumtemperatur zu ermöglichen. Nur aufgrund der zunehmenden Anzahl von Meldungen seitens der Apotheken und Ärzte konnte die AkdÄ einen Bezug zur neuen Formulierung des Glaukommittels herstellen.

Bei Meldungen dreht es sich also um Fälle, bei denen der Verdacht auf einen Zusammenhang zwischen einer unerwünschten Reaktion und der Gabe eines Arzneimittels besteht. Dabei ist die Schwelle für eine Meldung bewusst niedrig gehalten, so dass die Vermutung eines kausalen Zusammenhangs ausreicht. Die Meldungen sind wichtig, um Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen, die in Studien nicht nachgewiesen werden konnten.

Zudem geht es um Hinweise auf Probleme bei der Anwendung von Arzneimitteln im Alltag. Dadurch können Erkenntnisse über mögliche Nebenwirkungen in anderen Zusammenhängen gewonnen werden – beispielsweise bei Kindern, Schwangeren und älteren Menschen sowie Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder Nahrungsmitteln. Auch können Daten über Nebenwirkungen bei langer Anwendungsdauer erfasst werden.

Solche Meldungen seien, so die AkdÄ, ein wichtiges Früherkennungssystem im Bereich der Arzneimittelsicherheit. Die so gewonnenen Risikosignale würden weiter geprüft und tragen zu einer besseren Einschätzung des Nutzen-Risiko-Profiles eines Arzneimittels bei, hieß es von der Arzneimittelkommission. Die besondere Bedeutung der UAW-Meldungen liege darin, dass sie bei der breiten Anwendung von Arzneimitteln im Alltag gewonnen werden. Anders als unter den kontrollierten Bedingungen einer klinischen Prüfung bestehen dabei keine strengen vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Arzneimittelkommission stellt auf ihrer Internetseite einen Berichtsbogen bereit, der in unterschiedlichen Formaten heruntergeladen werden kann:

www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/index.html



Ausschluss von Substitutionen

■ Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat erstmals acht Wirkstoffe vom Austausch durch den Apotheker ausgeschlossen. Bei diesen Wirkstoffen müssen Ärzte somit künftig kein (nec) Aut-idem-Kreuz mehr setzen.

Für alle nicht in der Substitutions-Ausschlussliste befindlichen Arzneimittel gilt weiterhin: Per Aut-idem-Kreuz muss der Arzt einen Austausch durch den Apotheker ausschließen, wenn er es medizinisch für notwendig erachtet. – Mit einer im April in Kraft getretenen Gesetzesänderung wurde der GBA beauftragt, solche Arzneimittel festzulegen, bei denen das Austauschgebot nicht gelten soll. Besonders sollen Präparate mit einer geringen therapeutischen Breite berücksichtigt werden.

PERSPECTIV meint zu diesem Thema: Das Ausschluss-Verfahren hat zwei Seiten. In dem Maße, wie berechnete Ausnahmen definiert werden, nimmt möglicherweise der Druck auf die anderen zu, hier nach wie vor unreflektiert das Substitutionsgebot zu befolgen. Beides zusammen engt die Verordnungsfreiheit der Ärzte ein!

-ari

Telefonsprechstunden sparen Zeit

... und werden samstags auch honoriert

■ Damit der niedergelassene Arzt im Sprechzimmer nicht immer durch Fragen zu Untersuchungsergebnissen gestört werden, können mit Patienten feste Telefonsprechstunden festgelegt werden. Auf Visitenkarten oder Praxisinformationszetteln sollten diese Telefonzeiten deutlich aufgeführt sein. Zwar ist bei festgelegten telefonischen Ansprechmöglichkeiten, z. B. zweimal pro Woche je eine Stunde, während der üblichen Praxiszeiten kein zusätzliches Honorar zu generieren, dafür wird aber mehr Freiraum für die anderen Tätigkeiten geschaffen. Der Patient, der zu festen Zeiten telefonisch beraten wird, nimmt nicht den Gesamtablauf der Praxis (Empfang, Begrüßung, Wartezimmer, Sprechzimmer, Verabschiedung) in Anspruch. Im Tagesverlauf werden einige Patienten weniger direkt in die Praxis kommen.

Der Arzt hat aber die Möglichkeit, den Samstagvormittag für feste Telefonsprechstunden zu nutzen. Die Vorteile: Man muss nicht unbedingt in der Praxis sein (Mobiltelefon), es wird kein Personal benötigt und die Patienten werden es zu schätzen wissen, wenn ihr Arzt sich auch samstags um sie bemüht. Der Patientenkontakt am Samstag zwischen 07.00 und 14.00 Uhr ist mit der Nr. 01102 BMÄ/E-GO (101 Punkte, 10,23 Euro) berechnungsfähig! Das gilt dann, wenn der

Arzt den Patienten wegen einer Befundmitteilung (Laborwerte, histologische Untersuchung, EKG- oder Röntgenergebnisse etc.) und der sich daraus ergebenden Konsequenz (Beratung) anruft oder angerufen wird. Organisatorisch vorbereitet können die wichtigsten Unterlagen mit aus der Praxis genommen und am Samstagmorgen die entsprechenden Patienten anrufen oder angerufen werden. Achtung: Die Leistungsposition 01102 ist nicht für alleinige Befundmitteilungen zu berechnen; es muss stets auch eine Beratung stattfinden.

Die Telefonsprechstunde ist optimal für die Beratung von Patienten z. B. zur Diagnostik oder Therapie oder speziell für berufstätige Patienten, die keine Zeit haben die Praxis aufzusuchen, zur Information und Motivation betreuender Angehöriger von pflegebedürftigen oder psychisch kranken Patienten, für Fragen der Pflegedienste zur Versorgung Pflegebedürftiger oder die Koordinierung therapeutischer und sozialer Maßnahmen bei Problempatienten.

Quelle: www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/863397/abrechnungstipp-zusatz-honorar-durch-telefonsprechstunde.html



Unterstützung für die Praxis

Praxisbroschüren als unentbehrlicher Organisationshelfer

■ Praxisbroschüren sind ein unentbehrlicher Organisationshelfer. In solchen Broschüren werden vor allem Informationen über die Arztpraxis zusammengefasst, die in erster Linie für Neupatienten wichtig sind. Solche relevanten Detailinformationen tragen dazu bei, die übliche Kommunikationszeit für Routineauskünfte einzusparen.

In Arbeitsanalysen wurden ermittelt, dass die Medizinischen Fachangestellten in Betrieben ohne Broschüren für Patienteninformationen zu wiederkehrenden Standardfragen (Öffnungszeiten, Angebotsspektrum etc.) durchschnittlich 39 Minuten pro Tag aufwenden. Mit Hilfe einer Praxisbroschüre lässt sich somit ein Zeitkontingent von wöchentlich drei Arbeitsstunden einsparen. Die Mitarbeiterinnen werden von sich immer wiederholenden Erklärungen befreit und können sich auf individuelle Betreuungsaspekte konzentrieren.

Viele Praxen nutzen die Möglichkeit einer individuellen Broschüre bereits, vernachlässigen dabei aber oft deren Marketingfunktion: Informationen, die es den Patienten ermöglichen, sich ein genaueres „Bild“ über die Praxis zu machen (Leistungsphilosophie, Abbildung Praxisteam und Praxis-Logo) fehlen häufig. Ebenso dominieren

rein textliche Elemente. Farben und Formen werden nur spärlich eingesetzt. Hinzu kommt, dass vielen Texten eine kundenorientierte Sprache fehlt. Vielmehr besitzen sie Anweisungsscharakter und vermitteln Regeln, die der Patient beachten soll, um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten. Der Service-Charakter der Praxisarbeit wird hierbei nur selten kommuniziert.

Selbstverständlich sind auch bei der Erstellung von Broschüren stets die „Werbe-Richtlinien“ für niedergelassene Ärzte zu beachten. Bis vor wenigen Jahren war Ärzten fast jede Werbung untersagt. Im Zuge der liberalisierenden Rechtsprechung zum Werberecht der Freiberufler wurden die Bestimmungen gelockert. Seit 2002 ist nach § 27 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer und allen Berufsordnungen der Ärztekammern sachliche berufsbezogene Information gestattet und damit Werbung grundsätzlich zulässig.

Lediglich „berufswidrige“ Werbung, die das Laienpublikum unsachlich beeinflusst und dadurch eine mittelbare Gesundheitsgefährdung bewirken könnte, bleibt verboten. Hierunter fallen insbesondere anpreisende, irreführende und vergleichende Werbung. Weiterhin verboten sind Blickfangwerbung, Superlative, Eigenlob, Hinweise auf Empfehlungsschreiben und Danksagungen, wobei nach Ansicht juristischer Autoren die örtliche Übung und der Adressatenkreis der Werbung berücksichtigt werden soll. fc

NEWTICKER

+++ **„Mehr Zeit für Patienten“ ist ein interaktives Portal im sicheren Netz der KVen.** Über diese Plattform können Ärzte und Psychotherapeuten mit der KBV in Dialog treten und ihre Erfahrungen und Vorschläge zum Bürokratieabbau übermitteln. Die KBV prüft dann, inwieweit die Vorschläge umsetzbar sind. Das Onlineforum Bürokratieabbau steht im sicheren Netz der KVen zur Verfügung (KV-SafeNet oder KV-FlexNet); dann nach der Anmeldung im Browser-Fenster die Adresse <http://buerokratieabbau.kv-safenet.de> eingeben +++

+++ **Für die Übernahme einer Apotheke mussten Existenzgründer 2013 durchschnittlich Investitionen von 480.000 Euro**

einplanen. Das sind 40.000 Euro mehr als im Vorjahr – ein Plus von 9 Prozent. „Wir erleben derzeit eine Marktberreinigung. Schlecht gehende Apotheken werden geschlossen. Gut laufende Apotheken werden stark umworben“, so Georg Heßbrügge, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik der apoBank +++

+++ **Dienstleister aus dem Gesundheitswesen haben in Nürnberg eine Genossenschaft gegründet,** um Kliniken mit telemedizinischen Behandlungsverfahren auszustatten. Das teilte der Deutsche Genossenschafts- und Raiffeisenverband e.V. (www.dgrv.de) in Berlin mit. Die Gründer der EvoCare Telemedizin ECT eG verfolgen vor

allem das Ziel einer besseren Betreuung der Patienten während des sogenannten „Reha-Lochs“, der Zeit zwischen Reha-Maßnahme und ambulanter Nachsorge +++

+++ **Fast zwei Drittel (65,9 Prozent) der niedergelassenen Ärzte in Deutschland pflegen ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM).** Das hat die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2013“, so die Stiftung Gesundheit. Die Mehrzahl betreibt BGM systematisch (41,3 Prozent), ein kleiner Teil nur bei Bedarf (24,6 Prozent). 6,4 Prozent möchten in der Zukunft ein BGM einführen. 27,8 Prozent fänden BGM für ihr Praxis-Team entbehrlich +++

+++ **Fast jeder zweite Arzt sieht erhebliche soziale Probleme bei einem großen Teil seiner Patienten im Kindes- und Jugendalter.** Das ergab die aktuelle Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit. 43,8 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte und 40,8 Prozent der Klinikärzte stellten Probleme fest, die über das alterstypische Maß hinausgehen. Niedergelassene Ärzte sehen den größten Handlungsbedarf in der gezielten Arbeit mit den Familien. +++

Textgrundlage: © Klaus-Dieter Thill/IFABS sowie <http://de.wikipedia.org/wiki/Arztwerberecht>

DIALOG PARTNERINNEN
Das Netz der Medizinischen Fachangestellten

Neues!

■ Der BUND eG (Bund der Urologen) nutzt ab sofort das Dialogpartnerinnenprogramm für sich. Wir freuen uns auf viele Zugänge aus urologischen Praxen!

■ Der Praxis Profi 2014 (Teil 2 / Check-Up für die Arztpraxis – Prävention und Ernstfall) ist in diesen Tagen in den Versand gegangen. Allen Teilnehmerinnen viel Erfolg!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Bundesverband der Ärztgenossenschaften 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