

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Versorgungsstärkung mit Schwachstellen

Ärztegenossenschaften kritisieren Gesetzentwurf und sehen auch Positives

■ Stellt der Entwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – kurz Versorgungsstärkungsgesetz oder GKV-VSG – eine tragfähige Baustelle dar? Die bisher gesetzten Pfeiler halten jedenfalls dem heftigen Gegenwind aus den Reihen der organisierten Ärzteschaft kaum stand, wobei der fast 150-seitige Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums auch von Ärztegenossenschaften kritisiert wird. Doch Positives wird nicht verkannt (siehe Seite 4). Zahllose Änderungsbegehren liegen vor.

**Nicht nur die Einführung von Termin-Servicestellen bei den KVen in Kooperation**

#### Andreas Rinck †

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des BVÄG, Andreas Rinck (62), lebt nicht mehr. Der Kieler Anästhesist erlitt Mitte November einen tödlichen Unfall. Die genossenschaftliche und vernetzte Ärzteschaft hat einen unentwegten Mitstreiter für die Freiberuflichkeit und engagierten Ideengeber zukunftsweisender Formen der ambulanten Versorgung verloren. (Nachruf auf Seite 5)

mit den Krankenkassen erfährt kritische Reaktionen. „Allein das ist eine klassische politische Idee, die in den Koalitionsvertrag hinein geschrieben wurde“, kommentierte Thomas Drabinski bereits beim BVÄG-Workshop des Berliner Parlamentarischen Frühstückes das Vorhaben. Ähnlich Dr. Klaus Bittmann, Vorstandssprecher der ÄG Nord: „Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens werden sicherlich Änderungen zu erwarten sein; doch an Tenor und Zielsetzung der meisten Paragraphen wird sich wohl kaum etwas ändern, da Vorgaben des Koalitionsvertrags konsequent umgesetzt wurden“. Der Staat mache aber, so Klaus Bittmann, neue Vorschriften, die „einen Protest der verfassten Ärzteschaft auslösen müssten – eine ähnliche Situation im Jahr 2000 war Ursache der Gründung unserer Ärztegenossenschaft“. Doch der Entwurf enthalte auch positive Elemente, so die ÄGN.

Bezogen auf die Praxisnetze ist im Gesetzentwurf die Veränderung des § 87 b SGB V vorgesehen. Danach müssen für Praxisnetze, die von der jeweils zuständigen KV anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen geschaffen werden. Allerdings seien diese aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu bezahlen, besagen die Pläne. Ergänzend sei es möglich, Praxisnetze

mit Mitteln des Strukturfonds einer KV zu fördern.

Eine solche Finanzierung laufe „immer noch zu Lasten des begrenzten kassenärztlichen Honorartopfes“, kritisiert die ÄG Niedersachsen-Bremen (ägnw). „Innovative Netzstrukturen, durch die die Versorgung ergänzt wird, erhalten kein zusätzliches Honorar von Krankenkassen oder Kommunen, sondern es soll wieder einmal nur innerärztlich umverteilt werden.“ Es sollte, so die ägnw, ein gesonderter Strukturfonds zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, also in den vernetzten Praxen, eingerichtet werden. In diesen Fonds sollten zusätzliche Mittel der Krankenkassen und von Kommunen fließen. Ohne eine solche Regelung werde die „Förderung“ von Ärztenetzen verhindert bzw. konterkariert. fc

Weitere Berichte zum GKV-VSG auf den folgenden Seiten; der Wortlaut des Entwurfs im Internet: [www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Sonstige/Gesetzestexte/2014-10-13\\_Referentenentwurf\\_GKV-VSG.pdf](http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Sonstige/Gesetzestexte/2014-10-13_Referentenentwurf_GKV-VSG.pdf)



## EDITORIAL

Das gesundheitspolitische Jahr geht mit zwei gewichtigen Gesetzesentwürfen zu Ende, die in dieser PERSPECTIV aufgegriffen werden: Die Diskussionen um die Versorgungsstärkung – eher trifft der Begriff „Versorgungsschwächungsgesetz“ zu – mit geplanten Neuformulierungen im SGB V und um den korrekturbedürftigen Entwurf des 299a StGB reichen weit in das neue Jahr hinein. Beide Komplexe beschäftigen die vernetzte und genossenschaftliche Ärzteschaft, deren Arbeit nachhaltige Bestandsgarantien für eine weiterhin gute Patientenversorgung trotz der politisch motivierten Eingriffe und nicht neue Verunsicherungen und Strafandrohungen benötigt. BVÄG und Praxisnetze blicken somit gespannt auf 2015! em

## ÄRZTENETZE

### Nur wenige Patienten wissen von Netz-Zugehörigkeit

Außenwirkung verbessern!

Seite 5



■ Nur knapp die Hälfte der für eine Studie befragten Patienten wusste, dass die sie betreuenden Ärzte Mitglieder eines Netzes sind. Weiteres Ergebnis: Netze unternehmen nur geringe Aktivitäten, um den Nutzen ihrer Arbeit zu kommunizieren und ein deutliches Profil zu gewinnen. Hinderungsgründe sind vor allem fehlende personelle Kapazitäten.

## MEDIKATION

### Umstrittene Zielvereinbarungen

ATC/DDD-Daten ungeeignet

Seite 6



■ Die „Zielvereinbarungen zur Steuerung der Arzneimittelversorgung“ beruhen auf den von der WHO ermittelten ATC/DDD (Defined Daily Dose) und PDD (Prescribed Daily Dose) beim internationalen Einsatz von Medikamenten. Doch diese Datenbasis ist nicht für nationale bzw. regionale Vergütungsregelungen geeignet.

## PRAXISALLTAG

### Patienten mit fachärztlicher Zweitmeinung zufrieden

Ergebnis einer Studie

Seite 8



■ Fast alle der Patienten, die eine fachärztliche Zweitmeinung einholen, sind mit dem Ablauf und dem Ergebnis zufrieden, ist das Ergebnis einer Studie. Diese ergab jedoch auch, dass rund 25 Prozent überhaupt nicht wissen, dass es das Recht auf eine Zweitmeinung gibt. 1.000 Patienten nahmen an der Umfrage teil.

# „Entwurf des § 299a trägt spezifischen Besonderheiten des Gesundheitswesens nicht Rechnung“

*BVÄG: Die sozialgesetzlich vorgesehenen kooperativen Gestaltungsformen benötigen verlässliche Grundlage!*

■ Mit einer gezielten Initiative setzt sich der Bundesverband der Ärztgenossenschaften e. V. (BVÄG) nachdrücklich für eine grundlegende Korrektur des vorliegenden strafgesetzlichen Paragraphen 299a (Bestechung/Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) ein. Über das 4. Parlamentarische Frühstück im September hinaus wurden am 14. und 27. November weitere Gespräche des BVÄG mit Gesundheitspolitikern der im Bundestag vertretenen Parteien geführt und ein juristisch abgesichertes Positionspapier übergeben. An den Gesprächen nahmen der stellvertretende BVÄG-Vorstandsvorsitzende Andreas Rinck †, Dr. Eckehard Meissner, Christoph Meyer (alle ÄG Nord) sowie BVÄG-Netzwerkkoordinator Tilman von Broen teil (siehe Extramelungen S. 4).

**Die politischen Bestrebungen, Korruption im Gesundheitswesen zu bekämpfen, werden begrüßt,** heißt es in dem Begleitschreiben, das an die Gesundheitspolitiker adressiert vom BVÄG-Vorsitzenden Dr. Gunnar Herberger unterzeichnet worden ist. Jedoch sei „die öffentliche Darstellung dieses Themas zunehmend geeignet, den guten Ruf der verantwortlich handelnden Ärzte zu diskreditieren. Die Berichterstattung vermittelt oftmals den Eindruck, Ärzte seien von Haus aus bestechlich, nur weil es keine strafrechtliche Handhabe gegen niedergelassene Vertragsärzte gibt. Wir möchten Sie unterstützen, diesem Missstand zu begegnen. Der vorliegende Entwurf des § 299a StGB erfüllt uns jedoch mit Sorge, da dieser den spezifischen Besonderheiten des Gesundheitswesens nicht Rechnung trägt!“

**Grundlage jeder Arzt-Patienten-Beziehung ist das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis, genauso wichtig ist das Vertrauensverhältnis innerhalb der Ärzteschaft – zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten, zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich,** so das Schreiben an die Gesundheitspolitiker. „Dieses Vertrauensverhältnis ist der Grundgedanke von ärztlichen Korporationen, wie sie sich in Vereinen und Genossenschaften zusammen gefunden haben. Gerade die im SGB V vorgesehenen kooperativen Gestaltungsformen benötigen eine verlässliche Grundlage; nur so kann das Engagement vieler Tausend Leistungserbringer gesichert werden. Und nur so entstehen neue Versorgungslösungen zum Wohle der Patienten.“

**Der BVÄG überreichte seine fundierte „Stellungnahme zum Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen des bayerischen Staatsministeriums der Justiz“.** Das rund ein Dutzend Seiten umfassende Positionspapier wurde von den Fachanwälten Andrea Mangold (Societät Prof. Schlegel,



Hohmann, Mangold & Partner, München) und Dr. Daniel Geiger (DIERKS + BOHLE Rae Partnerschaft mbH, Berlin) erarbeitet. „Wir verbinden damit die Hoffnung, dass diese Gedanken dazu beitragen können, die Klarheit und Bestimmtheit des neu zu schaffenden § 299a StGB zu erhöhen“, so der Bundesverband. Aus der juristischen Stellungnahme veröffentlicht PERSPECTIV folgende Ausschnitte, die zudem aus Platzgründen erheblich gekürzt wurden:

**Der vorgeschlagene § 299a StGB-E (E = Entwurf) knüpft systematisch und strukturell an § 299 StGB an und überträgt damit die derzeit noch durch das sogenannte Wettbewerbsmodell beherrschte Strafnorm auf das Gesundheitswesen.** Dieser Transfer einer auf freie Märkte zugeschnittenen Regelung auf den hoch regulierten Gesundheitsmarkt ignoriert dessen Besonderheiten und folgt konzeptionell falschen Prämissen. Darüber hinaus ist die Formulierung des § 299a StGB-E zu unbestimmt und stößt daher an die Grenzen des verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebots des Art. 103 Abs. 2 GG.

**Der § 299a StGB-E lässt ein klares ordnungspolitisches Regelungskonzept vermissen.** Besonders deutlich wird dies am im Entwurf zugewiesenen Schutzgüterpluralismus, der die systemkritische Funktion der Rechtsgüterlehre außer Kraft setzt. Mit Blick auf den Ultima-Ratio-Charakter des Strafrechts sollen nur solche Verhaltensweisen unter Strafe gestellt werden, die ein bestimmtes Rechtsgut mit einer gewissen Intensität verletzen. Strafrecht legt ein ethisches Minimum und keinen Maximalstandard fest. Indem der Diskussionsentwurf einen „bunten Strauß“ an Schutzgütern unterlegt, wird die steuernde Funktion der Rechtsgüterlehre verfehlt. Dies führt zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit, denn für die Rechtspraxis kommt dem Schutzgut einer Strafnorm vor allem „Auslegungsfunktion“ zu. Das fehlende Bekenntnis des Gesetzgebers zu einer klar definierten und umgrenzten Schutzfunktion einer Strafnorm und das Ausweichen auf einen konturenlosen Schutzgüterpluralismus lässt es kaum noch zu, strafbare von straffreien Verhaltensweisen abzugrenzen. Augenfällig wird das fehlende Regelungskonzept im Bereich

der „Wettbewerbsdelikte“. Denn ein solcher systematischer Standort steht mit dem angestrebten Primärschutz der Sachlichkeit und Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen nicht im Einklang.

**Für den Standort einer Strafnorm gilt Entsprechendes wie zur Rechtsgüterlehre, denn ihm kommt methodische Bedeutung im Rahmen der Auslegung zu.** Es handelt sich daher bei der Schutzgüterdefinition sowie bei der systematischen Verortung einer Strafnorm keineswegs um handfeste Determinanten der verfassungsrechtlich geforderten Bestimmtheit von Strafnormen. Diese Problematik sei am Beispiel der Verordnungssteuerung durch die Krankenkassen verdeutlicht. Diese bedient sich nicht selten der Lenkungswirkung finanzieller Anreize und damit tatbestandsmäßiger „Vorteile“ im Sinne des § 299a StGB-E. Gerechtfertigt wird sie mit einer Systemnotwendigkeit von Kostensenkungsmaßnahmen. Soll das Gesinnungsstrafrecht vermieden werden, kann eine solche Rechtfertigung aus Sicht einer die Neutralität schützenden Norm indes nicht überzeugen.

## Nicht wünschenswert

**Krankenkassen dürften mit Blick auf die in ihnen „gebündelte“ Nachfragemacht häufig ein sehr viel größeres Potential zur Störung des freien Wettbewerbs entfalten können als zahlreiche andere – auch kommerzielle – Marktteilnehmer.** Demgegenüber wäre das Rechtsgut der laut Diskussionsentwurf mit zu schützenden Vermögensinteressen der Solidargemeinschaft im Falle einer kostendämpfenden Einflussnahme nicht beeinträchtigt. Letzteres müsste konsequenterweise dann allerdings auch bei einer kostensenkenden Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen durch andere Akteure im Gesundheitswesen gelten, da anderenfalls eine gleichheits- und damit verfassungswidrige Strafnorm statuiert würde. Damit wäre dann allerdings die „korruptive Umsteuerung“ auf kostengünstigere Produkte straffrei gestellt, was nicht wünschenswert sein kann.

**Die unbesehene Übernahme überkommener Tatbestandsmerkmale aus § 299 StGB lässt die Besonderheiten des Gesundheitswesens unberücksichtigt.** Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass sich ein neuer § 299a StGB-E zu einer „Kooperationsbremse“ und damit nachteilhaft auf die Patientenversorgung auswirkt. Denn wie kein anderer gesellschaftlicher Bereich ist das Gesundheitswesen auf Kooperation ausgelegt. Dies kommt insbesondere auch in gesetzlichen Vorschriften zum Ausdruck, welche die Gesundheitsversorgung prägen. So schreibt etwa § 7 Abs. 3 MBO-Ä vor, dass Ärzte im Interesse der Patienten mit anderen

## JAHRESWUNSCH

Ein selbstbewusstes, an der Therapietreue Ihrer Patienten orientiertes Ordnungsverhalten hat auch im endenden Jahr die Basis dafür geschaffen, auf der ärztgenossenschaftliches und vernetztes Wirken gedeiht. Für Ihre Loyalität und die Erkenntnis, dass die arzneimitteltherapeutische Sicherheit für den Patienten auch aus dem Vertrauen in gewohnte Medikamente resultiert, bedanken wir uns herzlich!

Für das neue Jahr 2015 wünschen wir Ihnen allen Gesundheit und Wohlergehen!



## Die ärztliche Kraft in der Arzneimittelversorgung

- ▶ für bessere Medikationsprozesse
- ▶ für mehr Patientenorientierung

*Unsere Kraft entsteht durch die Solidarität  
aller Kolleginnen und Kollegen. Machen Sie mit.*



Mit Kreuz – aus medizinischer Verantwortung.

Informationen erhalten Sie bei



www.q-pharm.de  
Telefon: 0461 315956  
E-Mail: AMTS@q-pharm.de



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



Ärzte wissen warum.

Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten haben. Bezogen auf das Vertragsarztrecht findet dies seinen Niederschlag in § 72 Abs. 1 S. 1 SGB V.

**Kooperation ist im Gesundheitswesen gesetzlich geboten und politisch erwünscht sowie sogar systemnotwendig.** Die Kooperationsnotwendigkeiten im Gesundheitsbereich stoßen dabei auf eine Rechtsprechung, die bereits im Abschluss eines (Kooperations-)Vertrags einen tatbestandsmäßigen „Vorteil“ im Sinne der Korruptionsdelikte des StGB sieht. Konsequenz dieser Rechtsprechung ist, dass bereits wesentliche Tatbestandsmerkmale des § 299a StGB-E erfüllt sind, wenn ein „Angehöriger eines Heilberufes“ „im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung“ einen (Kooperations-)Vertrag („Vorteil“) abschließt. Im Bereich von Verordnungs-, Zuweisungs- und/oder Beschaffungsentscheidungen befindet über die Frage der Strafbarkeit dann in letzter Konsequenz nur noch die Qualifikation einer Austauschbeziehung als „lauter“ oder „unlauter“. Der Diskussionsentwurf knüpft mit dem Merkmal der „Unlauterkeit“ also an das Lauterkeitsrecht (UWG) an und begründet damit eine zivilrechtsakzessorische Strafbarkeit: „Unlauter“ im zivilrechtlichen Sinne sind im „konventionellen“ Waren- und

Dienstleistungsverkehr nur extreme Ausnahmefälle, im Gesundheitswesen laut Entwurf § 299a StGB-E aber bereits geringste und vernachlässigbare Anreizwirkungen.

### Die Auswirkungen

**Konsequenz dieser zu unbestimmten Formulierung des § 299a StGB-E im Hinblick auf das Tatbestandsmerkmal „Vorteil“ sowie der unreflektierten Übernahme der Lauterkeits-Rechtsprechung zum UWG ist die Kriminalisierung einer ganzen Berufsgruppe ohne Berücksichtigung der Besonderheiten und systemnotwendigen Erfordernisse des Gesundheitssystems.** Zugleich läuft das Vorhaben den erklärten Zielsetzungen des Gesetzgebers in den letzten Gesundheitsreformen zuwider. Beispielsweise seien das GMG 2004, das VÄndG 2007, das GKV-VStG 2012 sowie das aktuell als Referentenentwurf vorliegende GKV-VSG (vgl. Titelthema). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wird in der Begründung für den GKV-VSG ausdrücklich auf die erforderliche Verbesserung des Versorgungsalltags der Patienten hingewiesen.

**Folgende Kooperationsformen, die vom Gesetzgeber im SGB V ausdrücklich**

**vorgesehen bzw. geregelt sind, laufen Gefahr, bei unreflektierter Formulierung und Anwendung des § 299a StGB-E in das Visier von Strafverfolgungsbehörden zu geraten:**

- Vereinbarung von Honorararztverhältnissen, §§ 115b SGB V, 2 KHEntgG
- Prä- und poststationäre Kooperationen, § 115a SGB V
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), § 116b SGB V
- Referentenentwurf zum GKV-VSG

Noch unsicherer und damit schwieriger gestaltet sich die Vereinbarung von Kooperationen, die nicht explizit im SGB V aufgeführt werden, wie z. B. der Zusammenschluss verschiedener Leistungserbringer zu Genossenschaften.

### Lösungsansätze

**Konkretisierung des Vorteilsbegriffs unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Gesundheitswesens:** Eine unreflektierte Übernahme des Vorteilsbegriffes aus anderen Regelungen wird den Besonderheiten des Gesundheitssektors nicht

gerecht. Insoweit böte sich eine entsprechende Klarstellung an, wie sie auch im Bereich der Abgeordnetenbestechung bei § 108e StGB vorgenommen wurde. Hier ist der Gesetzgeber vom überkommenen Vorteilsbegriff der Korruptionsdelikte abgerückt und hat einen neuen Topos des „ungerechtfertigten Vorteils“ geschaffen, den er in § 108e Abs. 4 StGB noch einmal spezialgesetzlich definiert. Eine sich hieran anlehrende Lösung wäre auch für das Gesundheitswesen denkbar.

### Mehr Transparenz durch Erweiterung der ärztlichen Informationspflichten:

Der vorliegende Entwurf dient dem Schutz der Sachlichkeit und Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen und damit verbunden dem Vertrauen der Bevölkerung in die Integrität der Ärzte. Keinen Eingang finden Überlegungen, wie diese Ziele – außerhalb des Strafrechts – durch mehr Transparenz erreicht werden können. Eine Möglichkeit könnte sein, die seinerzeit im Zuge der Diskussionen um die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes angestellten Überlegungen zu einer Erweiterung der Informationspflichten von Ärzten erneut aufzugreifen. Durch die Herstellung von Transparenz kann das Vertrauen von Patienten in ärztliches Handeln gestärkt werden.

## GESUNDHEITSPOLITIK

## Dr. Edgar Franke (SPD) sieht sich auf BVÄG-Linie

...und erkennt konstruktive Lösungsmöglichkeiten

■ Im Gesprächstermin am 14. November mit dem Vorsitzenden des Bundesausschusses für Gesundheit und Mitglied des Bundesausschusses für Justiz und Verbraucherschutz, Dr. Edgar Franke (SPD), betonte dieser die hohe Qualität der BVÄG-Stellungnahme zum § 299a StGB-E sowie die darin aufgeführten konstruktiven Lösungsmöglichkeiten, die ihm die politische Arbeit außerordentlich erleichtere. Mit der BVÄG-Stellungnahme wolle er kurzfristig beim Bundesjustizminister vorstellig werden.

Er liege mit den Auffassungen des BVÄG „völlig auf Linie“, betonte Dr. Franke in dem fast anderthalbstündigen Gespräch. Er werde alles unternehmen, damit der neue § 299a nicht zum Nachteil der ärztlichen Netzarbeit formuliert werde, da diese auch aus seiner Sicht unverzichtbar für die ärztliche Versorgung gerade in der Fläche sei.

Zuvor hatte Andreas Rinck † die Folgen des bisherigen Entwurfs § 299a auf die ärztliche Netzarbeit aus Sicht des BVÄG erläutert. Andreas Rinck und Dr. Ekehard Meissner informierten ergänzend anhand von Beispielen die möglichen Auswirkungen aus Sicht der Praktiker. Die BVÄG-Delegierten gingen mit dem Eindruck aus dem Gespräch, dass von Seiten Dr. Frankes Hilfe angeboten und diese auch erfolgen wird.

Die bisherige Kontaktaktivität in Berlin hat es ermöglicht, dass der BVÄG im Bundesgesundheitsministerium sowie im Bundesjustizministerium in den Verteiler für Änderungen gesundheitspolitischer Gesetze und Verordnungen aufgenommen wurde, teilte Netzkoordinator Tilman von Broen abschließend mit.

vB/fc

## Rudolf Henke (CDU/CSU) sieht keine „Lex Medica“

Ein 299a darf nicht zu Lasten der Netzarbeit gehen

■ Rudolf Henke (CDU/CSU), Mitglied des Bundesausschusses für Gesundheit, sieht im geplanten § 299a StGB keine „Lex Medica“, also kein spezifisch nur auf die Medizin und die Ärzteschaft bezogenes Gesetz. In dieser Hinsicht teilte der Bundestagsabgeordnete Henke, der selbst Arzt ist, im Gespräch der BVÄG-Vertreter am 27. November nicht die umfänglichen Bedenken der Ärztenossenschaften; jedoch war er der Meinung, dass die aktuell zugrundeliegende Fassung des bayerischen Entwurfs das laufende Verfahren so nicht durchstehen werde.

Zuvor hatte Christoph Meyer (ÄG Nord) einige Beispiele aus der täglichen Arzt-Praxis angeführt, die Rudolf Henke zu einer modifizierten Einstellung veranlassten, wie Netzwerk-Koordinator Tilman von Broen nach dem Gespräch berichten konnte. Rudolf Henke vermittelte den sofortigen Kontakt zu seinem Fraktionskollegen

Dietrich Monstadt (CDU/CSU), der gleichfalls das BVÄG-Positionspapier erhielt. Der Jurist ist ebenfalls Mitglied im Bundesgesundheitsausschuss. Monstadt sehe das Gesetz noch nicht so bald kommen und habe die Tatsache, dass die Berücksichtigung des BGH-Urteils (v. 29. 03. 2012) im SGB V bisher nicht verwirklicht werden konnte, auf Befindlichkeiten unter den Koalitionspartnern zurückgeführt, schloss Tilman von Broen aus dem Gespräch. Den Bedenken und Beispielen von Christoph Meyer habe auch Dietrich Monstadt folgen können.

Das geplante Gesetz dürfe nicht zu Lasten der freien Ärzteschaft und der ärztlichen Netzarbeit gehen, betonte – wie zuvor bereits auch die beiden Unionspolitiker – Dr. Harald Terpe (Bündnis 90/Grüne) bei einem konstruktiven Gedankenaustausch. Die Arbeit der ärztlichen Vernetzung sei von allen als unbedingt notwendig und sinnvoll eingestuft worden, sagte von Broen. vB/fc

## VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ

### Positive Aspekte für die Selektivverträge

ÄGN: Bürokratie könnte gut Gewolltes erschweren

■ Heftige Kritik aber auch Zustimmung in Teilbereichen übt die Ärztenossenschaft Nord eG am VSG-Entwurf (vgl. Titelseite). Der gesetzgeberische Einfluss auf Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit sei elementar, stellt Vorstandssprecher Dr. Klaus Bittmann fest. Er beklagt die „Proporz-Vorgaben“ für die KV-Organen, die geplanten Terminservicestellen, den entstehenden Druck auf Terminangebote der fachärztlichen Praxen und die gleichzeitige Verpflichtung der KV, Praxen in vermeintlich übersorgten Regionen aufzukaufen. Positiv betrachtet aber finde im Gesetzentwurf die Positionierung der Ärztenossenschaft als Partner und Dienstleister für Netze und kooperative neue Versorgungsformen ihre Bestätigung.

Bedeutsam für Ärztenossenschaften sei, dass der § 140 SGB V inhaltlich und strukturell neu formuliert alle besonderen Versorgungsverträge umfassen soll. Es werde der § 73 a für Strukturverträge und der § 73 c für sogenannte besondere Facharztverträge überflüssig gemacht, deshalb wurden diese gestrichen. Klaus Bittmann: „Hier liegt ein Schwerpunkt unserer genossenschaftlichen Tätigkeit, denn unsere Selektivverträge für Praxisnetze und Fachgruppen sind anzupassen.“ Das eröffne Chancen für innovative Projekte, wobei

dieses Feld jetzt aber auch den KVen offenstehe. „Wünschenswert ist deshalb künftig die verstärkte Kooperation zwischen KV und ÄGN zum Nutzen der Versorgung und der beteiligten Praxen.“

Der § 73 b zur Hausarztzentrierten Versorgung wird gestärkt, so wie die gesamte hausärztliche Versorgung eine starke Position im Gesamtkonzept des Gesetzgebers hat, interpretiert Klaus Bittmann den Gesetzentwurf. Der neue § 39 befasse sich mit dem Entlass-Management, also der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hierbei könnten Praxisnetze mit Krankenhäusern gut kooperieren, wobei die Umsetzung abhängig ist von einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene.

Der ÄGN-Sprecher erkennt trotz den begrüßenswerten Elementen und Zielsetzungen jedoch die berechnete Sorge, „dass bürokratische Vorgaben gut Gewolltes erschweren“. Insbesondere in der Aufgabenzuweisung an den GBA, der z. B. auch Entscheidungen der Finanzteilungen aus dem Innovationsfonds prüft und genehmigen muss, sei das erkennbar. Das Gesetz habe auf viele andere Bereiche seine Auswirkungen. „Wir werden uns darauf einstellen müssen.“

### „Unreflektierte und populistische Maßnahmen“

ägnw: Unterstützung der Netze greift noch zu kurz

■ Der Begriff „Versorgungsstärkung“ wird durch den Gesetzentwurf nach Meinung der Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen (ägnw) weitgehend ins Gegenteil verdreht. Besonders die geplanten Terminservicestellen seien in der vorgesehenen Form abzulehnen. „Hier wird aus populistischen Gründen ein gelegentlich regional auftretendes Problem zu einem generellen Versorgungsdefizit hochstilisiert“, heißt es in einer Resolution. Denn in dringenden, medizinisch notwendigen Fällen werde immer schon eine kurzfristige Terminvereinbarung durch den Hausarzt beim Facharzt realisiert. Das gelte insbesondere für Patienten, die in regionalen Ärztenetzen versorgt werden. Anstelle von kostenintensiven Terminservicestellen sollten die vorgesehenen Mittel in die Netzförderung zusätzlich investiert werden.

Die ägnw begrüßt generell die gesetzliche Unterstützung regionaler Netzstrukturen, auch wenn die vorgesehene Förderung immer noch zu kurz greife. Zwar sollen die KVen verpflichtet werden, anerkannte Praxisnetze zu fördern, allerdings immer noch zu Lasten des begrenzten kassenärztlichen Honoraropfes. „Innovative Netzstrukturen, durch die die Versorgung ergänzt wird, erhalten kein zusätzliches Honorar von Krankenkassen oder Kommunen,

sondern es soll wieder einmal nur innerärztlich umverteilt werden.“ Deshalb sollte ein gesonderter Strukturfonds zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten bzw. vernetzten Versorgungsformen eingerichtet werden. In diesen Fonds sollten zusätzliche Mittel der Krankenkassen und von Kommunen fließen.

Eine Regelung, die es Kommunen künftig erlauben soll, MVZ als Eigenbetrieb zu gründen und zu betreiben, sollte nur dann regional zulässig sein, wenn keine durch eine Gemeinschaft von niedergelassenen Ärzten betriebene Einrichtung bzw. ein regionales Ärztenetz dazu in der Lage ist. Damit verbunden ist die Forderung der ägnw, dass Ärztenetze den Status des Leistungserbringers erhalten und damit selbst ein MVZ gründen und betreiben können. – Der Gesetzgeber hat für Transparenz und Rechtsvertrauen zu sorgen; diese Grundsätze werden aus nicht nachvollziehbaren Gründen und ohne Not aufgegeben, kritisiert die ägnw die geplante Streichung des § 73 c SGB V und Neuregelung der bisherigen Facharztverträge in § 140a SGB V. Die damit verbundenen Unklarheiten und Reglementierungen gefährdeten die Zukunft selektivvertraglicher Vereinbarungen als sinnvolle Ergänzung der Regelversorgung.

# Nur wenige Patienten wissen von Netz-Zugehörigkeit

Für eine bessere Außenwirkung mangelt es an Kapazitäten und Geld

■ Erste Auswertungen des am 1. September gestarteten Projekts Physician Networks Insights (PNI) zeigen Erstaunliches: Die auf die Außenkommunikation gerichteten Maßnahmen (Marketing, PR, Social Media) vernetzter Arztpraxen sind im Vergleich zu netzunabhängigen Ärzten deutlich geringer ausgeprägt. So setzen Netzpartner nur zu etwa zwei Drittel die kommunikativen Instrumente und Maßnahmen ein, die ungebundene Arztpraxen verwenden. Das erklärt auch, warum nur knapp die Hälfte der in den Praxen befragten Patienten wusste, dass die sie betreuenden Ärzte Mitglieder eines Praxisverbundes sind.

**Weiteres Zwischenergebnis der PNI-Untersuchung: Ärztenetze entwickeln zu**

**geringe Marketingaktivitäten.** Die Arbeit von Arztnetzen bietet den Mitglieds-Praxen

und ihren Patienten zwar eine Vielzahl von Vorteilen, die sich letztlich auf eine gesteigerte regionale Versorgungsqualität auswirken. Doch die Netzleitungen unternehmen nur geringe Aktivitäten, um diesen Nutzen ihrer Arbeit zu kommunizieren, ein eindeutiges Profil zu gewinnen und um u. a. auch neue Mitglieder zu gewinnen. Als Hinderungsargumente werden – so ein PNI-Resultat – vor allem fehlende personelle Kapazitäten sowie hohe Kosten genannt.

Das PNI ist eine zurzeit laufende Untersuchung von IFABS (Benchmarking-gestützte Analysen und Strategien für die Gesundheitswirtschaft; geleitet von Dipl.-Kaufmann Klaus-Dieter Thill – [www.ifabs.de](http://www.ifabs.de)). Das Projekt beschäftigt sich gegenwärtig mit der Beschaffenheit, Effizienz und Effektivität des Praxismanagements in Arztnetz-Praxen, und das im internen Vergleich sowie in Relation zu nicht organisierten Praxisbetrieben. Die Studie zielt u. a. auf die Klärung ab, ob die Zugehörigkeit zu einem Netz besonderer Konstellationen bedarf, es also ein spezielles Netz-Praxismanagement gibt und ob auch die Praxisführung von Netz-Mitgliedern von der in Nicht-Netzpraxen abweicht. In die Befragung sind außer den ärztlichen Praxisleitern das Personal sowie Patienten einbezogen.

**Der Trend zur Beteiligung an vernetzten Aktivitäten hält übrigens in der Ärzteschaft an:** Fast die Hälfte der niedergelassenen Ärzte, die nicht in einem Netz engagiert sind, interessieren sich aktuell für den Anschluss an ein Praxisnetz. Das ergab der jüngste Ärztemonitor von KBV und NAV-Virchowbund. Danach haben sich 45 Prozent bereits entsprechend beraten lassen. -ari

## Ärztenetze arbeiten erfolgreich in der Fläche

„Auf keinen Fall dürfen sie in ihrer Entwicklung behindert werden“

■ Zu den geplanten neuen Gesetzen - Versorgungsstärkung (Änderungen im SGB V) und Bestechung/Bestechlichkeit (§ 299a StGB) – fragte PERSPECTIV den Arzt Stefan Homann (Tangstedt), Erster Sprecher und Geschäftsführer des Dachverbands der Praxisnetze Schleswig-Holstein GbR DPN-SH.

gesichert wird. Arztnetze, egal auf welcher Basis, stellen die am höchsten organisierten und auf Effizienz ausgerichteten Konstrukte in der Gesundheitslandschaft dar. Sie arbeiten erfolgreich gegen die bedrohte Gesundheitsversorgung in der Fläche an.

**Wurden nicht auch Vorleistungen über öffentliche Mittel hinaus gebracht?**

**S. Homann:** Ganz klar – unsere Netze und Organisationsformen wie die Ärztegenossenschaften sind in der Vergangenheit nahezu kostenneutral für die GKV in einer außerordentlichen Anstrengung durch niedergelassene Ärzte in ganz Deutschland entstanden. Dank dieses finanziellen und arbeitszeitlichen Engagements existieren bereits jetzt viele konkrete und erfolgreiche Initiativen von Praxisnetzen in Form

von netzeigenen MVZ und Zweigpraxis-Projekten, um die Versorgung zu erhalten. Auch gibt es Verbundweiterbildungen mit Kliniken, um die Nachfolgen für bestehende Praxen zu sichern. Es muss jedem klar sein, dass jede wegbrechende Praxis eine große Versorgungslücke reißt, die lange Zeit für die Patienten spürbar sein wird. Nochmals betone ich, dass solche Konstrukte künftig im Rahmen der weiteren Professionalisierung ihrer Organisations- und Managementabläufe als Leistungserbringer auch die entsprechenden Finanzmittel benötigen. Auf keinen Fall dürfen sie nun durch einen unsauber formulierten Korruptionsparagrafen § 299 kriminalisiert, belastet und in ihrer Entwicklung behindert werden – das wäre ein Desaster für die wichtigste Phalanx einer zukünftigen medizinischen Versorgung der Menschen!

**PERSPECTIV: Gibt es Schnittstellen bei diesen Gesetzesvorhaben?**

**Stefan Homann:**

Selbstverständlich sind das der Versorgungsauftrag und die damit verbundenen Tätigkeiten in der ärztlichen Vernetzung. Unstrittig ist, dass grundsätzlich mehr Geld in das ambulante System zu den niedergelassenen Ärzten kommen muss, da gerade diese am effizientesten und kostengünstigsten die Patientenversorgung sichern. Diese Arbeit der Niedergelassenen darf durch praxisferne Gesetze nicht blockiert oder eingeschränkt werden. Im Gegenteil – der Gesetzgeber muss die Hürden und Hindernisse, die in den vergangenen Jahren systematisch errichtet worden sind, entfernen und den Ausbau dieser Versorgung sichern!



Stefan Homann

**Was muss die Politik garantieren?**

**S. Homann:** Wie bereits gesagt – in erster Linie die Verbesserung der Finanzierung der niedergelassenen Ärzte! Nur dadurch können jüngere Kollegen für die ambulante Versorgung gewonnen und ältere Kollegen überzeugt werden, noch etwas länger zu arbeiten. Und die Arbeit der Ärztenetze muss vom Gesetzgeber abgesichert werden. Gerade die Praxisnetze sind ein hervorragendes, wenn nicht das einzige Instrument dafür, damit die Gesundheitsversorgung in der Fläche nicht gänzlich zusammenbricht und

## IN MEMORIAM

### Andreas Rinck

■ Durch den plötzlichen Tod von Andreas Rinck haben die Ärztegenossenschaft Nord eG (ÄGN) und der Bundesverband der Ärztegenossenschaften e.V. (BVÄG) einen ihrer aktivsten ärztlichen Standesvertreter verloren. Der Unfalltod des 62-Jährigen hinterlässt eine tiefe Lücke und große Trauer vor allem in dessen Familie sowie in den Kreisen seiner Freunde und Kollegen.

Andreas Rinck war seit einigen Jahren als zweiter Vorstandssprecher der ÄGN aktiv. Zuletzt fungierte er zudem als stellvertretender Vorstandsvorsitzender des BVÄG. Mit argumentativ treffsicherer Leidenschaft und hoher Loyalität setzte er sich für die Belange der niedergelassenen Ärzte sowie die fachübergreifenden Netzwerke ein. Er plädierte stets für den Erhalt

der ärztlichen Freiberuflichkeit. Andreas Rinck engagierte sich dabei besonders für neue, zukunftsweisende Formen und Projekte der ambulanten Versorgung. Sein Wort wurde gehört und beachtet. – Allen, die Andreas Rinck kannten und schätzten, wird er in dankbarer Erinnerung bleiben.



Andreas Rinck, wie ihn die Kollegenschaft kannte: Argumentativ stark, wie hier Ende September bei der Berliner BVÄG-Veranstaltung

## KURZGEFASST

■ Das **ÄrzteNetz Hamburg** kooperiert jetzt zusätzlich zum IV-Vertrag mit dem Landesverband BKK Nordwest (Gesundheit im Netz) mit zwei privaten Krankenversicherungen (SIGNAL Krankenversicherung a.G. und Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.). Mit den Verträgen sollen vor allem stationäre Behandlungen möglichst vermieden oder zumindest auf einen kurzen Zeitraum beschränkt werden. Ist jedoch ein Klinikaufenthalt nicht zu vermeiden, wird die vor- und nachstationäre Versorgung optimiert. Infos: [www.aerztenetz-hamburg.de](http://www.aerztenetz-hamburg.de)

■ Der **5. Kieler Kongress „Vernetzte Gesundheit“** steht am 13./14. Januar 2015 unter dem Motto „Markt.Mittel.Stand“. Dabei geht es um das Selbstverständnis und die Identität der so genannten Boombranche Gesundheitswirtschaft. Infos: [www.vernetzte-gesundheit.de](http://www.vernetzte-gesundheit.de)

## MEDIKATION

# Zielvereinbarung: Datenbasis ist ungeeignet

WHO warnt vor Missbrauch des ATC/DDD\*-Systems im Zusammenhang mit Vergütungen

Die deutschen „Zielvereinbarungen zur Steuerung der Arzneimittelversorgung“ beruhen zum Teil auf den von der WHO ermittelten DDD (Defined Daily Dose) und PDD



Dr. Eckehard Meissner

(Prescribed Daily Dose) beim internationalen Einsatz von Medikamenten. Doch diese Datenbasis ist nicht für die jährlichen regionalen Dosis-Vorgaben geeignet, ergab ein PERSPECTIV-Gespräch mit Dr. Eckehard Meissner, Vorstandsmitglied der ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm. Auch warnte die WHO wiederholt vor einem Missbrauch des DDD-Systems im Zusammenhang mit Vergütungen, so im jüngsten WHO-Band (Guidelines for ATC and DDD assignmen 2014). Somit entbehre jede Kritik am Verordnungsverhalten der einzelnen Ärzte und damit auch finanzielle Forderungen ihrer Grundlage.

Seit 2007 vereinbaren die Krankenkassen und einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen Zielvereinbarungen, um die

**Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen zu lenken.** In diesen Vorgaben werden Wirkstoffgruppen definiert. Die genannten Leitsubstanzen sollen von den Ärzten vorrangig generisch verordnet werden, so dass Kosteneinsparungen erzielt werden. Diese Gruppen werden jährlich angepasst oder erweitert.

**Das WHO-System hingegen wurde eingeführt, um verschiedene Gesundheitssysteme und deren Entwicklungen beurteilen zu können.** „Es ist damit keineswegs als Steuerungsinstrument für gesundheitspolitische Maßnahmen der einzelnen Länder, erst recht nicht für regionale Regelungen gedacht“, kritisiert Dr. Eckehard Meissner, der den Arzneimittelsektor ständig beobachtet, das deutsche Zielvereinbarungsverfahren. „Es wird von der WHO ganz klar gesagt, dass die DDD zwar als Maß des Medikamentenverbrauchs dienen, aber keine Dosisempfehlungen darstellen“, interpretiert er die Ergebnisse aus internationalen Fachpublikationen.

Die PDD sei eine Rechengröße, „die sich durch Regressionsverfahren in Stu-

dien ergeben und für den einzelnen Arzt nicht nachzuvollziehen sind“, sagt Eckehard Meissner. Für diese Berechnung der Dosen bei den PDD sei die Indikation von Bedeutung. „Die Indikationen aber liegen den Krankenkassen naturgemäß nicht vor und können deshalb auch nicht in die Berechnungen für Zielvereinbarungen einfließen.“ Der Experte nennt als Beispiele  $\beta$ -Blocker mit den Indikationen KHK, Hypertonus, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und zur Migräneprophylaxe.

**Beispiel Schleswig-Holstein: Hier werden die DDD/PDD-Daten für die WHO vom Mathematischen Institut der Uni Lübeck errechnet und für die Festlegung der regionalen Vorgaben verwendet.** „Doch weder Prüf stelle, noch KV oder gar Krankenkassen können diese Daten erklären“, ermittelte der ärztegenossenschaftliche Arzneimittelexperte. Bei den landesweiten Berechnungen durch das Institut handele es sich ganz klar nicht um eine praxisbezogene Analyse.

-ari

\*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses

## NEWTICKER

+++ Was sagen Praxisbewertungen auf den einschlägigen Portalen eigentlich aus? Und nach welchen Kriterien wird überhaupt bewertet? Diese und andere Fragen werden im Merkblatt „Arztbewertungsportale“ des NAV-Virchow-Bundes beantwortet. Mitglieder und Interessierte können es kostenlos abrufen: [www.nav-virchowbund.de/bestell-center](http://www.nav-virchowbund.de/bestell-center) +++

+++ Dr. jur. Thomas Motz (Lübeck) ist neuer Vorsitzender der Vereinigung Medizinrechtsanwälte e.V. Er gehört seit 2001 zu den Vertrauensanwälten dieses Beratungsnetzes. Im gebotenen Orientierungsgespräch finden Ratsuchende erste Antworten, etwa welche Schritte in den individuellen Fällen aussichtsreich erscheinen oder welche Prozesskosten und -laufzeiten zu erwarten wären. Zudem veranstaltet der Medizinrechtsanwälte e.V. den Deutschen Medizinrechtstag. Infos: [www.medizinrechts-beratungsnetz.de](http://www.medizinrechts-beratungsnetz.de) +++

+++ Die KV Schleswig-Holstein hat festgestellt, dass ein Drittel der rund 1.900 Hausärzte im nördlichsten Bundesland 60 Jahre oder älter ist. Deshalb warnt die KVSH vor dem drohenden massiven Ärztemangel. Mehr als 600 Niedergelassene benötigten einen Nachfolger. Nachwuchsprobleme gebe es auch bei Frauen-, Augen- und Nervenärzten. +++

## DREI FRAGEN – DREI ANTWORTEN

**PERSPECTIV: Herr Dr. Meissner, wie Sie bereits feststellten, sind die Grundlagen für Festlegung von Arzneimittelmengen nicht praxisbezogen, was bedeutet das ökonomisch?**

**E. Meissner:** Wenn keine objektiven, in der Praxis messbaren Kriterien bekannt sind, kann man nicht an den Zahlen gemessen werden. Insgesamt ist das System, insbesondere die PDD, für den einzelnen Arzt völlig undurchsichtig. Und es widerspricht zudem dem Grundsatz der Verordnungsfreiheit. Wie soll denn da eine „Wirtschaftlichkeit“ entstehen?

Genau genommen geht es nicht um Wirtschaftlichkeit im wissenschaftlich abgesicherten Sinn, sondern nur um ein „Billigsein“ nach dem Motto „Geiz ist geil“. Das kann vom einzelnen Arzt nicht gewollt und erreicht werden. Als Beispiel mögen hier die Statine dienen, die einen Dosierungsbereich von fünf bis achtzig Milligramm haben. Bei einer Dosisanpassung im Jahr führt eine „mittlere Dosisannahme“ automatisch zu falschen Werten. Auch das Teilen von Tabletten, Rabattverträge und Zuzahlungen der Patienten können statistisch nicht erfasst werden!

**Können Sie das konkretisieren?**

**E. Meissner:** Klar – ein weiteres Beispiel für die Unsinnigkeit und mathematische Willkür

des Systems wird deutlich, wenn Sie die Berechnung „rückwärts“ machen. Simvastatin 40 mg/50 Tabletten, Tablette halbiert – also für tatsächlich 100 Tage, ergeben Normtagestherapiekosten von 0,28 Cent und angegeben 53,2 Tagesdosen. Das erfordert nach den Wirtschaftlichkeitsberechnungen einen Zielpreis bei der Apothekenabgabe von 14,896 Euro. Der preiswerteste Anbieter im Jahr 2011, wobei nicht gesagt werden kann, ob er überhaupt lieferfähig gewesen ist, lag bei 17,42 Euro. Der Q-Pharm-Preis lag bei 21,25 Euro, unter Berücksichtigung der Zuzahlung betrug er 16,25 Euro. Ein Arzt,

der Simvastatin 40 mg mit 50 Tabletten verordnete, war also angeblich unwirtschaftlich, egal was er verordnete.

**Was empfehlen Sie Ärzten, die bei angeblichen Verstößen gegen Zielvereinbarungen von den Kassen angeschrieben und zur Verantwortung gezogen werden sollen?**

**E. Meissner:** Eine ganze Reihe von Möglichkeiten gibt es: Betroffene Ärzte sollten zunächst einmal grundsätzlich von einer „schriftlichen Mitteilung“ sprechen, keines-

falls von einem Regress oder schuldhaften Verhalten. Damit machen sich diese nur angreifbar.

Es sollte hinterfragt werden, ob es bei den Grundlagen der kritisierten Verordnungsmengen um Rezept-Daten oder Abrechnungsdaten der Apotheker mit den Krankenkassen handelt, also zum Beispiel was haben die Apotheken abgegeben und taxiert?

Weiterer Klärungsbedarf besteht bei den von den Kassen übermittelten Zahlen. Sind diese überhaupt korrekt hinsichtlich der Zeiträume, Verordnungsdaten und verordneten Medikamenten? Eine eigene Abklärung ist meist im PVS über die Statistik-Funktion möglich.

Es sollte außerdem überprüft werden, ob durchgängig Nec-Aut-Idem angekreuzt wurde. Und hat der Apotheker eine Substitution durchgeführt, und wenn, wie oft? Der Austausch kann nämlich wirtschaftlich vom Arzt nicht verantwortet werden.

Dazu kommt die Frage, ob der betroffene Arzt regelmäßig „16 Wochen nach Quartalsende“ über die Verordnungen informiert wurde, um seiner Steuerungsfunktion nachkommen zu können? Das passiert nämlich oft nicht. Wie soll der Arzt Maßnahmen zur Zielerreichung einleiten, wenn er keine verlässlichen Daten hat?

Liebe Leserinnen und Leser,  
diese Online-Version der *perspectiv* enthält Weißflächen, da die hier platzierten Arzneimittelinformationen der Printausgabe gemäß Arzneimittel- und Heilmittelwerbegesetz nur Fachkreisen zugänglich und nicht öffentlich einsehbar sein dürfen.

## MEDIKATION

### DER AMTS-TIPP

# Zuverlässigkeit des Patienten fördern!

■ Mit relativ wenig Aufwand und einprägsamen Argumenten kann der Arzt die Compliance bei der Arzneimittelaufnahme verbessern und unerwünschte Wirkungen verhindern. Es gilt dabei vor allem, die Regelmäßigkeit der Einnahme und die Akzeptanz des verordneten Medikaments abzusichern. Grundsätzlich: Ein gut informierter und öfter einmal mehr von seinem Arzt befragter Patient erhält durch diese Aufmerksamkeit die bessere und auch sicherere Therapie.

• **Das Informationsbedürfnis** des Patienten sollte grundsätzlich ernst genommen werden. Ergänzend die mündliche Erläuterung zu Sinn, Zweck und Notwendigkeit der Einnahme bietet sich ggf. auch eine eigene schriftliche „Kurzinformation“ zum betreffenden Arzneimittel an. Mit einer solchen Info kann der Patient, unabhängig vom Beipackzettel, entscheidende Fakten nachlesen.

• **Mündlich und zudem schriftlich** sollte der Patient selbstverständlich zur genauen Dosis, aber auch zum Zeitpunkt der Einnahme oder Anwendung möglichst konkret informiert werden, also z. B. morgens, mittags, abends und vor oder nach dem Essen. Vielleicht auch der Hinweis für den

Patienten, dass er ggf. die Einnahme mit anderen Alltagstätigkeiten, wie z. B. vor dem Zähneputzen oder beim regelmäßigem Tagesschau-Gucken, verbinden kann, um damit dem Vergessen entgegenzuwirken.

• **Um den „Durchblick“ zu sichern** – das gilt vor allem für ältere und mehrfach mit Medikamenten zu versorgende Patienten – bietet sich an, dass der Hausarzt und/oder der Hausapotheker, einen Medikamentenplan in tabellarischer Form erstellt, falls ein solcher nicht schon existent ist. Und dieser individuelle Plan sollte selbstverständlich immer aktualisiert werden.

• **Nicht zu unterschätzen** ist auch die Möglichkeit, Kombinationspräparate zu verwenden, mit dem Vorteil, dass weniger Tabletten eingenommen werden müssen.

• **Der Patient sollte öfter gefragt werden**, wie er als Einnehmender bzw. Anwender die Wirksamkeit eines Präparats bewertet. Der Arzt sollte auch nach evtl. auftretenden Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen fragen und nach Schwierigkeiten bei der Einnahme/Anwendung, wie Probleme beim Schlucken großer Tabletten oder bei der Benutzung eines Asthma-Sprays.

fc/em

## Weg von Rabattverträgen

Jetzt neun Wirkstoffe von Substitution ausgeschlossen

■ Offensichtlich vollzieht sich ein erstes Umdenken, das da heißt: Weg von Rabattverträgen! Für jetzt insgesamt neun Wirkstoffe ist deren Substitution nun nach jahrelangen Rabattexzessen beendet. Jüngst hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Aut-idem-Liste erweitert. Indem das Bundesgesundheitsministerium diesem Schritt ohne Beanstandung zustimmte, sind künftig sieben weitere Wirkstoffe von einer Substitution ausgeschlossen, geltend ab Veröffentlichung im Bundesanzeiger. – Phenytoin und Ciclosporin stehen als erste Wirkstoffe bereits seit April 2014 auf der Liste. Nun kommen Betaacetyldigoxin, Digoxin und Digoxin gegen Herzerkrankungen, das Immunsuppressivum Tacrolimus, das Schilddrüsenhormon Levothyroxin-Natrium (Tabletten) sowie Levothyroxin Natrium und Kalliumiodid (fixe Kombination/Tabletten) hinzu. Hintergrund ist u. a. die geringe therapeutische Breite der Wirkstoffe.

**PERSPECTIV meint:** Diese Entwicklung zum Wohle des Patienten kann nur begrüßt und forciert unterstützt werden. Im Moment sind diese ersten Schritte jedoch nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Der generelle Substitutionsausschluss muss zur Absicherung der Patienten individuellen Arzneimitteltherapie viel weiter gefasst werden und darf sich nicht nur auf einzelne Wirkstoffe beschränken.

### AUF EIN WORT

# Sicherheit der Patienten hat immer noch absoluten Vorrang

■ Das Modellprojekt ARMIN in Sachsen/Thüringen umfasst zunächst 200 Wirkstoffe, die vom Arzt ohne Nennung eines bestimmten Medikaments verordnet werden. Allein der Apotheker entscheidet dann, welches Präparat er an den Patienten abgibt. Darüber und über andere Medikationsprojekte sprach **PERSPECTIV** mit dem Arzt Christoph Meyer, Vorstandsmitglied der Q-Pharm.

**PERSPECTIV:** Was bedeutet ARMIN für den Arzt – sind dessen Verordnungshoheit und Therapiefreiheit mittelfristig generell bedroht, wenn solch sogenanntes Medikationsmanagement bundesweit Schule machen sollte?

**Chr. Meyer:** Dass alles unternommen wird, um die Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland zu verringern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Doch ARMIN ist ein Beispiel, wie man es gerade nicht machen darf: Dem Apotheker wird zusätzliches Honorar geboten, damit er aussucht und abgibt, was letztlich immer noch der Verordner, also die Ärztinnen und Ärzte, zu verantworten hat.

Es mag sein, dass kurzfristig an der einen oder anderen Stelle ein wenig Geld eingespart wird durch die angestrebte straffe Umsetzung der Rabattverträge, aber unserer Erfahrungen aus den AMTS-Initiative-Veranstaltungen zeigen ganz klar – unsere Kollegen machen sich deutlich differenziertere Gedanken im Rahmen einer Verordnung. Der Preis, den man bei Rabattverträgen bis heute nicht kennt, spielt hierbei eine untergeordnete Rolle. Die Sicherheit unserer Patienten hat immer noch absoluten Vorrang. So wird aus der angefragten Therapiefreiheit eine nicht zu delegierende Pflicht zu verantwortungsvollem Umgang mit der Arzneimittelverordnung.

**Wie erklärt sich die Begründung der beteiligten Kassen und Apotheker, dass vor allem chronisch kranke und multimorbide Patienten von dieser sogenannten Arzneimittel-Initiative profitieren sollen?**

**Chr. Meyer:** Hierbei wird schon fast ehrabschneidend unterstellt, dass wir Ärzte unsere Verordnungen nicht im Griff hätten.

Die Apotheken wissen aber auch ganz genau, dass ihre Kunden nicht nur bei einer Apotheke einkaufen – und im Zweifelsfall sind es auch noch die Enkel, die den Großeltern „etwas Gutes“ tun wollen. Wir arbeiten schon lange an Systemen, um Arzneimitteltherapiesicherheit in den Fokus des gesamten Praxisteams zu stellen. Hierbei haben sich gerade die einfachen Methoden als schnell umsetzbar erwiesen. Die Softwarehäuser blockieren derzeit noch aus sehr egoistischen Gründen eine funktionierende gemeinsame Schnittstelle, die einen elektronischen Abgleich deutlich vereinfachen würde. Unstrittig ist und bleibt aber, dass gerade die multimorbiden Patienten mit einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Mehr als fünf Medikamente sind in den meisten Fällen bereits suspekt.

**Um Polymedikation eher zu erkennen und die Arzneimittelversorgung für betreffende Patienten zu verbessern ist auch noch ein bundesweit einheitlicher Medikationsplan geplant. Dieses soll elektronisch über ei-**

**nen Barcode und entsprechendes Scannen durch die Ärzte und Apotheker geschehen. Bekanntlich gibt es bereits mehrere AMTS-Projekte. Wird das Verordnen durch diese neu vorgesehene Methode nicht unnötig kompliziert bzw. komplexer?**

**Chr. Meyer:** Derzeit gibt es hierzu noch keine anwendbaren Systeme. Es ist richtig, dass die fortlaufende Erfassung der eingenommenen Medikamente – hier gilt es auch die Selbstmedikation stringent zu erfassen – sehr schwierig und anspruchsvoll ist. Erschwert wird das ganze durch ständigen Wechsel bei Änderung der Krankenversicherung oder der Rabattpartner der Krankenkassen. Das verwirrt und macht eine notwendige Standardtherapie fast unmöglich. Daraus erklärt sich auch das Ringen um solche Erfassungslösungen, aber die eCard hat schon keine sinnvolle Verordnung ermöglicht und für das bisher vorgestellte System befürchte ich ein gleiches Schicksal. Da hilft oft nur der gute alte Erfassungsbogen und das regelmäßige Gespräch mit unseren Patienten!

## PRAXISALLTAG



■ Die Dialogpartnerin Andrea Kleinwort (li.) hat in den Lernkontrollen zum Praxis-Profi 2014 „Check-Up für die Arztpraxis“ als einzige in diesem Jahr die volle Punktzahl erreicht; ihre Kollegin Gesche Voß liegt nur knapp dahinter. Beide MFA sind seit Jahren mit ihren Praxis-Profi-Ergebnissen immer ganz weit vorne mit dabei. Wir gratulieren der allgemeinmedizinischen Praxis Dres. Gisela Schulz-Lell und Roman Lell in Hohenwestedt (Kreis Rendsburg-Eckernförde) zu den beständig guten Ergebnissen ihrer Dialogpartnerinnen! bb

## Praxis-Profi 2014 – das war eine echte Herausforderung!

„Check-Up für die Arztpraxis“ behandelte die Themen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit

■ Was viele Medizinischen Fachangestellten (MFA) und auch Ihre Chefs und Cheffinnen bislang nicht wussten: Praxisbegehungen können durch verschiedene Stellen erfolgen, insbesondere auch vor dem Hintergrund von Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit und sie müssen nicht einmal angekündigt werden.

Deshalb hat sich die diesjährige Praxis-Profi-Staffel unter dem Titel „Check-Up für die Arztpraxis“ vorrangig mit den Themen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit beschäftigt. Beides Themen, die nicht nur im Hinblick auf mögliche Kontrollen sehr wichtig sind, denn es geht um den Schutz des größten Kapitals einer jeden Arztpraxis, nämlich um den Schutz und die Gesundheit der Beschäftigten, ohne die die ärztliche Tätigkeit heutzutage nahezu unmöglich ist.

In persönlichen Gesprächen und am Telefon begrüßten viele Dialogpartnerinnen, dass sie mit dem Praxis-Profi so umfangreich zu den notwendigen Gefährdungsbeurteilungen und der Vielzahl von

kürzlichen Gesetzesänderungen informiert wurden. „Geballte Informationen, aber handlich und praktikabel verpackt“, hieß es da und auch: „Toll aufbereitet, das können wir nahtlos in unsere Praxisarbeit einfügen.“

Die Dialogpartnerinnenbetreuerin Birgit Barth freut sich über das Lob, hätte sich aber ein insgesamt besseres Ergebnis gewünscht. Sie sagt: „Bei der Auswertung der Lernkontrollen konnten wir diesmal merken, dass das Thema bislang nur in sehr wenigen Praxen angekommen ist. Von einigen Dialogpartnerinnen wurde teils mehr spekuliert und vermutet als wirklich gewusst. An der Art der Antworten konnten wir dann

ersehen, dass die seit Jahren eingeschliffene Organisation der jeweiligen Arztpraxis der Dialogpartnerin im Weg stand. Es fehlte schlicht der Mut, die bisherigen Vorgaben der jeweiligen Arztpraxis in Frage zu stellen.“

In diesem Jahr gibt es nur eine einzige Dialogpartnerin (siehe Kasten), die in beiden Lernkontrollen die volle Punktzahl erreicht hat. Vielen Dialogpartnerinnen fehlen aber nur wenige Punkte. Der Praxis-Profi 2014 war jedenfalls angetreten, um MFA und Praxisinhaber/innen für ein wichtiges Thema zu sensibilisieren. Es scheint, als sei das unterm Strich trotz einiger Hindernisse gut gelungen!

### KURZ NOTIERT

Wie in PERSPECTIV 4/14 bereits gemeldet, nutzt jetzt auch der Bund der Urologen (eG) das Dialogpartnerinnenprogramm. 30 urologische Praxen machen inzwischen mit. Interessierte Praxen können den Meldebogen auf dieser Website herunterladen:

<http://bund-der-urologen.de/fachbesucher/dialogpartnerinnen-fuer-die-urologische-praxis/>

## Patienten sind mit fachärztlicher Zweitmeinung zufrieden

Studie: Doch ein Viertel wissen nichts von rechtlichem Anspruch

■ Fast alle der Patienten (94 Prozent), die eine fachärztliche Zweitmeinung einholen, sind mit dem Ablauf und dem Ergebnis zufrieden. Diese „haben sich selbstbestimmt und sicher für die optimale Behandlung entscheiden können“, besagt eine PERSPECTIV vorliegende Studie der Asklepios Kliniken Hamburg und des Instituts für Management- und Wirtschaftsforschung. 1.000 Patienten wurden dafür befragt.

Die Befragung ergab jedoch, dass nicht wenige (rund 25 Prozent) überhaupt nicht wissen, dass es das Recht auf eine – von den Krankenkassen kostenbezogen abgedeckte – Zweitmeinung gibt. Dieser Anspruch basiert auf dem Grundsatz, dass der Patient seinen Arzt und ein Krankenhaus frei wählen und auch wechseln darf. Ent-



sprechend können Patienten eine ärztliche Zweitmeinung einholen, legt die Charta der Patientenrechte fest, die 2003 u.a. von der

Bundesärztekammer und den GKV-Spitzenverbänden erarbeitet wurde.

Die Studie sagt aus, dass jeder zweite Befragte im Krankheitsfall schon einmal eine fachärztliche Zweitmeinung eingeholt hat. Gut 90 Prozent derjenigen, die dieses noch nicht getan haben, würden es künftig machen oder in Erwägung ziehen. Eine zweite Meinung möchten betroffene Menschen vor allem bei Krankheiten wie Krebs, neurologischen Erkrankungen und Herzleiden. Doch 62 Prozent vertrauen dem erstbehandelnden Facharzt, so die Befragung. Und von den rund 50 Prozent, die eine Zweitmeinung

einholten, waren 85 Prozent zufrieden: „Die zweite Behandlungsempfehlung hat mir dabei geholfen, die für mich beste Therapiemethode zu wählen.“

Vor allem jüngere Menschen sind aber über ihr Recht schlecht informiert: 40 Prozent der 18- bis 24-Jährigen wissen laut Umfrage nicht Bescheid. Deshalb sollen Patienten besser über die Möglichkeit der zusätzlichen ärztlichen Meinung informiert werden. Darauf zielt auch das geplante Versorgungsstärkungsgesetz (vgl. Titelthema) ab. Der Entwurf sieht vor, dass Ärzte die Versicherten künftig darüber aufklären müssen. Danach sollen Patienten vor allem bei sogenannten mengenanfälligen Eingriffen unbedingt eine zweite Meinung erhalten. Doch welche Operationen „mengenanfällig“ sind, soll der GBA bestimmen.

**Überlassung von Arztberichten, Blutwerten und Röntgenaufnahmen:** Wer eine Zweitmeinung einholt, sollte diese Unterlagen zum „Arzt Nr. 2“ mitbringen, schon allein um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Es besteht für Patienten ein Rechtsanspruch darauf (BGH-Urteil v. 23.11.1982/Az. VI ZR 222/79), die ärztlichen Befunde zu erhalten (PERSPECTIV berichtete in Ausgabe 5-2013/S. 6).

### IMPRESSUM

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

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

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

**BVÄG** Bundesverband  
DER ÄRZTZOGENOSSENSCHAFTEN