

Zwang zum KV-SafeNet

**Angebote im Test
GUSbox oder IMotion?**



**Freiberuflichkeit
– politischer Wille?
Ärztinnen in der
Niederlassung**

GNN e.V. – Gesundheitsnetz Nordhessen

Goethestr. 70 • 34119 Kassel

Tel.: 0561-9 20 39 20 • Fax: 0561-400 66 84 20

E-Mail: info@g-n-n.de • www.g-n-n.de

PriMa eG – Prävention in Marburg

Deutschhausstr. 19a • 35037 Marburg

Tel.: 06421-590 998-0 • Fax: 06421-590 998-26

E-Mail: info@prima-eg.de • www.prima-eg.de

PIANO eG – Praeventions- und Innovations-Aerztenetz Nassau-Oranien

Offheimer Weg 46a • 65549 Limburg

Tel.: 06431-5 90 99 80 • Fax: 06431-59 09 98 59

E-Mail: info@pianoeg.de • www.pianoeg.de

GPS e.V. – Gesundheit – Prävention – Schulung Mittelhessen

Neue Mitte 10 • 35415 Pohlheim

Tel.: 06403-97 72 80 • Fax: 06403-9 77 28 28

E-Mail: kontakt@gpsev.de

www.gpsev.de

ÄNGie e.V. – Ärztenetz Kreis Gießen

Monroestr. 51 • 35394 Gießen

E-Mail: info@aengie.net • www.aengie.net

Tel.: 01575-586 33 55 • Fax: 0641-58 78 565

GNEF eG – Gesundheitsnetz Frankfurt

Höchster Schlossplatz 1 • 65929 Frankfurt-Höchst

Tel.: 069-25 78 80 08 • Fax: 069-25 78 80 09

E-Mail: info@gesundheitsnetz-frankfurt.de

www.gnef.de

SMQ e. V. – Sachsenhäuser Medizinisches Qualitätsnetz

Offenbacher Land Str. 350 • 60599 Frankfurt

Tel.: 069-65 18 87 • Fax: 069-65 65 88

E-Mail: drfreise@web.de

Mein Arzt in Wiesbaden GbR

Parkstraße 15a • 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611-304275 • Fax: 0611-372869

E-Mail: info@mein-arzt-in-wiesbaden.de

www.mein-arzt-in-wiesbaden.de

Ärzte mit Zukunft

Förderverein Ärztenetz Rhein-Main

Liebigstraße 2 • 65428 Rüsselsheim

Fax: 06142-950672 • E-Mail: info@aerztemitzukunft.de

www.aerztemitzukunft.de

Hessische Urologen eG

Gerloser Weg 20 • 36039 Fulda

Tel.: 0661-24 27 77-0 • Fax: 0661-24 27 77-11 u. 19

E-Mail: info@hessische-urologen.de

www.hessische-urologen.de

Kardiologie-Plattform Hessen eG

Am Roten Tor 101 • 55232 Alzey

Tel.: 06731-9 80 86 • Fax: 06731-9 80 87

E-Mail: Fister.Peter@t-online.de

www.kardiologie-plattform-hessen.de

GALA e.V.

Blücherstr. 26 • 68623 Lampertheim

Tel.: 06206-9 09 52 08 • Fax: 06206-93 77 04

E-Mail: tina.bottwein@gala-lampertheim.de

www.gala-lampertheim.de



Praxisnetz Kassel-Nord

Rathausplatz 4 • 34246 Vellmar
Tel.: 0561-82 02 04 69 • Fax: 0561-82 10 85
E-Mail: thomasschatz@gmx.de

DOXS eG

Schenkendorfstraße 6-8 • 34119 Kassel
Tel.: 0561-76 62 07-12 • Fax: 0561-76 62 07-20
E-Mail: info@doxs.de • www.doxs.de

Diabetologen Hessen eG

Liebigstr. 20 • 35392 Gießen
Tel.: 06424-9 24 80 44 • Fax: 06424-9 24 80 45
E-Mail: sekretariat@diabetologen-hessen.de
www.diabetologen-hessen.de

GNO eG – Gesundheitsnetz Osthessen

Gerloser Weg 20 • 36039 Fulda
Tel.: 0661-24 27 77-0 • Fax: 0661-24 27 77-11 u. 19
E-Mail: info@gesundheitsnetzosthessen.de
www.gesundheitsnetzosthessen.de

GAB – Gesundheitsnetz Altkreis Büdingen

Zum Bachstaden 19 • 63674 Altenstadt
Tel.: 06047-9 61 30 • Fax: 06047-96 13 15
E-Mail: info@gab-gesundheitsnetz.de
www.gab-gesundheitsnetz.de

Ärztenez Spessart eG

Würzburger Str. 7 • 63619 Bad Orb
Tel.: 06052-30 98 68 • Fax: 06052-30 98 69
E-Mail: mail@aerztenetz-spessart.de
www.aerztenetz-spessart.de

Ärztenez Groß-Umstadt/Otzberg e. V.

Lutz-Krauß-Straße 12 • 64823 Groß-Umstadt
Tel.: 06078-3517 • Fax: 06078-931510
E-Mail: dres.landenberger@t-online.de
www.aerztenetz-gu.de

Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried e.V.

Gernsheimer Str. 29 • 64584 Biebesheim
Tel.: 06258-64 36 • Fax: 06258-75 08
E-Mail: s.lutzi@gmx.de
www.aerzte-im-ried.de

Praxisnetz Hochtaunus e. V.

Hainstraße 27 • 61476 Kronberg
Tel.: 06173-9 64 76 60 • Fax: 06173-96 47 66 1
E-Mail: info@pnht.de
www.praxisnetzhochtaunus.de

Odenwälder Ärzte eG

Frankfurter Str. 37 • 64720 Michelstadt
Tel.: 06061-92 27 55 • Fax: 06061-92 27 56
E-Mail: drehmer@t-online.de

WeschNetz - Gesundheitsnetz Weschnitztalregion e.V.

Annastraße 2 • 64668 Rimbach
Tel.: 06253-6916 • Fax: 062 53-8 57 38
E-Mail: info@weschnetz.de
www.weschnetz.de

Inhalt

KV-SafeNet :

Verpflichtende Einführung gegen
den Willen vieler Mitglieder

4

Kommentar: Veränderung im KV-System?
Sie haben es in der Hand!

4

Dschungel KV-SafeNet

Testbericht von Christoph Sucke

5

Freiberuflichkeit:

Garant für freie Arztwahl und
hochqualitative medizinische Versorgung

6

Ein gutes Modell:

Wie niedergelassene Ärztinnen Beruf, Familie
und eigene Praxis unter einen Hut bringen

12

Bundesweit einmalig:

PriMa schließt Vertrag nach § 116b

15

Versorgungsstärkungsgesetz – was ändert sich nun? 16

Rechtswidrigkeit der EHV-Reform zum 1.7.2012:

Rechtsprechung in Hessen

22

Osthessischer Gesundheitstag

zum fünften Mal ein voller Erfolg

24

Ärzteneze versus KBV – begleitet von der Politik

26

IMPRESSUM

Herausgeber: hessenmed e.V. Verbund hessischer Ärztenetze

Gerloser Weg 20, 36039 Fulda, Tel.: 0661-24 27 77-0,

Fax: 0661-24 27 77 11, E-Mail: info@hessenmed.de

Vorstand: Dr. med. Jörg Simon, Fulda (Vorsitzender),

Dr. med. Lothar Born, Marburg, Dr. med. Ingo Drehmer, Michelstadt,

Dr. med. Stefan Pollmächer, Kassel, Dr. med. Uwe Popert, Kassel

Registergericht: Amtsgericht Fulda, VR 2269

Gestaltung: e-bildwerke + andere

Titelbild: wikipedia/Makro Freak

Anzeigen: hessenmed e. V., Tel.: 0661-24 27 77-0

Erscheinungsweise: 2-mal pro Jahr / Druckauflage: 8.400 Stück

Druck: Grafische Werkstatt GmbH

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Herausgeber und Redaktion haften nicht für Druck- und Satzfehler, nicht für verspätete Auslieferung durch die Druckerei und nicht für unverlangt eingesandte Bilder und Manuskripte. Termin- und Adressangaben sind ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

KV-SafeNet: Verpflichtende Einführung gegen den Willen vieler Mitglieder!

Trotz massiver Proteste hat sich die Mehrheit der Vertreterversammlung dem Willen des Vorstandes der KVH gebeugt und der verpflichtenden Einführung von KV-SafeNet zugestimmt. In anderen Bundesländern besteht keine Verpflichtung, das KV-SafeNet zu nutzen. Unsere Stellungnahme:

- Hessenmed kritisiert den Zwang und die vorgeschobene Eile bei der Einführung von KV-SafeNet.
- Der behauptete Vorteil einer KBV-Anbindung der Telematik nützt weder den einzelnen KVen noch den Praxen – zudem kann die Politik ein etabliertes System ohnehin kurzfristig der GEMATIK übertragen.
- Durch notwendige Provider-Verträge werden erhebliche Folgekosten für die Praxen ausgelöst.
- Es gibt keinen Mehrwert – die propagierten Module, wie z. B. die Arztbriefübertragung, sind mangels zugelassener Systeme noch nicht anwendbar, der Notfalldatensatz und die Rezeptfassung sind derzeit noch nicht einmal definiert. Dass diese Techniken den behaupteten Mehrwert bringen, konnte noch nicht einmal in Pilotprojekten gezeigt werden.
- KV-SafeNet erhöht die Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Bürokratie in den Praxen, z. B. durch die Stammdatenerfassung für die Krankenkassen.
- Die ADT-Abrechnungsdateien sind bereits verschlüsselt – eine zusätzliche verschlüsselte Verbindung ist unnötig.
- Bei einem Installationsbestand von etwa 30 % in hessischen Praxen (Stand Mai/Juni 2015) ist absehbar, dass bis Ende des 3. Quartal nicht alle umgestellt werden können; für eine ordnungsgemäße Abrechnung sind also sowieso Ersatzlösungen erforderlich.
- Im Interesse der Praxen und der Patientenversorgung fordert Hessenmed, die Einführung von KV-SafeNet auszusetzen oder auf freiwilliger Basis zu belassen und Ersatzlösungen wie Datenübertragung per CD/DVD oder Daten-Stick zuzulassen. Einem Medikament mit derart unsicherer Wirkung, hohem Nebenwirkungs-Potenzial und Milliarden-Kosten hätte niemand die Zulassung erteilt!

K Veränderung im KV-System? Sie haben es in der Hand!

von Gabriele Bleul

Rund 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Hessen haben sich bislang keinen KV-SafeNet-Anschluss zugelegt, so die Schätzungen. Eine Mehrheit ist offenbar gegen das umstrittene Netzwerk, das die KBV durchsetzen möchte und die KVH den Niedergelassenen aufzwingt.

Spricht man mit KV-Vertretern, hört man oft: „Die KBV will das so, es ist sowieso schon festgelegt, da konnten wir nicht anders abstimmen.“ Fest steht: Das höchste Entscheidungsgremium der KBV ist die Vertreterversammlung mit ihren 60 ehrenamtlichen Mitgliedern – das sind die Vorstände der KVen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es sind 24 Fachärzte, 24 Hausärzte, sechs Psychotherapeuten und sechs Mitglieder, die weder Arzt noch Psychotherapeut sind. Sie werden von den KVen für sechs Jahre gewählt. Also bestehen KBV und KVH aus gewählten Vertretern – da war was ... Demokratie? Daran erinnert uns so manch ein Politiker in den Gesprächen, die wir als Ärztevertreter oft führen: „Wieso beschweren Sie sich bei uns, die Ärzte ha-

ben doch ihre Vertreter selber gewählt?!“

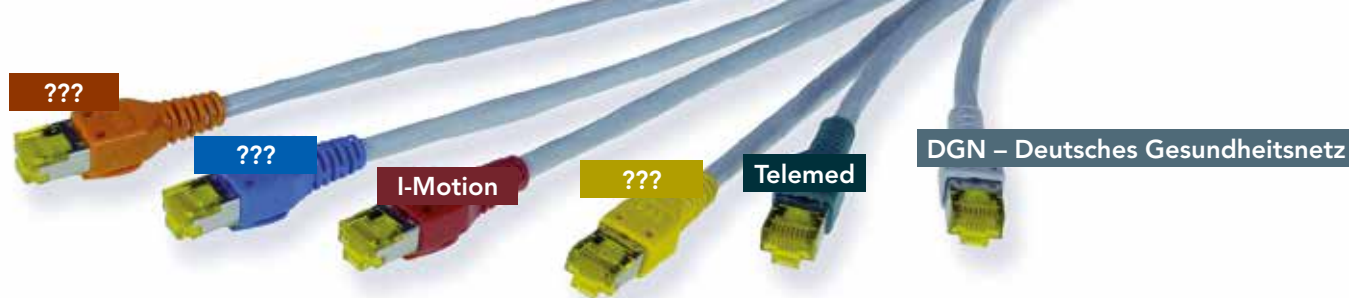
Dass Demokratie funktioniert, haben wir mit Hessenmed schon bewiesen: Erfolg hatte unser Einspruch bezüglich der Benachteiligung und der Wettbewerbsverzerrung beim § 116 b SGB V – das Gesetz wurde in Punkten, die wir beanstandet hatten, verändert und in der neuen Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berücksichtigt – ebenso wie Ärztenetze überhaupt. Nun setzen wir uns dafür ein, dass die Netze als Leistungserbringer anerkannt werden, damit die Versorgung der Patienten in der Region einfacher wird.



Gabriele Bleul, Geschäftsbesorgung des Vereins Hessenmed e.V., Vorstandsmitglied Gesundheitsnetz Osthessen eG, Geschäftsführerin Hessische Urologen Genossenschaft HUeG

Sie haben die Wahl!

Überdenken Sie Ihr Wahlverhalten bei der Vertreterwahl 2016!



Dschungel KV-SafeNet

Testbericht von Christoph Sucke

Christoph Sucke, niedergelassener Facharzt für Urologie und Aufsichtsratsmitglied der Hessischen Urologen eG (HUeG), wollte es wissen und hat für Hessenmed mehrere Angebote rund um KV-SafeNet recherchiert. Nach vielen, teils mehrfachen Telefonaten mit verschiedensten Firmen und Ansprechpartnern hier sein Vergleich und Fazit.

Generell gilt, verpflichtend wird ab der Quartalsabrechnung 03/2015 ein Zugang zum sicheren Netz der KV benötigt: Das sogenannte KV-SafeNet.

Die im Juni 2015 in der Hochglanzbroschüre angepriesenen digitalen Mehrwertdienste „KV-Connect“ stehen zum jetzigen Zeitpunkt in den Praxisverwaltungssystemen der breiten Masse noch gar nicht zur Verfügung und werden in jedem Fall zusätzliche Kosten für uns nach sich ziehen.

Die Angebote im Einzelnen:

DGN – Deutsches Gesundheitsnetz: Über ein spezielles, von Hessenmed (über MEDI GENO Deutschland) ausgehandeltes Angebot erhält man einen Router, die GUSbox S, für 30 Monate kostenlos und hat somit eine Ersparnis von 4,90 € pro Monat für diesen Zeitraum. Die Mindestvertragslaufzeit liegt bei 18 Monaten bei einem Monatspreis für den KV-SafeNet Zugang von 14,90 €. Diese Variante ist für Abrechnungszwecke ausreichend. Möchte man zusätzlich Dienste wie eine Faxfunktion des Routers nutzen, sollte man die monatlichen Zusatzkosten von 5,00 € (innerhalb des 30-Monatsangebotes, danach 9,90 € / Monat) für die benötigte GUSbox M2 sowie 3,00 € für zusätzlich vom DGN bereitgestellte Hardware beachten.

Der Vorteil bei DGN ist die gemietete Hardwareausstattung, die einerseits bei einem Defekt ersetzt wird, andererseits, sollte die Technik sich wie erwartet in den nächsten zwei Jahren ändern, einfach (aber vermutlich mit einem Preisaufschlag verbunden) ausgetauscht werden kann.

Zu beachten ist: Alle Preise bei DGN sind Nettopreise.

I-Motion: I-Motion ist der momentan günstigste Anbieter bezogen auf die monatlichen Kosten von 9,90 €. Auch gibt es eine kundenfreundliche monatliche Vertragslaufzeit, die aber leider schriftlich (auch auf mehrfache Nachfrage) zum jetzigen Zeitpunkt bei I-Motion bis auf die Erwähnung in einem Werbevideo nicht dokumentiert ist und nach Aussagen des Supports wohl auch nicht dokumentiert werden wird. Für die Hardware werden 179,00 € plus Versandkosten fällig. Zu beachten ist, dass bei I-Motion alle angegebenen Preise Bruttobeträge sind. I-Motion ist eine Tochterfirma der medatixx GmbH & Co. KG. Zu be-

merken ist, dass sich die Kommunikation mit I-Motion im Vorfeld schon recht aufwendig gestaltet hat.

Telemed: Hier gibt es ein Angebot für den Telemed F-Box KV-SafeNet-Zugang zum Monatspreis von 9,90 € statt 19,90 € brutto für die ersten 12 Monate sowie Wegfall der einmaligen Freischaltungsgebühr von 29,00 €. Das Telemed KV-SafeNet-Endgerät schlägt mit stolzen 535,00 € brutto einmalig zu Buche. Alle angegebenen Preise sind Bruttobeträge. Telemed ist eine Tochterfirma der CompuGroup.

Mein Fazit

Lasse ich das Angebot von Telemed aufgrund des hohen Preises für den Router außen vor, haben wir bei den beiden anderen Anbietern DGN und I-Motion nach 24 Monaten ungefähr die gleichen Kosten für Router und Zugang von ca. 425,00 € brutto. Somit ist zu diesem Zeitpunkt die „KV-Förderung“ von 450,00 € noch nicht ausgeschöpft.

Schwer zu beurteilen, weil völlig undurchschaubar sind die möglichen Zusatzkosten für laufende Wartungsarbeiten der Router. Hier wollte mir gegenüber keiner der Anbieter eine verbindliche Aussage geben.

Grundsätzlich reicht der „einfache“ Zugang zum KV-SafeNet für die Abrechnungsübertragung zum jetzigen Zeitpunkt aus.

Für die von der KV angepriesenen Mehrwertdienste werden in fast allen Fällen Zusatzkosten fällig, sei es für spezielle Router oder für Zusatzmodule in den Praxisverwaltungssystemen.

Die immer wieder als Mehrwert präsentierte 1-Click Abrechnung z. B. kostet bei unserem System (x.isynet) einen monatlichen Lizenzpreis von 9,90 €! Allein also unser Systemhaus möchte für die Bequemlichkeit eines Klickes statt zweier Klicks, die wir im Prinzip nur einmalig im Quartal ausführen, knapp 120,00 € jährliche Lizenzgebühren. Und das wird vermutlich nur der Anfang sein. Für die Übertragung von eArztbrief, eDokumentationen, Laboraten etc. und alle weiteren Zusatzdienste werden wir sicherlich mit weiteren Kosten zu rechnen haben.

FREIBERUFLICHKEIT

Garant für freie Arztwahl und hochqualitative medizinische Versorgung – und dennoch unter Dauerbeschuss

Von Olaf Hillenbrand

Niedergelassene Ärzte haben es alles andere als leicht. Im andauernden Spannungsfeld zwischen möglichst hochqualitativer Medizin und einer möglichst starken Begrenzung der Kosten des Gesundheitssystems erleben sie seit Jahrzehnten höchst empfindliche Einschränkungen bei der Ausübung ihres Berufes. Sie sehen sich einer Unmenge von Reglementierungen und bürokratischen Vorschriften ausgesetzt, können Patienten dank Budgetierungszwängen nicht behandeln, fürchten sich vor Regressdrohungen und sehen sich zunehmend einem Wettbewerb mit MVZ, Krankenhäusern und großen Healthcare-Konzernen ausgesetzt. Ein Wettbewerb, den sie dauerhaft nur dann bestehen können, wenn der Gesetzgeber Waffengleichheit unter den Akteuren schafft.

Stück für Stück haben sie in den vergangenen Jahren die niedergelassenen Ärzte verdrängt: Medizinische Versorgungszentren, einst als sinnvolle Ergänzung des ärztlichen Angebotes bezeichnet, sind sie weiterhin auf dem Vormarsch. Gab es 2011 noch 1.700 MVZ, waren es Anfang 2014 bereits 2006 MVZ, mehr als ein Drittel davon unter der Trägerschaft von Krankenhäusern, andere in der Hand von Kapitalfirmen und gewinnorientierten Investoren. Diese Entwicklung, verbunden mit einer andauernden Effizienzdiskussion, die den Eindruck erweckt, Kostenbegrenzung sei das höhere Gut im Vergleich zur Therapiefreiheit, hat bei vielen freiberuflichen Ärzten über die Jahre die Sorge wachsen lassen, dass dem Gesetzgeber die ärztliche Freiberuflichkeit längst ein Dorn im Auge sei und dass sie deshalb durch eine Fülle von Zwängen erstickt werden soll.

Während der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt der Satz „Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“ zugeschrieben wird, haben sich etliche Gesundheitspolitiker dazu bekannt –

freilich in der Regel ohne gleichzeitig für Bedingungen zu sorgen, die die freiberuflichen Ärzte nachhaltig stärken und ihnen die Berufsausübung erleichtern. Insofern vermochte das klare Bekenntnis der 2013 gewählten Regierung zur Freiberuflichkeit vermutlich nur bei wenigen Medizinern große Erleichterung auszulösen.



Ulla Schmidt

© Moritz Kosinsky

Versorgungsstärkungsgesetz: „Abrissbirne der ärztlichen Freiberuflichkeit“

Ärztevertreter billigten der Gesundheitspolitik der großen Koalition durchaus einen Vertrauenszuschuss zu, monierten aber von Anfang an, dass die im Koalitionsvertrag angekündigten Maßnahmen trotz einiger Schritte in die

„Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“ Quelle: Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom November 2013

richtige Richtung – etwa der verbindlichen Förderung von Ärztenetzen – wenig ambitioniert ausfielen. Spätestens mit der im Dezember 2014 vom Bundeskabinett verabschiedeten Vorlage des Versorgungsstärkungsgesetzes wurde deutlich, dass die große Koalition keine grundlegenden Reformen anstrebt. „Die Konstruktionsfehler des Gesundheitssystems bleiben bestehen, die Budgetierung festgeschrieben, feste Preise und die damit verbundene Planungssicherheit für niedergelassene Ärzte werden nicht angegangen. Stattdessen wird die Niederlassungsfreiheit durch einen verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen weiter eingeschränkt“, wie der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, feststellte – der das Versorgungsstärkungsgesetz prägnant als „Abrissbirne der ärztlichen Freiberuflichkeit“ bezeichnete.



Dr. Dirk Heinrich



In der Tat enthält das Maßnahmenpaket zahlreiche Punkte, in denen der Staat seinen Einfluss ausbaut, anstatt den freien Gesundheitsberufen mehr Freiheiten einzuräumen. Zudem steigen die bürokratischen Vorschriften und die Mittelabflüsse aus der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte nehmen weiter zu. Namentlich das Vorhaben einer Flexibilisierung der Selektivverträge nach § 73c geht eindeutig zulasten der Facharztverträge. Die Gleichstellung zwischen niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten wird damit aufgehoben. Die neue Regelung weitet den Kreis der möglichen Vertragspartner auf Krankenhäuser, Pflegeheime und Medizinproduktfirmen aus, die dann die Facharztverträge mit angestellten Ärzten auch ohne Facharztstandard abschließen. Dadurch würde die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich verschlechtert werden – ein weiterer Versuch in einer langen Reihe, die Einheit der niedergelassenen Ärzte aufzuspalten und diese im Endeffekt zu schwächen.

Um die Freiberuflichkeit zu stärken, wäre das genaue Gegenteil notwendig: Hartwig Kohl, der Vorsitzende des Bundesverbandes niedergelassener Fachärzte, nennt die Abschaffung der Budgetierung, feste angemessene Preise

für die ärztliche Arbeit, eine ärztliche Gebührenordnung von Ärzten für Ärzte sowie den Schutz der Freiberuflichkeit vor staatlichen und europäischen Eingriffen ein Muss für freiberufliche Mediziner. Und der FDP-Gesundheitsexperte Dr. Jan Dunker ist sich sicher: „Man kann klar erkennen, dass es in Richtung einer staatlich kontrollierten medizinischen Verwaltung der Bürger gehen soll. Das führt uns in ein Medizinsystem, welches sehr stark an die Polikliniken und Sprengelärzte der ehemaligen DDR erinnert.“



Hartwig Kohl

Gesundheitssystem profitiert von Freiberuflichkeit

Warum ist die Freiberuflichkeit von Ärzten von Vorteil? Ist dies vielleicht wirklich eine Ideologie? Bestreiten lässt sich nämlich kaum, dass auch angestellte Ärzte gute Arbeit leisten. Nicht wenige Mediziner starten ihre Berufskarriere im Angestelltenverhältnis. Gerade im Sinne einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird dies von jungen Ärzten häufig gewünscht. Auch lassen sich selbstverständlich Krankenhäuser und MVZ finden, deren Arbeit über jeden Zweifel erhaben ist.

Im Kern geht es bei der Debatte um die Freiberuflichkeit um Vertrauen und Verantwortung in einem extrem sensiblen, häufig existenziellen Lebensbereich. Wer krank zum Arzt geht, für den ist entscheidend, dass er einem Experten gegenübertritt, dem er vertraut und dem er sich anvertraut, der ihm frei von jedweden Zwängen die richtige Therapie zukommen lässt – und der die Verantwortung für sein Handeln übernimmt.



Dr. Stefan Pollmächer

Hessenmed-Vorstandsmitglied Dr. Stefan Pollmächer ist davon überzeugt, dass sich die systemischen Unterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten und MVZ auf die Behandlung der Patienten auswirken: „Ganz bewusst ist der Arztberuf ja kein Gewerbe, sondern ein freier Beruf. Denn Freiberuflichkeit garantiert die Unabhängigkeit beim Treffen von ärztlichen Entscheidungen“. Um seine ihm zugedachte Rolle als Anwalt des Patienten in allen gesundheitsrelevanten Fragen einnehmen zu können, soll der Arzt ausschließlich dem Wohl des Patienten verpflichtet sein.



Freiberuflichkeit garantiert Unabhängigkeit

Wesentlicher Baustein dabei ist ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ist dies gegeben, verfügt der Arzt neben seinem medizinischen Wissen über profunde Kenntnisse des Einzelfalles und entscheidet sich rein aus fachlicher Sicht für eine angemessene Therapie, für die er im Nachgang auch Verantwortung übernimmt. Gerade weil diese Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung so bedeutsam ist, wehren sich niedergelassene Ärzte so vehement gegen vor allem ökonomisch geprägte Eingriffe von Politik und Krankenkassen, da nicht-medizinische Faktoren die Verpflichtung zum Wohle des Patienten empfindlich unterlaufen. Lange Wartezeiten auf dringende Operationen und Behandlungen oder die Verweigerung bestmöglicher Therapiemittel mögen gewichtige und nachvollziehbare Gründe haben, widersprechen aber prinzipiell dem ärztlichen Ethos.

Aus dieser Perspektive sind angestellte Ärzte – auch wenn ihnen das möglicherweise nicht in jedem Fall bewusst ist – stets Zwängen unterworfen. Zwar setzen sie sich selbstverständlich auch für ihre Patienten ein, bewegen sich aber in

einem Arbeitszusammenhang, in dem sie von ökonomischen Sachzwängen – etwa der Rentabilität des MVZ, der Auslastung des Krankenhauses – deutlich stärker beeinflusst werden.

Staatliche Eingriffe und Sparmaßnahmen sowie die Kommerzialisierung der Medizin haben eines gemeinsam: Sie vermögen das gemeinsame Anliegen von Arzt und Patient – den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit – je nach Einzelfall mehr oder weniger zu beeinträchtigen. Ersteres ist kaum vollständig zu vermeiden, denn die Grundvoraussetzung eines jeden Gesundheitssystems ist dessen Finanzierbarkeit. Befördert der Kostendruck jedoch den Kommerzialisierungsdruck, dann steigt der Anreiz, Menschen mehr und mehr nach Shareholder-Value-Gesichtspunkten zu behandeln. Damit steigt auch der Anreiz für Krankenkassen, über Exklusivverträge ihren Einfluss auf die Versorgung auszuweiten und dabei die Wahl- und Behandlungsfreiheit der Patienten einzuschränken.

Freie Arztwahl: Mehr als ein Wohlfühlfaktor

Mit dem System freiberuflicher, unabhängiger Ärzte steht und fällt das kaum zu überschätzende Gut der freien Arztwahl. Über die freie Arztwahl hat der Patient die Möglichkeit, denjenigen Arzt zu konsultieren, von dem er sich bestmögliche Hilfe verspricht. Aus der Perspektive der Mediziner liegt es im wohlverstandenen Eigeninteresse, die Bindung zum Patienten durch eine gute und engagierte Behandlung zu erhalten und stärken.

Allerdings ist die freie Arztwahl weit mehr als ein bloßer Wohlfühlfaktor. Der Soziologe Prof. Christoph Hommerich hat den Zusammenhang von ärztlicher Ethik und Vertrauen beleuchtet. Er bezeichnet die Arzt-Patienten-Beziehung als die „entscheidende Situation im Zusammenhang mit der Sicherung des Zentralwerts Gesundheit“. Sie bedarf der ethischen Reflexion und der moralischen Regelbindung, weil sie für den Patienten riskant ist und dem Arzt außerordentliche Lasten und wiederum eigene Risiken auferlegt. Deswegen müssen Bedingungen geschaffen werden, unter denen Ärzte Verantwortung übernehmen und Verantwortlichkeit entwickeln können.“

Während der Patient sich dem Arzt anvertraut und ihm auch durch die Kontinuität dieser Beziehung zusätzliche Aspekte zur individuellen Behandlung gibt, muss der Arzt

ANZEIGE

ETL | ADVISA

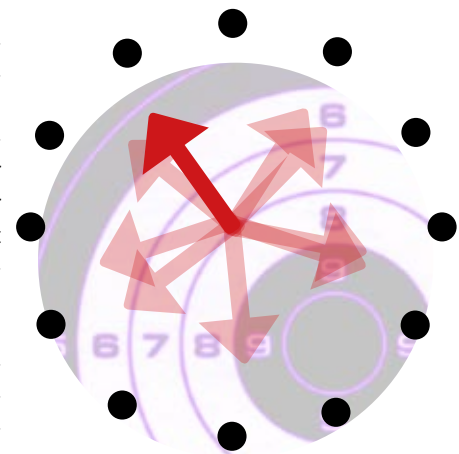
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Wir sind eine bundesweit tätige Steuerberatungsgesellschaft und bieten insbesondere den Berufsangehörigen der Heilberufe im Rahmen unserer Steuerberatertätigkeit neben den üblichen Leistungen folgende Tätigkeiten an:

- **Aufbau und Betreuung von Ärztenetzen**
- **Neue Versorgungsformen (BAG, MVZ, eG)**
- **steuerliche Behandlung von Direktverträgen**
- **steuerliche Prävention (USt, GewSt)**
- **Praxisvergleich**
- **Soll-Ist-Vergleich**
- **Analysen zur Praxisoptimierung**
- **Analysen zur Steuerersparnis, -vorsorge, -optimierung**

ADVISA Steuerberatungsgesellschaft mbH
 Marktstraße 13 · 35075 Gladenbach
 Telefon: (06462) 917245 · Fax: (06462) 917229
 info@advisa-gladenbach.de
 www.advisa-gladenbach.de

ETL | Qualitätskanzlei
 Ein Unternehmen der ETL Gruppe | www.etl.de



die für den Patienten kaum durchschaubare Komplexität auf dessen Bedürfnisse herunterbrechen können. Ein solcher Behandlungs- und Vertrauensprozess setzt aber voraus, dass der Arzt Entscheidungsspielräume hat, verantwortlich handelt und dabei unabhängig agiert.

Das System aus niedergelassenen Hausärzten, Landärzten und Fachärzten, flankiert von Krankenhäusern und ergänzenden MVZ, bietet bislang die Gewähr dafür, dass Patienten zu tragbaren Kosten individuell und vor allem im internationalen Vergleich gut versorgt werden. Dass die weitaus meisten freiberuflichen Ärzte ihren Beruf als Berufung ansehen, trotz Budgetzwängen und Regressdrohungen für ihre Patienten da sind und ein Engagement an den Tag legen, das oft weit über die Arbeitszeit einer Vollzeitstelle hinausgeht, ist eine direkte Folge ihrer Freiberuflichkeit. Und gleichzeitig bietet dies die Gewähr, dass in der alternden Gesellschaft Patienten sich im Wesentlichen auf „ihre“ Ärzte verlassen können.

In der Folge sind über 80 % der Bundesbürger weitgehend zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem und das obwohl die Debatten darüber sich vorwiegend um Sparzwänge und die mehr oder weniger gravierenden Einschränkungen drehen. Allerdings nehmen viele Patienten die schleichenden Abbau- und Verdrängungsprozesse noch nicht wahr. Wie stark das Interesse der Patienten an der Beibehaltung des Vertrauensverhältnisses zu ihrem Arzt ist, zeigte vor zwei Jahren eine Volksabstimmung in der Schweiz. Rund drei Viertel der Eidgenossen lehnte eine Vorlage ab, die die Freiheit ihrer Arztwahl zugunsten von Managed-Care-Modellen beeinträchtigt hätte.

Potenziale ausschöpfen statt abbauen

„Schaut man einmal über die Grenzen, dann findet man etliche Beispiele dafür, wie die ärztliche Versorgung sowohl unter immensen staatlichen Eingriffen als auch unter der Degradierung zur reinen Dienstleistung leidet“, sagt Hessenmed-Vorstand Dr. Jörg Simon. „Wenn es wirklich um die Gesundheit der Patienten geht – und das unterstelle ich mal –, dann wäre es aus meiner Erfahrung produktiver und auch volkswirtschaftlich effizienter, die Stärken unserer medizinischen Versorgung schrittweise weiterzuentwickeln, anstatt sie immer stärker von fachfremden Einflüssen bestimmen zu lassen“.



Dr. Jörg Simon

Wie dies konkret aussieht, das leben die bei Hessenmed organisierten Gesundheitsnetze tagtäglich vor. Längst sind an die Stelle des Arztes als Einzelkämpfer Gemeinschaftspraxen, Verbünde und Netze getreten, die den



Patienten ein umfassendes Behandlungsangebot machen können. Längst kooperieren niedergelassene Ärzte und Landkreise miteinander, um die Versorgung auch im ländlichen Bereich zu sichern. Auch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren funktioniert. Vereinzelt gründen Gesundheitsnetze sogar MVZ, um einen akuten Versorgungsmangel in der Fläche wirksam zu bekämpfen. Überdies bietet kein anderer gesundheitspolitischer Akteur den Patienten eine vergleichbare Fülle an Beratungs- und Informationsangeboten sowie integrierten Behandlungsmöglichkeiten.

Dass sie sich dem Wettbewerb im Gesundheitssystem stellen müssen, ist für niedergelassene Ärzte allein schon aufgrund ihrer Freiberuflichkeit selbstverständlich. Der Verbund der hessischen Ärztenetze hat darauf immer wieder hingewiesen. Dies funktioniert in einem komplexen System aber nur, wenn sachfremde Einflüsse von der ärztlichen Entscheidungsfreiheit getrennt werden und wenn endlich Wettbewerbsgleichheit zwischen den konkurrierenden Akteuren hergestellt wird.

ANZEIGE



Praxisbedarf
Praxiseinrichtung
Notfallmedizin

Werner-Heisenberg-Str. 13
52477 Alsdorf
Telefon 0 24 04/94 11-0
Telefax 0 24 04/94 11-11
info@tpm-alsdorf.de
www.tpm-alsdorf.de

Lange Wartezeiten

Freie Arztwahl ist in anderen Ländern keine Selbstverständlichkeit. Welchen Arzt ein Patient aufsuchen darf, darüber entscheidet in einigen Ländern der Wohnort, in anderen der Krankenversicherungsstatus. Auch der direkte Gang zum Facharzt ist ein Privileg, das die Deutschen nicht mit vielen teilen. In etlichen Ländern führt der Weg zwingend über den Hausarzt. Dabei kommt es gerade in staatlich organisierten Gesundheitssystemen zu Wartezeiten, die trotz aller Diskussionen zum Thema hierzulande kaum vorstellbar sind.



GROSSBRITANNIEN Der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) organisiert die Versicherung sämtlicher Einwohner des Vereinigten Königreiches. Einkommensunabhängig haben diese freien Zugang zur medizinischen Versorgung. Finanziert wird

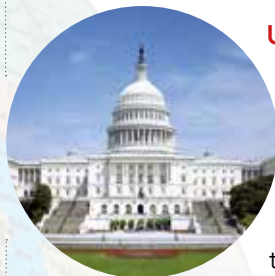
dies aus dem Steuersystem sowie zu einem kleinen Teil aus Zuzahlungen. Der britische Patient durchläuft ein Lotsensystem, bei dem er zuerst einen Hausarzt seines Bezirks aufsucht, der ihn bei Bedarf an einen Facharzt überweist. Nur durch eine Zusatzversicherung kann der Patient freie Arztwahl erkaufen. Fachärzte praktizieren in Großbritannien fast ausschließlich in Kliniken – private Kliniken können allerdings nur von Selbstzahlern oder Inhabern einer Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden. In öffentlichen Krankenhäusern dagegen kommt es teilweise zu erheblichen Wartezeiten. Auch im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wird von teilweise jahrelangen Wartezeiten berichtet. Unter der konservativen Regierung Cameron hat es mehrere Ansätze gegeben, mehr Wettbewerb in das System zu integrieren – und unter anderem die Mitspracherechte der Patienten bei der Einweisung in eine Klinik zu stärken.



SCHWEDEN: Das staatlich geprägte, steuerfinanzierte Krankenversicherungssystem Schwedens ist in den vergangenen Jahrzehnten aus Kostengründen schrittweise umgebaut worden. Dabei spielen Eigenbeteiligung und Privatisierung eine erhebliche Rolle. Die Versorgung wird öffentlich finanziert, ist für jeden zugänglich und die ambulante Versorgung liegt in

der Entscheidungskompetenz der Landtage. Privat praktizierende Ärzte sind in dieses System eingebunden. Zentrales Problem sind die teilweise erheblichen Wartezeiten. Die Regierung reagierte mit einer Kontaktregelung. Demnach soll ein Allgemeinarzt innerhalb von sieben, ein Facharzt innerhalb von 90 Tagen aufgesucht werden können. Erst seit 2003 verfügen Patienten über das Recht, ambulant Ärzte unabhängig von ihrem Wohnsitz frei zu wählen. Patienten in Schweden werden dazu angehalten,

Krankheiten nach telefonischer Beratung selbst zu behandeln, bevor sie einen Arzttermin erhalten. Zahnärztliche Leistungen sind vom staatlichen System ausgenommen. Schweden kommen im Durchschnitt mit drei Arztkontakten pro Jahr aus.



USA: Das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten ist geprägt von einem hohen Kommerzialisierungsgrad. Krankenversicherungen werden entweder über den Arbeitgeber abgeschlossen oder müssen bei privaten Anbietern individuell aus verschiedenen Leistungsmodulen zusammengestellt

werden. Gegen Aufpreis ist auch die Vereinbarung freier Arztwahl möglich; üblich ist aber die Beschränkung auf einen Arztverbund, mit dem der Versicherungsträger einen Vertrag abgeschlossen hat. Lassen sich Patienten außerhalb solcher Netzwerke behandeln, kommt die Versicherung dafür nicht oder nur teilweise auf. Wechselt die Versicherung die Vertragspartner oder der Patient seine Krankenversicherung, kann dies den Verlust der vertrauten Ärzte oder Krankenhäuser bedeuten. Auch bei Notfällen müssen Patienten vorab eine Genehmigung für die Behandlung bei einem „fremden“ Arzt oder Krankenhaus einholen. Die hohen Kosten und komplizierten Bedingungen der US-Krankenversicherung führen bei vielen Versicherten zu hohen Selbstbeteiligungen – mehr als ein Drittel der Erwachsenen geben an, notwendige oder empfohlene Behandlungen aus Kostengründen nicht durchführen zu lassen.



AUSTRALIEN: Die staatliche Krankenversicherung Medicare organisiert die ärztliche Grundversorgung sämtlicher Australier. Mit 1,5-2,5 % des steuerpflichtigen Einkommens sind die Beiträge aus deutscher Sicht günstig, umfassen jedoch nicht sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung. In der

Regel sind Besuche beim Allgemeinarzt sowie Krankenhausaufenthalte kostenlos. Für die Kostenübernahme

entscheidend ist, dass Patienten von Medicare zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser aufsuchen. Für Patienten in Australien ist es ratsam, Kostenanteil und Erstattungsfähigkeit jeder ärztlichen Handlung vorab zu klären, um bei der Erstattung keine bösen Überraschungen zu erleben. Um einen Termin beim Facharzt zu bekommen, müssen Patienten vorher einen Allgemeinarzt aufsuchen und eine Überweisung erhalten. Problematisch in Australien sind lange Wartezeiten. Um die Leistungsfähigkeit des überlasteten Systems zu sichern, wurde neben dem öffentlichen ein privater Gesundheitssektor etabliert. Viele Australier sind zusätzlich privat krankenversichert und werden in privaten und öffentlichen Krankenhäusern als Privatpatienten behandelt. Zudem decken die Vertragspakete privater Krankenversicherungen solche Leistungen ab, die im öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen sind, etwa augen- und zahnärztliche Behandlungen.



SCHWEIZ: Obligatorisch für alle Bürger ist eine Grundversicherung, die im Krankenversicherungsgesetz

vorgesehenen gesetzlichen Leistungen umfasst. Zwar gibt es keine staatliche Krankenkasse, jedoch sind alle Versicherungen zu den gleichen Bedingungen gesetzlich zur Aufnahme jedes antragstellenden Patienten verpflichtet. Darüber hinaus können individuell Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Grundsätzlich herrscht in der Schweiz freie Arztwahl. Allerdings wurden die Kosten nur nach dem Tarif des Wohn- oder Arbeitsortes vergütet. Ende 2014 wurde eine Gesetzesänderung auf den Weg gebracht, die die ambulante freie Arztwahl in der ganzen Schweiz sowie im benachbarten Ausland mit voller Kostenübernahme ermöglicht. Wie in Deutschland gibt es Modelle der integrierten Versorgung, bei der die Patienten einen geringeren Selbstbehalt leisten müssen. Über ein Fünftel der Versicherten verzichtet durch eine HMO- oder Hausarzt-Versicherung zugunsten niedrigerer Prämien auf die freie Arztwahl. Ein verpflichtendes Managed-Care-Modell wurde 2012 in einer Volksabstimmung abgelehnt. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz die zweithöchsten Gesundheitsausgaben auf.

ANZEIGE

alles gute :) stada-diagnostik.de

Unser Kleinstes

**STADA GLUCO RESULT
TO GO®PLUS: Für unterwegs**



- ☒ dezent: nur 4 cm groß
- ☒ kompakt: auf der Teststreifendose zu befestigen

Unser Testsieger*

**STADA GLUCO RESULT®:
Für zuhause**



- ☒ hervorragend: beste Messgenauigkeit, bestes B-Gerät*

*Testsieger in der Kategorie Genauigkeit der Messung mit dem Urteil „Sehr Gut“ (1,4), bestes B-Gerät in der Ausgabe 7/2012 der Stiftung Warentest

Unser Service für Sie: Info-Hotline: 06101 603 9000 • E-Mail: diabetes@stada.de
STADAPharm GmbH, Stadastr. 2-18, 61118 Bad Vilbel

STADA

FREIBERUFLICHKEIT

Ein gutes Modell

Wie niedergelassene Ärztinnen Beruf, Familie und eigene Praxis unter einen Hut bringen

Von Irene Graefe

Ärztin, Familie, eigene Praxis: Vielleicht klingt das zunächst wie ein Widerspruch, denn: Wie sollen bei hohem Arbeitseinsatz und viel Verantwortung in der Freiberuflichkeit Praxis und Privatleben unter einen Hut passen? „Es geht und es ist für mich sogar ein gutes Modell.“ So oder ähnlich antworteten drei niedergelassene Medizinerinnen dem Hessenmed-Magazin. Keine von ihnen möchte wieder angestellt arbeiten.

Der Zukunftsplan von Dr. Silvia Steinebach schien klar. Eine Laufbahn in der Intensivmedizin/Kardiologie an einer Klinik, das war ihr Ziel. Doch es kam anders für die Fachärztin für Innere Medizin und für Kardiologie. Eine private Entscheidung bewog sie, alles noch einmal zu überdenken. „Meine Frau und ich wollten



Dr. Silvia Steinebach

Kinder haben und wir suchten nach einem Konstrukt, in dem wir alles unterbringen können“, erzählt die 37-Jährige. Und so kam es, dass ihre Landärztin Dr. Renate Strupp mit ihren wiederholten Nachfragen doch noch auf offene Ohren bei Steinebach stieß. Sie suchte seit Langem eine Nachfolge für ihre Praxis in Hainzell, etwas westlich von Fulda.

„Also habe ich mir das doch mal angeguckt“, und was Steinebach dort vorfand, gefiel ihr. Praxis und Wohnung sind im selben Haus untergebracht. Der Kindergarten

liegt um die Ecke und nimmt Kinder ab einem Jahr auf. Für später ist eine Grundschule am Ort. „Wir haben einen sehr engagierten Bürgermeister hier, der bewusst junge Familien anspricht“, berichtet die Medizinerin, die nun seit zwei Jahren (1. April 2013) Landärztin ist. Kind Nummer zwei ist gerade zur Welt gekommen. Vier Wochen nach der Geburt wird sie wieder arbeiten und ihre Partnerin geht in Elternzeit. Für die beiden Mütter ist es praktisch, dass sich Arbeiten und Leben im selben Haus abspielen.

„Abstand ist mit wichtig“

Judith Wiegand möchte lieber nicht direkt neben der Praxis wohnen und genießt den „gesunden Abstand“ zu ihrem eigenen Arbeitsplatz. „Abstand ist mir wichtig. Wobei die Patienten sehr rücksichtsvoll sind. Es ist selten, dass jemand sich an meiner Privatadresse meldet.“ Wiegand kannte aus vielen Praxisvertretungen die Arbeitswelt von niedergelassenen Ärzten sehr gut, bevor sie vor zwei Jahren in eine Berufsausübungsgemeinschaft in der Praxis eines Kollegen eintrat. Am 1. Januar 2015



hat sie die Praxis übernommen, ist in neue Praxisräume zwei Häuser weiter umgezogen, der bisherige Inhaber arbeitet für den Übergang im Moment noch mit. Für die 46-Jährige war es genau jetzt der richtige Zeitpunkt, in die Selbstständigkeit zu gehen. Die beiden Kinder (15 und 18) sind aus dem Größten raus. „Mit Kleinkindern wäre es nicht gegangen, zumal nicht, wenn ich allein in einer Praxis gewesen wäre. Es war schon in der Klinik schwierig genug, wenn eines der Kinder krank war“, erinnert sie sich.



© privat

Dr. Sabine Frohnes

Bei Kollegin Dr. Sabine Frohnes (40) in Kassel springt in solchen Fällen ihr Mann ein. Als sie die Innenstadtpraxis ihrer Mutter vor drei Jahren (1. Juli 2012) übernahm, waren ihre Kinder fünf und acht Jahre alt. Ihr Mann hat seine freiberufliche Tätigkeit weitestgehend an die Familienarbeit angepasst. Anders

ginge es gar nicht. An zwei Tagen in der Woche ist Frohnes erst gegen 19 Uhr zu Hause. Zwei Tage arbeitet sie kürzer. Freitags übernimmt sie keine Sprechstunde, um in Ruhe die Büroarbeit erledigen zu können.

Pluspunkt: Flexibel arbeiten zu können

Flexibel arbeiten zu können ist für die drei befragten Ärztinnen ein gewichtiger Pluspunkt der Selbstständigkeit. Möglich ist das nur im Team. Frohnes hat eine angestellte Kollegin, Fachärztin für Allgemeinmedizin, übernommen. Gerade ist eine weitere Kollegin aus ihrem Bekanntenkreis, ebenfalls Fachärztin für Allgemeinmedizin, für jeweils einen Vormittag in der Woche hinzugekommen. Beide angestellten Kolleginnen haben Kinder und die drei Hausärztinnen sprechen sich wegen der Arbeitszeiten präzise ab.

„... nicht als Einzelkämpferin tätig sein“

Ähnlich ist es bei Silvia Steinebach in Hainzell. Ihre Vorgängerin, Allgemeinärztin mit zwei nunmehr erwachsenen Kindern, muss zwar ihre Arbeitszeit nicht mehr so stark nach der Familie richten. Wohl aber die zweite angestellte Kollegin, eine Internistin. Ihre Kinder sind ein und vier Jahre alt. Sie arbeitet in Gleitzeit und fängt etwas später morgens an, damit der Nachwuchs noch von ihr in Kindergarten geschickt werden kann. „Wir versuchen, die Arbeitszeit so gut es geht an die Bedürfnisse der Kollegin als Mutter anzupassen“, sagt ihre Chefin. Auch wenn Kinder nicht mehr eine solche Rolle spielen, sind Judith Wiegand die Absprachen zwischen ihr und ihrem Kollegen wichtig. „Die Chemie muss stimmen, es muss fachlich und persönlich passen, sonst ist es schwierig, miteinander zu arbeiten“, ist Wiegand überzeugt. Wie auch ihre Kolleginnen in Hainzell und Kassel will sie nicht als Einzelkämpferin tätig sein. Den kurzen Austausch zwischendurch, das breitere Angebot für die Patienten möchte sie nicht missen.

Deswegen ist sie auf der Suche nach einem angestellten Kollegen, zunächst in Teilzeit mit der Option, später miteinzusteigen. „Ich hätte gerne jemanden mit im Boot, habe aber bislang noch niemanden gefunden“, erzählt Wiegand. Über Praxisbörsen, kassenärztliche Vereinigung und persönliche Kontakte hat sich bislang nichts ergeben. Gerne würde sie einen Mann mit an Bord nehmen, weil „wir dann ein größeres Spektrum anbieten können“. Manche Patienten würden eine Frau oder eben einen



Mann als Behandler bevorzugen. Natürlich würde sich Wiegand ebenso über eine passende Mitstreiterin freuen. Die sucht auch Silvia Steinebach – bislang erfolglos – und lacht: „Jetzt habe ich die Probleme meiner Vorgängerin.“

Zwar hat die frühere Praxisinhaberin zugesagt, so lange zu bleiben, bis eine dritte Kollegin oder ein dritter Kollege gefunden ist, doch Steinebach würde die Vakanz gerne schnell beenden. Und klar ist: Eine dritte Kraft ist in der Landarztpraxis dringend nötig. „Wir halten den Betrieb zu dritt bei etwa 2.000 Patienten im Quartal gerade so aufrecht.“ Hausbesuche machen es manchmal schwierig, weil die entsprechende Kollegin dann in der Praxis fehlt. Da die beiden angestellten Ärztinnen in Fulda wohnen, versuchen sie, so viele Hausbesuche wie möglich auf ihrer Hin- oder Rückfahrt zu erledigen. Insgesamt umfasst Steinebachs Team die drei Ärztinnen, acht Arzthelferinnen (teilweise in Voll-, Teil- und Elternzeit), eine Reinigungskraft und ab August eine Auszubildende.



Mehr Raum für eigene Strukturen

„Es ist eine intensive Arbeit und es ist viel Arbeit“, beschreibt Landärztin Steinebach ihren Job und fügt sofort hinzu, „es macht mir Spaß!“ Das Dreierteam versteht sich gut und „ich habe in meiner eigenen Praxis viel mehr Möglichkeiten, zu gestalten und eigene Strukturen aufzubauen“. Struktur heißt für Steinebach unter anderem: Donnerstags morgens ist Bürozeit, zu Stoßzeiten sind immer zwei Kolleginnen in der Praxis. „Die Work-Life-Balance ist vielen jüngeren Kollegen wichtig. Hier ist der Life-Anteil nicht so groß.“ Abrechnungen seien eben auch mal am Wochenende dran. Und ab und an stehe ein Patient vor der privaten Tür. Das sei eben so, wenn Praxis und Wohnung unter einem Dach liegen.

Steinebach vergleicht ihre Arbeit mit der früheren in der Klinik: „Im Krankenhaus stehen die Patienten nicht so im Mittelpunkt. Hier bei mir kann ich das anders machen.“ Ein Aspekt, den auch Sabine Frohnes als Vorteil der Selbstständigkeit sieht. „Nach drei Jahren kenne ich viele meiner Patienten gut. Sie schenken mir Vertrauen. Und ich sehe die Ergebnisse meiner Behandlung.“ Fast keine Dienste, außer denen in der Arztnotrufzentrale, keine starren Krankenhaushierarchien: Das schätzt Frohnes sehr. Dazu komme die Freiheit, eigene Überzeugungen umsetzen zu können, „je länger ich im Beruf bin, desto wichtiger ist mir das“.

Steinebach vergleicht ihre Arbeit mit der früheren in der Klinik: „Im Krankenhaus stehen die Patienten nicht so im Mittelpunkt. Hier bei mir kann ich das anders machen.“ Ein Aspekt, den auch Sabine Frohnes als Vorteil der Selbstständigkeit sieht. „Nach drei Jahren kenne ich viele meiner Patienten gut. Sie schenken mir Vertrauen. Und ich sehe die Ergebnisse meiner Behandlung.“ Fast keine Dienste, außer denen in der Arztnotrufzentrale, keine starren Krankenhaushierarchien: Das schätzt Frohnes sehr. Dazu komme die Freiheit, eigene Überzeugungen umsetzen zu können, „je länger ich im Beruf bin, desto wichtiger ist mir das“.



Breites Spektrum

„Das persönliche Betreuen meiner Patienten – junge wie ältere –, die längerfristigen Beziehungen zu ihnen und ihren Familien“ wiegen für Judith Wiegand ein Stück weit auf, dass der Schritt in die Selbstständigkeit finanziell „schon fast unrentabel“ sei, „in der Klinik, inklusive der Dienste, wäre es mehr“. Doch Wiegand möchte sich nicht mehr die Nächte um die Ohren hauen. Außerdem reizt sie das breitere Spektrum an medizinischen Fragestellungen, dem sie in ihrer Hausarztpraxis begegnet. Selbst entscheiden zu können – ob es um die Gestaltung der Praxisräume nach dem Umzug, um die technische Ausstattung mit Geräten oder die fachliche Ausrichtung ihres Angebotes geht –, das ist es, was Wiegand jetzt genießt. „Seine Stärken verfolgen und



ÜBERLEGENHEIT
bei
Schlaganfällen/
systemischen
Embolien
vs. Warfarin¹

ÜBERLEGENHEIT
bei
schweren
Blutungen
vs. Warfarin¹

Eliquis
Apixaban

ELIQUIS® VERBINDET BEIDES

ELIQUIS® bietet eine signifikante Reduktion von Schlaganfällen/systemischen Embolien und schweren Blutungen vs. Warfarin.^{1,2}

ELIQUIS® (Apixaban): Ein oraler direkter Faktor-Xa-Inhibitor, der zur Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Vorhofflimmer-Patienten mit einem oder mehreren Risikofaktoren angezeigt ist, wie Schlaganfall oder transitorische ischämische Attacke (TIA), Alter ≥ 75 Jahre, Hypertonie, Diabetes mellitus, symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse ≥ II).²

*Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren.

† Schwere Blutungen und Gesamtmortalität waren die wichtigsten sekundären Endpunkte in der ARISTOTLE-Studie und sind entsprechend einer vorab festgelegten hierarchischen Test-Strategie getestet worden, um den Typ-I-Fehler in der Studie möglichst niedrig zu halten.

Literaturangaben: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992. 2. ELIQUIS® (Apixaban) Fachinformation.

Eliquis 2,5 mg Filmtabletten, **Eliquis 5 mg** Filmtabletten. **Wirkstoff:** Apixaban. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 2,5 mg bzw. 5 mg Apixaban. Sonst. Bestandteile: Lactose, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Titandioxid, Triacetin, Eliquis 2,5 mg zusätzlich: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O; Eliquis 5 mg zusätzlich: Eisen(III)-oxid. **Anwendungsgebiete:** Prophylaxe v. Schlaganfällen u. systemischen Embolien bei erw. Pat. mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern u. einem o. mehreren Risikofaktoren, wie Schlaganfall o. TIA in der Anamnese, Alter ≥ 75 Jahren, Hypertonie, Diabetes mellitus, symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA Klasse ≥ II). Behandlung v. tiefen Venenthrombosen (TVT) u. Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe v. rezidivierenden TVT und LE bei Erw. Eliquis 2,5 mg zusätzlich: Prophylaxe venöser Thromboembolien bei erw. Pat. nach elektiven Hüft- o. Kniegelenkersatzoperationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff o.d. sonst. Bestandteile; akute klinisch relevante Blutung; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie u. einem klinisch relevanten Blutungsrisiko verbunden sind. Läsionen o. klinische Situationen, falls sie als signifikanter Risikofaktor für eine schwere Blutung angesehen werden (z.B. akute o. kürzl. aufgetretene gastrointestinale Ulzerationen, maligne Neoplasien m. hohem Blutungsrisiko, kürzl. aufgetretene Hirn- o. Rückenmarksverletzungen, kürzl. erfolgte chirurgische Eingriffe an Gehirn, Rückenmark o. Augen, kürzl. aufgetretene intrakranielle Blutungen, bekannte o. vermutete Ösophagusvarizen, arteriovenöse Fehlbildungen, vaskuläre Aneurysmen o. größere intraspinale o. intrazerebrale vaskuläre Anomalien. Gleichzeitige Anwendung anderer Antikoagulanzen z.B. unfractionierte Heparine, niedermol. Heparine, Heparinderivate, orale Antikoagulanzen außer bei Umstellung der Antikoagulation von o. auf Apixaban o. unfractioniertes Heparin in Dosen, um die Durchgängigkeit e. zentralvenösen o. arteriellen Katheters zu erhalten. **Nebenwirkungen:** Häufig: Anämie; Blutungen am Auge (einschließlich Bindehautblutung); Blutungen, Hämatome; Epistaxis; Übelkeit; Gastrointestinale Blutung; Rektalblutung; Zahnfleischblutung; Hämaturie; Kontusion. Gelegentlich: Thrombozytopenie; Überempfindlichkeitsreaktionen, allergisches Ödem, anaphylaktische Reaktion; Gehirnblutung; Hypotonie (einschließlich Blutdruckabfall während des Eingriffs); Intraabdominalblutung; Hämoptyse; Hämorrhoidalblutung, Blutung im Mundraum, Hämatochezie; Erhöhung der Transaminasen, erhöhte Aspartat-Aminotransferase, erhöhte γ-Glutamyltransferase, abnormale Leberfunktions Tests, erhöhte Blutwerte für alkalische Phosphatase, erhöhte Blutwerte für Bilirubin; Hautausschlag; Abnormale vaginale Blutung, urogenitale Blutung; Blutung an der Applikationsstelle; Okkultes Blut positiv; Postoperative Blutung (einschließlich postoperatives Hämatom, Wundblutung, Hämatom an Gefäßpunktionsstelle und Blutung an der Kathetereinstichstelle), Wundsekretion, Blutungen an der Inzisionsstelle (einschließlich Hämatom an der Inzisionsstelle), intraoperative Blutung; Traumatische Blutung, Blutung nach einem Eingriff, Blutung an einer Inzisionsstelle. Seltene: Blutung der Atemwege; Retroperitoneale Blutung; Muskelblutung; Weitere Hinweise: siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 3DH Vereinigtes Königreich. **Stand:** Q3/2014

ausbauen zu können in einem Maß, wie es in der Klinik nicht möglich ist“, ist für sie ein starkes Argument für die Selbstständigkeit.

Wiegand übernimmt in ihrer neuen Aufgabe als Chefin gerne die Führung in ihrem Team von fünf Mitarbeiterinnen inklusive Raumpflegerin und ihrem Kollegen. „Das kann ich in der Klinik nicht so individuell gestalten“, sagt sie. Sabine Frohnes findet es manchmal anstrengend, neben ihren beiden Kolleginnen einer ebenfalls fünfköpfigen Mannschaft vorzustehen. „Es gibt Zeiten, da frage ich mich schon, warum ich denn für alles zuständig bin: reibungslose Arbeit im Team, defekte Toiletten, Probleme mit den PCs“, gibt sie zu. Einen Hausmeister oder ein Mädchen für alles gibt es eben in so einem kleinen Betrieb nicht. Aber letztendlich überwiegt auch bei ihr die Freude am selbstständigen Gestalten.

„Mitarbeiterführung, Organisation einer Praxis, betriebswirtschaftliche Grundlagen: All das haben wir im Studium ja nicht gelernt“, gibt die Kasseler Hausärztin zu bedenken. Deshalb engagiert Frohnes sich in einer Arbeitsgruppe des Deutschen Hausärzteverbands. Gemeinsam mit fünf Kolleginnen und Kollegen bereitet sie eine bundesweit laufende Seminar- und Vortragsreihe zu Personalführung, Finanzierung einer Praxis, KV-System und weiteren Themen vor. „Diese Kontakte zu anderen: Das ist es, was immer wieder trägt. Manchmal tut es einfach gut zu sehen, dass es anderen genauso geht, dass das ständige Auf und Ab ganz normal ist.“

Netzwerken, um in der Selbstständigkeit zu bestehen

Netzwerken ist für Silvia Steinebach ebenfalls ein wichtiges Element, um in der Selbstständigkeit zu bestehen. „Ich bin überzeugtes Mitglied im Gesundheitsnetz Osthessen. Kontakte zu Kollegen sind immer hilfreich“, auch wenn es um die Suche nach dem dritten Arzt/der dritten Ärztin für ihre Praxis geht. Steinebach – sie hat eine zwölfmonatige Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin – probiert alles: persönliche Beziehungen, Kontakte zu Kollegen in der Klinik, Mund-zu-Mund-Propaganda.

Für Steinebach steht fest: „Ich würde den Schritt in die eigene Praxis wieder gehen. Ich halte durch!“ Die gesteigerte Lebensqualität überwiege manche Strapazen des Chefinnen-Daseins und finanzielle Überlegungen. Frohnes ist überzeugt, dass „mein Beruf immer gebraucht wird“.

Diese Sicherheit sei schon fast ein Luxus, wenn sie an die beruflichen Sorgen mancher ihrer Patienten denke, die Probleme am Arbeitsplatz haben oder gar arbeitslos sind. Die Sorge vor dem Regress sei zwar nicht vollkommen gewichen, aber sie schätze sie als „ein diffuses Schreckgespenst, das im Alltag nicht prägend ist“, ein. Wiegand hält das finanzielle Risiko der Praxisübernahme für überschaubar. „Ich habe bestehende Strukturen übernommen, wir haben neue Patienten hinzugewonnen“, lautet ihr Fazit nach einem Vierteljahr. Nachdem ihre Kinder nun schon groß sind, „ist jetzt die Praxis mein Baby!“



Bundesweit einmaliger Vertrag

PriMa hat geschafft, was kaum einer für möglich gehalten hat: Die Marburger Ärztenossenschaft hat mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) für den Standort Marburg einen Vertrag über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des § 116b abgeschlossen. Damit ist es bundesweit zum ersten Mal gelungen, Leistungen, die nach der Vorgabe des SGB V eigentlich von der ermächtigten Ambulanz zu erbringen sind, die aber im niedergelassenen Bereich erbracht werden, auf Basis des EBM honoriert zu bekommen.

In den nach § 116b SGB V ermächtigten Ambulanzen werden Patienten betreut, die z. B. an MS oder onkologischen Erkrankungen leiden. Einmal dort eingeschrieben, können sie ohne weitere Überweisung für drei Jahre in der Ambulanz behandelt werden. Bisher war es üblich, dass die Ambulanzen den Patienten mitteilten, sie mögen bestimmte Kontrollen am Heimatort durchführen lassen. Diese waren vor Ort aber nicht abrechnungsfähig. Um die ohnehin schwer kranken Patienten nicht wieder in die Ambulanzen zurückschicken, sind so unendlich viele Untersuchungen ohne Bezahlung von den Niedergelassenen erbracht worden. Einige Kolleginnen und Kollegen haben zwar Privatrechnungen an die jeweiligen Ambulanzen geschickt, die Zahlungsmoral ließ allerdings sehr zu wünschen übrig.

Mit der neuen Regelung werden die Leistungen nun von der § 116b-Ambulanz konkret angefordert und nach Maßgabe des EBM von dort auch vergütet. Der Beitritt zu diesem Vertrag steht allen interessierten Kolleginnen und Kollegen offen. Die KV Hessen hat ihn geprüft und will ihn aufgrund seiner besonderen Bedeutung öffentlich machen.



Was
ändert
sich
nun?

© AOK-Mediendienst

Versorgungsstärkungsgesetz

Ärztevertreter laufen weiterhin Sturm gegen das am 11. Juni 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene Versorgungsstärkungsgesetz. Das heftig umstrittene Gesetz sieht eine stärkere Regulierung der ärztlichen Selbstverwaltung vor. Ob die ärztliche Versorgung dadurch tatsächlich gestärkt werden kann, ist fraglich.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ verfolgt die Bundesregierung nach eigener Bekundung das Ziel, das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung zu verbessern und zukunftsfest zu machen. Vor allem in ländlichen Räumen soll der absehbaren medizinischen Versorgungslücke ein breites Bündel von Maßnahmen entgegengestellt werden.

Niedergelassene Ärzte: „Rückgrat der ambulanten Versorgung!“

In der Bundestagsdebatte vom 5. März bezeichnete die Bundesregierung die niedergelassenen freiberuflichen Ärzte als „Rückgrat unserer ambulanten Versorgung“. Diese Ansicht findet sich in dem neuen Gesetz nicht wieder, so sieht es die betroffene Ärzteschaft: Ärzteorganisationen und die KBV vertreten die Auffassung, das Paket schädige die derzeitigen Strukturen der ambulanten Versorgung und stärke Krankenhäuser und MVZ.

Ziele des neuen Gesetzes

Erklärtes Ziel des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ist es, angesichts des Wandels in der Gesellschaft und der sich verändernden Lebensbedingungen auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Das VSG ähnelt seinem Vorgänger, dem Versorgungsgesetz, und sieht eine breite Palette von Maßnahmen vor, die sich im Wesentlichen drei Bereiche zuordnen lassen:

- Das Gesetz soll die ärztliche Versorgung besonders auf dem Land verbessern. Nach Auffassung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist dazu auch eine bessere Verteilung der Ärzte erforderlich. Daher sollen die Zulassungsausschüsse künftig die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sind. Die Rolle des Hausarztes



Hermann Gröhe

soll gestärkt werden, etwa durch Anreize in der Weiterbildung oder durch die Möglichkeit der Delegation von ärztlichen Leistungen etwa an Praxisassistenten. Krankenhäuser sollen die ambulante Versorgung von Patienten leisten dürfen, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärzten nicht abgedeckt werden kann.

- Die Versorgung der Patienten soll gestärkt werden. Dazu soll die Einrichtung von Terminservicestellen der kassenärztlichen Vereinigungen dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Geschieht dies nicht, erhalten die Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus. Vor bestimmten Eingriffen haben Patienten darüber hinaus Anspruch auf eine Zweitmeinung. Auch die Abstimmung beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung soll verbessert werden.



- Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sollen zudem Innovationen gefördert werden. Dazu soll ein Innovationsfonds eingerichtet werden, der innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen sowie die Versorgungsforschung fördert.

Möglichkeiten für Ärztenetze

Gesetzliche Verpflichtung § 87 b SGB V – Praxisnetze

Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.

§ 73 c SGB V tatsächlich gestrichen – was bedeutet dies für die Facharztverträge?

Trotz der Streichung des § 73c SGB V, so sieht es MEDI Baden-Württemberg, zeigt das VSTG auch, dass die Regierung in der ambulanten Arztversorgung weiterhin zu den Direktverträgen zwischen Krankenkassen und der Arztseite (sogenannte Selektivverträge) steht. MEDI Baden-Württemberg ist in diesem Feld mit den Hausarzt- und Facharztverträgen von AOK, Bosch BKK und Arztverbänden (MEDI und Hausärzteverband) bundesweit seit Jahren führend und von dieser Entscheidung besonders betroffen.

So werden die Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen verbessert, indem die Budgetbereinigung für Patienten und der Erfolgsnachweis nach nur einem Jahr gestrichen wurden. Dadurch können Krankenkassen auf regionale Versorgungsangebote von Ärztenetzen reagieren und wieder Verträge nach § 140a und § 73c abschließen. Vertragspartner haben dann vier Jahre Zeit, um den Erfolg und die Wirksamkeit der Vereinbarungen nachzuweisen.

Innovationsfonds – Änderung in letzter Minute im Sinne der Ärztenetze

„Die Regierungskoalition hat mit einem Änderungsantrag in letzter Minute die ursprünglich vorgesehene Beschränkung der Antragsbefugnis beim Innovationsfonds gestrichen. Demnach können künftig auch Ärztenetze Projektgelder aus dem Fonds beantragen“ (Agentur Deutscher Arztnetze).

Der im VSG vorgesehene Innovationsfonds bietet Chancen für Ärztenetze. Dieser verfolgt das Ziel, gute Versorgungsmodelle zu entdecken, die die Regelversorgung verbessern können. Dazu sollen vier Jahre lang jeweils bis zu 225 Mio. Euro für Projekte der sektorenübergreifenden Versorgung bereitgestellt werden und weitere 75 Mio. Euro für Versorgungsforschung. Angesiedelt wird der Fonds beim GBA, der damit erstmals direkten Zugriff auf Versichertengeld erhält. Gerade die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie die Verbesserung der Versorgungsstruktur in strukturschwachen Gebieten sind Domänen der Ärztenetze. Ärztenetze, Kassen und regionale Akteure können also in diesem Rahmen Projek-

Wie sieht Hessenmed die Änderungen im neuen Gesetz?

Trotz wohlmeinender Begleitworte aus Regierungskreisen bleibt abzuwarten, ob das Gesetz ein großer Wurf ist, der fundamentale Problematiken aus ärztlicher Sicht (feste Preise für ärztliche Leistungen, angemessene Berücksichtigung von Zuwendungsmedizin, Bürokratieabbau, Begrenzung des Kasseneinflusses auf Therapieentscheidungen) zu lösen vermag. Wenn etwa Budgetierungen und Regressforderungen dazu führen, dass Praxen aus ökonomischem Eigeninteresse nur eine begrenzte Anzahl von Patienten pro Quartal behandeln können, dann wirken die vom Gesetz vorgesehenen Maßnahmen wie die Vergabestelle für Praxistermine aus dieser Perspektive fast schon wie die Parodie einer Lösung, wenn sie etwa die ebenfalls überlasteten Notaufnahmen der Krankenhäuser ins Spiel

Schwächung der niedergelassenen Ärzte als hidden agenda

Während die Bundesregierung mit all ihren Vertretern bei jeder sich bietenden Gelegenheit die essenzielle Bedeutung der niedergelassenen Ärzte für die ambulante Versorgung betont und eher davon ausgeht, deren Rolle zu stärken, haben diese nach Durchsicht des Maßnahmenpakets einen ganz eigenen Eindruck von der Intention des Gesetzgebers bekommen. Aus dieser Perspektive erscheinen der „Aufkaufzwang für Praxen“, die erweiterten Möglichkeiten zur Gründung kommunaler MVZ oder die Beteiligungsmöglichkeiten von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung als klare Indizien dafür, dass die Rolle der niedergelassenen Ärzte geschwächt werden soll. Die KBV errechnete, dass bis zu 25.000 Arztpraxen infolge der Aufkaufregelung wegfallen würden, und ergänzte ihre Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ um den Zusatz „Solange die Politik uns noch lässt“.

Das erste melatonerge Antidepressivum

Zurück ins Leben.

■ Effektive und anhaltende Wirkung^{1,2,3}

■ Sicher in der Anwendung^{4,5,6,7,8}

■ 1x täglich beim Zubettgehen⁶

1. Goodwin G. M. et al., 2013; Int Clin Psychopharmacol, 28 (1): 20–28
2. Kennedy S. H., 2009; CNS Drugs, 23 Suppl 2: 41–47
3. Kasper S. et al., 2009; World J Biol Psychiatry, 10 (2): 117–126
4. Benkert O., Hippus H., 2013; Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage, Springer Verlag, S. 62
5. Bauer M. et al., 2008; Psychopharmakotherapie, 15: 239–264
6. Fachinformation Valdoxan® 25 mg; Stand: Juni 2014
7. Kennedy S. H., Rizvi S. J., 2010; CNS Drugs, 24: 479–499
8. Schmauß M., Oktober 2013; Therapietabellen Neurologie/Psychiatrie, Nr. 56, 1. Auflage, Westermeyer Verlag

Valdoxan® 25 mg Filmtabletten Wirkstoff: Agomelatin **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 25 mg Agomelatin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K-30, Carboxymethylstärke Natrium (Typ A), Stearinsäure, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Hypromellose, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Glycerol, Macrogol 6000, Titandioxid (E171), Schellack, Propylenglycol und Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Episoden einer Major Depression. Valdoxan wird angewendet bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, eingeschränkte Leberfunktion (d. h. Leberzirrhose oder aktive Lebererkrankung) oder erhöhte Transaminasenwerte um mehr als das 3-Fache des oberen Normbereichs; gleichzeitige Anwendung von starken CYP1A2-Inhibitoren (z.B. Fluvoxamin, Ciprofloxacin). **Nebenwirkungen:** Erkrankungen des Nervensystems: häufig: Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Migräne; gelegentlich: Parästhesie, Restless leg Syndrom. Psychiatrische Erkrankungen: häufig: Angst; gelegentlich: Agitiertheit und damit verbundene Symptome (Ereiztheit, Unruhe), Aggression, Alpträume, ungewöhnliche Träume; selten: Manie/Hypomanie (können auch durch Grunderkrankung bedingt sein), Halluzinationen; m. nicht bekannter Häufigkeit: Suizidgedanken od. suizidales Verhalten. Augenerkrankungen: gelegentlich: verschwommenes Sehen. Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths: gelegentlich: Tinnitus. Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: häufig: Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Bauchschmerzen, Erbrechen. Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes: häufig: vermehrtes Schwitzen; gelegentlich: Ekzeme, Pruritus, Urtikaria; selten: erythematöser Ausschlag, Gesichtsrötung und Angioödem. Skelettmuskulatur-, Bindegewebe- und Knochenerkrankungen: häufig: Rückenschmerzen. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: häufig: Müdigkeit. Leber- und Gallenerkrankungen: häufig: erhöhte AST- und/oder ALT-Werte (in klinischen Studien wurden Erhöhungen > 3-fach höher als der obere Normbereich (> 3x ULN) bei 1,4% der Patienten unter Agomelatin 25 mg/Tag und 2,5% unter Agomelatin 50 mg/Tag vs. 0,6% unter Placebo beobachtet); selten: Hepatitis, erhöhte γ-GT (> 3x ULN), erhöhte alkalische Phosphatase (> 3x ULN), Leberinsuffizienz (wenige Ausnahmefälle mit töd. Ausgang od. Lebertransplant. bei Pat. mit Risikofaktoren für Leberschädigung), Ikterus. Untersuchungen: selten: Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme. **Warnhinweise:** Transaminasenkontrolle (ALT/AST) vor Beginn der Behandlung, sowie während der Behandlung nach 3, 6, 12 und 24 Wochen und danach, wenn klinisch indiziert. Abbruch der Behandlung, wenn Transaminasen > 3 x ULN. Vorsicht bei Patienten mit Risikofaktoren für eine Leberschädigung oder bei gleichzeitiger Behandlung mit Arzneimitteln, die zu einer Leberschädigung führen können. Enthält Lactose. Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht einnehmen. Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Verschreibungs-pflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Frankreich. Örtlicher Vertreter: Servier Deutschland GmbH, Eisenheimerstr. 53, D-80687 München, Tel. +49 (0)89 57095 01. Stand: November 2014

SERVIER



Streitpunkt Praxisaufkauf

Auch Ärzte wohnen gerne in attraktiveren Gegenden. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist der Erhalt der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum nicht nur in diesem Heft zum Dauerthema geworden. Um die Arztpraxen bedarfsgerechter zu verteilen, sollen laut VSG freiwerdende Arztsitze in überversorgten Gebieten aufgekauft und anschließend stillgelegt werden. Ab einer Überversorgung von 140 % – der ursprüngliche Kabinettsentwurf sah gar den Wert von 110 % vor – sollen die Zulassungsausschüsse frei werdende Arztsitze aufkaufen. Bisher war dies eine Kann-Regelung. Die Entscheidung darüber obliegt unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten den Krankenkassen und KVen vor Ort.

Problematisch daran ist, dass die Bedarfsplanung an sich Ungenauigkeiten aufweist und etwa nach Auffassung der KBV nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf widerspiegelt. Überdies erscheint auch ein formaler Überversorgungsgrad von 40 % hochgradig problematisch – eröffnet er doch die Möglichkeit, sehr schematisch Arztsitze an Orten abzubauen, an denen sie eigentlich dringend benötigt werden.

Zwar beteuern Gesundheitspolitiker aus der Regierungskoalition, dass auch künftig die Frage einer Praxisnachbesetzung von der konkreten Versorgung sowie der Bewerberlage abhängen wird und überdies Praxisstillegungen nur mit Zustimmung der KVen im Zulassungsausschuss beschlossen werden können. Die KBV sieht darin dennoch ein falsches Signal gerade für junge Ärzte und sieht in dem Vorhaben einen generellen Trend: „Aus Kann wird Soll und nächstes Mal heißt es Muss“, so KBV-Vorsitzener Dr. Andreas Gassen, der in Interviews hervorhebt, dass es bei den Protesten der Ärzteschaft nicht allein um die neuen Regelungen geht: „Es ist der allgemeine Duktus dieses Gesetzes, der da lautet: Wozu brauchen wir noch die Praxis um die Ecke, wenn wir die Patienten genauso gut in zentral organisierten Versorgungseinheiten wie Krankenhäusern oder Medizinischen Versorgungszentren behandeln können.“ Von der Bundesregierung wurde derartige Kritik als „Geisterfahrt der KBV“ empört zurückgewiesen.

Immerhin haben die massiven Proteste der Ärzte – die KBV-Vertreterversammlung sprach gar von einem „Ärzteentsorgungsgesetz“ – dazu geführt, dass zunächst einzelne Gesundheitspolitiker einräumen mussten, dass die scharfe Grenzziehung unzweckmäßig sei. Und die Bundesregierung fügte ihrem Kabinettsentwurf Anfang des Jahres hinzu, dass die Zulassungsausschüsse nach wie vor die Möglichkeit haben, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Sitzes in einem überversorgten Gebiet zu entsprechen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. In die gleiche Kerbe hieb im Mai später der Bundesrat, der in seiner Stellungnahme zum Gesetz einforderte, dass neben der Demografie auch die Morbidität, die Infrastruktur, sozioökonomische Faktoren und konkrete Versorgungsleistungen berücksichtigt werden sollen.

Streitpunkt Terminservicestellen

Deutlicher noch als bei der Praxisaufkaufregelung prallen bei der umstrittenen Einrichtung der Terminservicestellen die Gegensätze von marktkonformen und plangesteuerten Lösungen aufeinander. Aus Sicht der Patienten scheint dies zunächst eine von bestechendem Pragmatismus geprägte Lösung zu sein: Erhält ein Patient nicht innerhalb von vier Wochen einen Arzttermin, dann sorgt die Terminservicestelle dafür – notfalls bei einem Krankenhaus.

Bezahlt werden sollen diese Servicestellen allerdings aus dem Gesamtbudget der Kassenärzte. Insofern bezahlt ein niedergelassener Arzt, der aufgrund seines begrenzten Budgets ohne Vergütung keine weiteren Patienten mehr annehmen kann, die Überweisung an ein Krankenhaus, das die Behandlungsleistung einzeln vergütet bekommt, letztendlich durch die Verminderung seines Budgets mit. Und durch die Öffnung der – eigentlich ebenfalls überlasteten – Krankenhäuser für ambulante Behandlungen



fühlen sich die Vertragsärzte bedroht. Sie sehen darin die Gefahr, dass die jetzigen Strukturen der ambulanten wohnortnahen Versorgung geschädigt oder langfristig gar zerstört werden.

KBV-Vorsitzender Gassen warnte in diesem Zusammenhang: „Offensichtlich wendet man sich von der individuellen freiberuflichen Tätigkeit ab und versucht, Mechanismen aus anderen staatlichen Gesundheitssystemen zu importieren. Wenn sie entsprechend Sitze abgebaut haben, wird die Terminservicestelle irgendwann zu einem wunderbaren Tool, um Medizin rationieren zu können.“

Ob hinter dem Versorgungsstärkungsgesetz tatsächlich ein solcher Masterplan zulasten der Vertragsärzte steckt oder nicht, darüber lässt sich trefflich streiten. Nach Auffassung von Prof. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, wird jedenfalls die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft immer weiter eingeschränkt. Er prognostiziert, dass die Krankenhäuser im nächsten Schritt mit Sicherheit Nachforderungen stellen, weil die ambulante Behandlung der Patienten im Krankenhaus nicht kostendeckend sei. Sein Fazit: „Man treibt die Selbstverwaltungspartner mit nicht lösbaren Problemen aufeinander und beklagt hinterher, dass die Probleme nicht gelöst werden.“

Fazit

Das am 11. Juni verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz lässt sich ohne Zweifel aus vielen Blickwinkeln betrachten. Wie seine Vorgänger enthält es eine Reihe von Widersprüchen, die in den erbitterten Debatten der vergangenen Monate offengelegt wurden. Während die Bundesregierung darin die Position der niedergelassenen Ärzte zu stützen vorgibt, lesen diese – durch bittere Erfahrungen der Vergangenheit geprägt – zwischen den Zeilen und erkennen eine Fortsetzung des Trends des Gesetzgebers zugunsten von MVZ und Krankenhäusern.

Unter dem Titel „Daumenschrauben für die Selbstverwaltung“ postuliert die Ärztezeitung, dass die Politik mit dem Gesetzeswerk demonstriert, „dass ihr die Geduld mit der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ausgeht“. Dafür spricht unter anderem auch die gestärkte Position der drei unparteiischen Mitglieder des GBA. Diese können künftig eigenständig Richtlinienkonzeptionen entwickeln und Projekte des GBA priorisieren.

Tatsächlich lässt sich anhand des hohen Regulierungsgrades im vertragsärztlichen Bereich schon die Frage stellen, ob das Wort „Freiberuflichkeit“, geschrieben ohne Anführungszeichen, noch seine eigentliche Bedeutung hat.

ANZEIGE

Bei symptomatischer KHK

...dem Leben
mehr Möglichkeiten geben!^{1,2}

Weniger Angina-Beschwerden¹

Mehr Belastbarkeit²

Verbesserung der Lebensqualität¹

Procoralan®
Ivabradin

Procoralan® 5 mg Filmtabletten, Procoralan® 7,5 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Ivabradin **Zusammensetzung:** Procoralan® 5 mg: 1 Filmtablette enthält 5 mg Ivabradin (entsprechend 5,390 mg Ivabradin als Hydrochlorid). Procoralan® 7,5 mg: 1 Filmtablette enthält 7,5 mg Ivabradin (entsprechend 8,085 mg Ivabradin als Hydrochlorid). **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (E 470 B), Maisstärke, Maltodextrin, hochdisperses Siliciumdioxid (E 551), Hypromellose (E 464), Titan-dioxid (E 171), Macrogol 6000, Glycerol (E 422), Eisen(II)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** **Behandlung der koronaren Herzkrankheit** Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Erwachsenen mit koronarer Herzkrankheit und normalem Sinusrhythmus und deren Herzfrequenz ≥ 70 Schläge pro Minute (bpm) ist. Ivabradin ist indiziert: bei Erwachsenen mit einer Unverträglichkeit für Betablocker oder bei denen Betablocker kontraindiziert sind; oder in Kombination mit Betablockern bei Patienten, die mit einer optimalen Betablocker-dosis unzureichend eingestellt sind. **Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz** Ivabradin ist indiziert bei chronischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II bis IV mit systolischer Dysfunktion, bei Patienten im Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz ≥ 75 Schläge pro Minute (bpm), in Kombination mit Standardtherapie einschließlich Betablockern oder wenn Betablocker kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Herzfrequenz im Ruhezustand unter 70 Schlägen pro Minute vor der Behandlung, kardiogener Schock, akuter Myokardinfarkt, schwere Hypotonie ($< 90/50$ mmHg), schwere Leberinsuffizienz, Sick-Sinus-Syndrom, SA-Block, instabile oder akute Herzinsuffizienz, Herzschrittmacher-Abhängigkeit (Herzfrequenz wird ausschließlich durch den Schrittmacher erzeugt), instabile Angina pectoris, AV-Block 3. Grades, Anwendung von starken Cytochrom P450 3A4-Hemmern wie Antimykotika vom Azoltyp (Ketoconazol, Itraconazol), Makrolidantibiotika (Clarithromycin, Erythromycin per os, Josamycin, Telithromycin), HIV-Proteaseinhibitoren (Nelfinavir, Ritonavir) und Nefazodon, Kombination mit Verapamil oder Diltiazem (Moderate CYP3A4-Inhibitoren mit Herzfrequenzsenkenden), Schwangerschaft, Stillzeit und Frauen im gebärfähigen Alter, die keine angemessenen Methoden zur Empfängnisverhütung anwenden. **Nebenwirkungen:** **Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems:** gelegentlich: Eosinophilie; **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** gelegentlich: Hyperurikämie; **Erkrankungen des Nervensystems:** häufig: Kopfschmerz, im Allg. während des ersten Behandlungsmonats, Schwindel, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; gelegentlich: Synkope, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Augenerkrankungen:** sehr häufig: lichtbedingte visuelle Symptome (Phosphene); häufig: verschwommenes Sehen; gelegentlich: Diplopie, Sehstörungen; **Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths:** gelegentlich: Vertigo; **Herzkrankungen:** häufig: Bradykardie (bei 3,3 % der Patienten in den ersten 2–3 Monaten, bei 0,5 % der Patienten schwere Bradykardie ≤ 40 Herzschläge pro Minute); AV-Block 1. Grades (Verlängerung des PQ-Intervalls im EKG); ventrikuläre Extrasystolen; Vorhofflimmern; gelegentlich: Palpitationen, supraventrikuläre Extrasystolen; sehr selten: AV-Block 2. Grades, AV-Block 3. Grades, Sick-Sinus-Syndrom; **Gefäßerkrankungen:** häufig: unkontrollierter Blutdruck; gelegentlich: Hypotonie, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und des Mediastinums:** gelegentlich: Dyspnoe; **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:** gelegentlich: Übelkeit, Verstopfung, Diarrhoe, Bauchschmerzen; **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** gelegentlich: Angioödem, Ausschlag; selten: Erythem, Pruritus, Urtikaria; **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen:** gelegentlich: Muskelschmerzen; **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** gelegentlich: Asthenie, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie, Erschöpfung, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; selten: Unwohlsein, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Untersuchungen:** gelegentlich: erhöhte Kreatininwerte im Blut, Verlängerung des QT-Intervalls im EKG. **Warnhinweise:** Enthält Lactose-Monohydrat. Patienten mit den seltenen hereditären Krankheiten Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht einnehmen. Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Les Laboratoires Servier; 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Frankreich. Örtlicher Vertreter: Servier Deutschland GmbH, Eisenheimerstr. 53, D-80687 München, Tel.: +49 (0)89 57095 01

1 Werdan K. et al., Clin Res Cardiol 2012;101(5):365–73
2 Tardif JC et al., Euro Heart J 2009;30(5):540–48

Stand: Januar 2015

Regelungen im Einzelnen:

Versorgungsstärkungsgesetz

- Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Dazu wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung erleichtert und die Fördermöglichkeiten werden erweitert.
- Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. Kommunen können durch Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums insbesondere in ländlichen Regionen aktiv die Versorgung mitgestalten.
- Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Diese Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.
- Um die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu stärken, wird die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen die gleiche Vergütung wie ein Assistenzarzt im Krankenhaus erhalten.
- Bei der ärztlichen Vergütung wird die Versorgungsorientierung gestärkt, z. B. durch die Sicherstellung zeitnaher Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen und den Abbau unbegründeter Nachteile in den Gesamtvergütungen sowie durch Transparenz der Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung. Zudem sollen die Leistungen von Hochschulambulanzen angemessen vergütet werden.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert und strukturierte Behandlungsprogramme werden ausgebaut.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte mehr Wahlrechte.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.
- Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist.
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 – eingerichtet.
- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. Das kann dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren und den Versicherungsmarkt zu beleben, und hilft damit, eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe dauerhaft sicherzustellen.
- Im Medizinproduktebereich wird für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewendet werden, ein systematisches Verfahren zur Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die eine solche neue Methode anbieten wollen, werden zur Teilnahme an Erprobungsstudien verpflichtet.
- Im Arznei- und Heilmittelbereich werden die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt und regionalisiert. Die Höhe des Apothekenabschlags wird gesetzlich festgelegt. Zudem werden Regelungen angepasst, um fehlerhafte Verschreibungen zu vermeiden und Retaxationen zu verringern.

Quelle: Homepage des Bundesgesundheitsministeriums

Rechtswidrigkeit der EHV-Reform zum 1.7.2012: Rechtsprechung in Hessen

Von Wibke Köppler

Als KV-eigene Altersversorgung ist die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) in Hessen deutschlandweit einmalig. Die KV Hessen hat die 1954 als Versorgungseinrichtung für invalide Ärzte und deren Angehörige geschaffene EHV im Jahr 2012 einer drastischen Reform unterzogen. Inzwischen haben sich die Gerichte mit der Reform befasst – und sie in Teilen für rechtswidrig erklärt. Die Systematik der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) hat sich nach der Neuregelung zum 1.7.2012 grundsätzlich geändert. Bisher wurden die Beiträge zur EHV, die von der KV verwaltet werden, prozentual vom Honorar der Vertragsärzte errechnet. Bis zu sechs Prozent des Honorars wurden so für die Alterssicherung eingestellt. Jetzt sehen die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung ein neues Stufensystem mit neun Beitragsklassen vor. Die Eingruppierung in die jeweilige Beitragsklasse erfolgt, indem das Honorar des jeweiligen Arztes im Verhältnis zum Durchschnittshonorar im Vorvorjahr aller EHV-pflichtigen Ärzte betrachtet wird. Zu dem individuellen Jahreshonorar werden auch die Einnahmen für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen und besondere Kostenanteile hinzuge-rechnet und können somit die Beitragsklasse verändern. Zugleich sieht das Regelwerk der GEHV vor, dass bei dem Fehlen von Werten aus Vergleichshonorar, nämlich im Falle der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der Übernahme einer Vertragsarztpraxis, eine grundsätzliche Eingruppierung in die Beitragsstufe 4 erfolgt, da keine verwendbaren Vorgängerwerte vorliegen.

Beitragsklassenmodell:

Beitragsstufe	Anteil am Durchschnittshonorar	Beitrag je Quartal 2012 / 2014
1	0 – 25 %	627 € / 661 €
2	> 25 – 50 %	1.254 € / 1.322 €
3	> 50 – 75 %	1.881 € / 1.983 €
4	> 75 – 100 %	2.508 € / 2.642 €
5	> 100 – 125 %	3.135 € / 3.303 €
6	> 125 – 150 %	3.762 € / 3.964 €
7	> 150 – 175 %	4.389 € / 4.625 €
8	> 175 – 200 %	5.016 € / 5.284 €
9	> 200 % und mehr	5.643 € / 5.945 €

Die Einstufung in eine der Beitragsklassen wird durch schriftlichen Bescheid der KV Hessen für das gesamte Beitragsjahr vorgenommen.

Ergänzender Vorstandsbeschluss erlassen

In vereinzelt Fällen führt die Eingruppierung in eine der Beitragsklassen zu einer unverhältnismäßigen Belastung des Vertragsarztes, sodass der Vorstand der KV Hessen die GEHV in einem Vorstandsbeschluss durch weitere Vorgaben ergänzt hat.

Die Eingruppierung eines Vertragsarztes in eine andere bzw. niedrigere Beitragsklasse setzt nach dem Beschluss eine Veränderung des Tätigkeitsumfangs voraus und wird ausschließlich auf Antrag bzw. Widerspruchserhebung gewährt. Dabei ist es erforderlich, dass die zu verwendenden Ausgangswerte im Vorvorjahr fehlen. Ist dies der Fall, so werden diese Werte durch die späteren Werte aus dem Vorjahr ersetzt. Sofern diese Ausgangswerte ebenfalls nicht vorliegen, werden die ersten vier Quartale seit der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. seit dem Eintreten der Veränderung der Praxisstruktur herangezogen. Sollten jedoch auch keine Werte aus vier zusammenhängenden Abrechnungsquartalen vorliegen, so erfolgt in diesen Fällen die Einstufung in die Beitragsklasse auf Basis einer Hochrechnung der vorhandenen Abrechnungsdaten zu einem Jahresgesamthonorar.

Entscheidungen des Sozialgerichts Marburg

Zugleich hat das Sozialgericht Marburg in seinen ersten Entscheidungen, die zu der Frage der Rechtmäßigkeit der Regelungen der GEHV in seinen Sitzungen im November und Dezember 2014 ergingen, zu verschiedenen Einzelfragen Stellung genommen. Danach stellen sich die Berücksichtigung der aus Selektivverträgen zufließenden Honorare bei der Beitragsbemessung sowie die Beitragserhebung für angestellte Ärzte in einem MVZ bzw. einer BAG als zulässig dar.

Rechtswidrige Regelungen

Allerdings hat das SG Marburg hinsichtlich der

- generellen Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile
- sowie der Bildung der als zu große erachteten Beitragsklassen

einen Verstoß gegen den aus Artikel 3 Abs. 1 GG abzuleitenden Gleichbehandlungsgrundsatz erkannt. Dies folge nach der Rechtsauffassung des Gerichts aus der unterschiedlichen Heranziehung der Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV. Durch die Zuordnung der Beitragsstufe erfolgt eine Orientierung der EHV-Beiträge an dem Verhältnis zum Bruttoeinkommen. Danach werden tendenziell die unteren Beitragsklassen und innerhalb der Beitragsklassen die umsatzschwächeren Ärzte zu prozentual höheren Beiträgen veranlagt. Insbesondere sind bei der Verwendung der 9 Beitragsklassen Verzerrungen zu erkennen, da kein linearer Beitrag erhoben wird und keine Bemessungsgrenze besteht. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen Beitragssät-

zen führen, die insbesondere bei den unteren Beitragsklassen erheblich größer sind, beruhen auf der großen Bandbreite der Beitragsklassen (vgl. dazu Urteile des SG Marburg vom 05.11.2014 sowie 10.12.2014 – Az.: S 12 KA 537/13, S 12 KA 81/14S 12 KA 420/14 u. a.).

Die in den bisherigen Klageverfahren ergangenen Urteile haben bislang keine Rechtskraft erlangt, da diese zur weiteren Rechtsprüfung beim Landessozialgericht Hessen in 2. Instanz vorgelegt wurden.

Ungeklärte Fallvarianten

Hingegen wurden in den Fällen des Erwerbs einer nach Bedarfsplanung neu eingerichteten Zulassung ebenso die Vorvorjahreswerte aus einem vorhergehenden Angestelltenverhältnis zugrunde gelegt, wobei die während der vertragsärztlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis bewirkten Honorare nicht dem Arzt zuzurechnen sind. Denn entgegen einer Verlegung des Vertragsarztsitzes unter Beibehaltung der Zulassung stellt die vollständige Neuniederlassung in einer neu gegründeten Praxis eine vollständig veränderte Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit dar. Erschwerend kommt hinzu, dass in diesem Fall in den ersten Quartalen nur geringe Fallzahlen behandelt werden und eine Etablierung der Praxis noch nicht erfolgt ist. Als Folge überschreitet in diesen Fällen die Beitragshöhe oftmals das in einem Quartal überhaupt erzielte Nettoeinkommen.

Auch die Ausübung einer Angestelltentätigkeit in einem nur eingeschränkten Umfang von 10, 20 oder 30 Wochenstunden wird nicht von der GEHV erfasst. Der dabei verwandte Berechnungsmaßstab stellt hingegen ebenso das Durchschnittshonorar aller Vertragsärzte dar, ungeachtet dessen, dass diese bei der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis durchschnittlich 60 Wochenstunden tätig sind und damit keinen Vergleichsmaßstab für angestellte Ärzte darstellen.

Verhaltensempfehlung

Aufgrund der weiterhin streitigen und unklaren Rechtslage insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu entrichtenden Beiträge ist dringend anzuraten, **gegen jeden ergehenden Bescheid der KV Hessen zur EHV-Beitragsbemessung innerhalb eines Monats nach postalischer Zustellung schriftlich Widerspruch einzulegen** und auf die geführten Musterverfahren zu verweisen. Sodann sollte das Ruhen des Verfahrens beantragt werden, um bei einer möglichen späteren höchstrichterlichen Feststellung der Rechtswidrigkeit dieser und möglicher anderer Regelungen einen Anspruch auf Rückerstattung der überzahlten Beiträge zu erhalten.

Dieses Vorgehen ist insbesondere in Fällen der vollständig neu aufgenommenen oder nur eingeschränkt oder anteilig ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der Beschäftigung von angestellten Ärzten anzuraten, sodass auf jeden Fall eine weitergehende juristische Prüfung der Einstufung zur Beitragsklasse erfolgt.

WIDERSPRUCH

Hiermit lege ich gegen den EHV-Beitragsbescheid für den Zeitraum 3/2015 bis 2/2016 vom 30.04.2015, zugestellt am 4.5.2015, form- und fristgerecht Widerspruch ein.

Eine Begründung erfolgt mit gesondertem Schreiben.

Zugleich wird beantragt, das Ruhen des Verfahrens anzuordnen, da zu den streitigen Rechtsfragen der Beitragsbemessung die rechtskräftige Entscheidung der Gerichte abzuwarten ist.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. M. Mustermann

ANZEIGE

OELMÜLLER & PARTNER RECHTSANWÄLTE

Rechtsanwaltskanzlei mit Tätigkeitsschwerpunkt im Medizinrecht und Gesundheitswesen

- BAG-/MVZ-Gründung
- Ärztenetze
- Wirtschaftlichkeitsverfahren
- Honorarangelegenheiten
- Krankenhauskooperation

Michael Oelmüller
Rechtsanwalt

Wibke Köppler
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Daniela Jelavic-Sako
Rechtsanwältin

Oelmüller & Partner GbR
Rechtsanwälte
Sonnemannstraße 3
60314 Frankfurt

T 069.9055977-0
F 069.9055977-10

kanzlei@oelmueeller-rechtsanwaelte.de
www.oelmueeller-rechtsanwaelte.de

Frau Wibke Köppler ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht in der Kanzlei Oelmüller & Partner GbR, Frankfurt am Main. Ihre Schwerpunkte sind Honorarverteilung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, ärztliches und zahnärztliches Zulassungsrecht und Berufsrecht.

Osthessischer Gesundheitstag zum fünften Mal ein voller Erfolg

In Fulda hat am 25. April der 5. Osthessische Gesundheitstag stattgefunden. Rund 8.000 Menschen nutzten die Chance, sich über Gesundheitsthemen zu informieren und mit Ärzten, Apothekern, und Gesundheitsdienstleistern persönlich ins Gespräch zu kommen. Die Esperantohalle war trotz ihrer 2.500 Quadratmeter randvoll gefüllt mit Ausstellern, Informations- und Unterhaltungsangeboten.

Ausgerichtet wurde der Gesundheitstag wie immer vom Gesundheitsnetz Ostthessen (GNO), das mit großem Aufwand für eine bunte Mischung sorgte. GNO-Geschäftsführerin Gabriele Bleul betonte in ihrer Begrüßungsansprache die hohe Bedeutung der Zusammenarbeit sowie des kontinuierlichen Dialoges aller Akteure, um die medizinische Versorgung in der Region auf hohem Niveau sicherzustellen. Dr. Wolfgang Dippel, Staatssekretär im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und als ehemaliger Fuldaer Bürgermeister Kenner der Szene, lobte die Initiative des osthessischen Ärztenetzes und unterstrich, dass das Land Hessen bereit sei, weiterhin mit den Ärztenetzen vor Ort zu kooperieren. Den Osthessischen Gesundheitstag bezeichnete er als eine hervorragende Möglichkeit, um die Diskussion über regionale Gesundheitsthemen voranzubringen.

In die gleiche Richtung gingen die Grußworte des künftigen Fuldaer Oberbürgermeisters Dr. Heiko Wingenfeld. „Das Thema Gesundheit“, so Wingenfeld, „interessiert die Menschen nicht nur – auch die Bereitschaft, selber dafür aktiv zu werden, ist vorhanden“, sagte er mit Blick auf das immense Besucherinteresse. Nach Jahren der Zusammenarbeit und etlichen gemeinsamen Initiativen mit dem

Gesundheitsnetz Ostthessen unterstrich auch Wingenfeld die Bedeutung von funktionierenden Kooperationsstrukturen für die Region.

Die Besucher des Gesundheitstages nutzten die reichhaltige Informationspalette des Gesundheitstages. Im Mittelpunkt stand die Gesundheitsmesse mit über 70 Ausstellern. Unter



dem Schwerpunktthema „Gesunde Reisen“ konnten sich die Besucher in Ruhe informieren, etwa zu den Themen Reisemedizin, Sonnenschutz oder Impfschutz. Auch angesichts des hohen Besucherandrangs kamen Aussteller und Besucher an allen Ecken und Enden über Themen rund um die Gesundheit miteinander ins Gespräch. Viele Stände luden darüber hinaus zum Mitmachen ein. Besucher konnten unter anderem Blutzucker-, Testosteron-, Blutdruck- oder Schilddrüsenchecks nutzen, die Welt aus der Sicht eines Depressionskranken erleben oder auf einem Barfußpfad auf mögliche Lauffehler aufmerksam gemacht werden.

Mehr als 20 Patientenvorträge boten darüber hinaus parallel dazu über den ganzen Tag die Möglichkeit, sich eingehender etwa mit Krankheitsbildern oder Behandlungsmöglichkeiten zu beschäftigen. Dabei reichte die Themenpalette von der reisemedizinischen Versorgung über gesunde Ernährung bis hin zur Behandlung von Herzkrankheiten.

Auch der Unterhaltungsaspekt kam nicht zu kurz: Auf der Bühne im Foyer der Esperantohalle heizten eine Cheerleadershow sowie eine Fitnessvorführung den Zuschauern ein. Und mit den mehrfachen deutschen Meistern und zweifachen Europameistern, den „Holodeck Skillz“, und ihrer unvergleichlichen Tanzshow „Got to Dance“ wartete der Gesundheitstag mit einem echten optischen Leckerbissen auf.

GNO-Geschäftsführerin Gabriele Bleul bewertete den fünften Osthessischen Gesundheitstag als vollen Erfolg. „Wir haben auch diesmal die richtige Mischung gefunden.“ Zwar sei die Organisation einer solchen Großveranstaltung mit immensem Aufwand verbunden, aber das hohe Interesse der Besucher, die Zufriedenheit bei den Ausstellern und der Austausch aller Beteiligten rechtfertige alle Mühen. Ein bisschen stolz sind die Akteure vom Gesundheitsnetz Ostthessen darauf, dass der Osthessische Gesundheitstag mittlerweile zu einer Institution geworden ist, die aus Fulda kaum noch wegzudenken sei. (hi)



Erhebliche Vorteile für Ärztenetze

GNO-Geschäftsführerin Gabriele Bleul im Gespräch mit dem Hessenmed-Magazin

Wie hoch ist der Aufwand bei der Organisation eines Gesundheitstages?

Zugegebenermaßen ist dies ein erheblicher Kraftakt. Bei einer Veranstaltung dieser Größenordnung sind vier Halbtagskräfte rund ein halbes Jahr beschäftigt. Die Buchung der Stände, der Entwurf des Rahmenprogramms sowie die Organisation der Ärztevorträge ist harte Arbeit und erfordert ein Höchstmaß an Kommunikation.

Lohnt sich das denn für ein Gesundheitsnetz? In jedem Fall und auf mehreren Ebenen. Erstens ist der Gesundheitstag eines der Projekte, die wirtschaftliche Überschüsse generieren. Diese sind rar geworden – und mit den Überschüssen können wir einige andere Maßnahmen der Netzarbeit querfinanzieren. Zweitens ist die für die Organisation einer solchen Großveranstaltung erforderliche Zusammenarbeit sämtlicher Gesundheitsakteure in der Region von ganz eigenem Wert. Vertrauen und Verlässlichkeit, das Wissen um die verschiedenen Arbeitsprofile von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und vielen anderen werden dadurch geschärft, dass man tatsächlich etwas miteinander unternimmt. Funktionierende Netze leben ja unter anderem davon, dass man um die jeweiligen Stärken seiner Partner weiß.

Wie wichtig ist die Außenpräsentation? Das ist der mit Abstand wichtigste Punkt. Unser Gesundheitstag ist eine der ganz wenigen Möglichkeiten, nicht nur Teilaspekte unserer Arbeit darzustellen. Es gibt keine bessere Möglichkeit, den Bürgern und Patienten unser Tätigkeitsspektrum bekannt zu machen und ihnen die Vorteile für sie selbst zu erläutern, die ein etablierter Verbund wie das Gesundheitsnetz Osthessen mittlerweile anbieten kann. Darüber hinaus ist auch die Zusammenarbeit mit den politischen Akteuren in Fulda, in der Region und auf Landesebene mehr als nützlich.

Dann ist der nächste Gesundheitstag also bereits gesetzt?

Wenn es den osthessischen Gesundheitstag nicht gäbe, dann müssten wir ihn schleunigst erfinden. Denn er bringt das auf den Punkt, wofür wir das Netz gegründet haben. Auch wenn man nach einer solchen Großveranstaltung erst einmal durchschnaufen muss: Der sechste Osthessische Gesundheitstag 2017 ist bereits in Planung. (hi)

ANZEIGE



BerliPen areo2: Ganz mein Stil – Chic und clever.

BerliPen areo2 – der Insulin-Pen von BERLIN-CHEMIE in 4 Edelsteinfarben: Besonders einfache und sichere Handhabung durch einzigartige „Easy-to-press“-Technik.

„Easy-to-press“

Ärztenetze versus KBV – begleitet von der Politik

Ein Bericht vom Symposium „Praxisnetze: Randerscheinung von heute oder Blaupause für die Versorgung von morgen?“ der Agentur Deutscher Arztnetze mit der KBV Ende März in Berlin.

Von Gabriele Bleul

Regionale Ärztenetze haben in erster Linie Interesse an der Versorgung. Die KBV hat den Sicherstellungsauftrag, die Schnittstellen ihrer Mitglieder überlappen sich. Eigentlich könnte man Hand in Hand arbeiten und dringende Projekte zur Erhaltung der ärztlichen Versorgung auf dem Land angehen. So wie es in manchen Bundesländern, wo die Not bereits viel größer ist, auch schon geschieht. Von dem Nutzen der Ärztenetze in solchen Regionen wusste Dr. Harald Terpe, MDB, Bündnis 90/Die Grünen, zu berichten. Wenn es denn doch immer so einfach wäre!

Die Angst um das liebe Geld

Nur neun von 17 KVen haben die Anerkennung der Richtlinien von Praxisnetzen bisher umgesetzt. „Wir können sie nicht zwingen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Wie auch in Hessen wird häufig die „Sorge um das Honorarvolumen“ genannt. Ein weiteres Argument: Die Förderung von Ärztenetzen durch eine Umverteilung aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sei ein „Eingriff in die Honorarverteilungskompetenz der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen“, so Dr. Gassen, der stattdessen für extrabudgetäres Geld plädierte.

Wie viel würde die Netzförderung wirklich kosten?

Um wie viel Geld aus der Gesamtvergütung geht es? Hochrechnungen aus einzelnen Netzen haben in den meisten Bundesländern noch nicht einmal 0,1 % des Honorarvolumens ergeben. Da die KVen in den Regionen Entlastung erhielten, könnte das Geld auch durch Verwaltungskosteneinsparungen aus den regionalen KVen generiert werden – auf diese Überlegung reagierte das Podium mit Schweigen. Eine andere Lösung wäre, das Geld aus Strukturfonds zu nehmen, die von KV, Kassen und Land gespeist werden, da diese an einer weiterhin guten regionalen ärztlichen Versorgung interessiert sein müssten, so ein Kommentar aus dem Publikum.

Eine weitere Kritik: Auch Netzärzte seien Mitglieder der KVen und würden quasi dreimal zur Kasse gebeten: „Erstens machen sie die aktive Netzarbeit in der Region neben ihrer Praxis, zweitens zahlen sie Mitgliedsbeiträge für die Organisation, die nötig ist, um bessere Versorgung zu organisieren, und drittens soll die Vergütung dann noch aus dem Honorarvolumen genommen werden.“ Trotzdem wollen die aktiven Netzärzte lieber den „vergifteten Apfel“ (Zitat Dr. Gassen) nehmen, als die Netze und die gute Kommunikation in der Region aufzugeben.

Leistungserbringerstatus zum Erhalt der Freiberuflichkeit!

Im Versorgungsstärkungsgesetz soll Landkreisen die Möglichkeit gegeben werden, MVZ gründen zu können. Ärztenetze können dies nicht, dazu benötigten sie einen „Leistungserbringerstatus“. Die Gefahr, dass zunehmend Hausarztpraxen aus der Freiberuflichkeit herausgenommen werden und somit nach und nach der freiberufliche Arzt ausstirbt (und damit auch das Recht der „Arztwahlfreiheit“ in Deutschland), sahen manche Teilnehmer mit Sorge. Dr. Gassen teilte diese Befürchtung nicht, seiner Ansicht nach ist auch ein angestellter Arzt per se freiberuflich tätig. Manche Teilnehmer fragten sich, ob der KBV-Vorsitzende eher die Sorge habe, Arztnetze könnten zu autark gegenüber der KBV werden oder Sicherstellungsaufträge übernehmen wollen. Dr. Veit Wambach von der Agentur deutscher Arztnetze betonte, dass Netze die Strukturen des Kollektivvertragssystems eher sinnvoll ergänzten und eine Schwächung der KVen nicht in ihrem Sinne sei.

Für Dr. Bernhard Gibis, Leiter des Geschäftsbereiches „Sicherstellung und Versorgungsstruktur“ bei der KBV, gehören Netze nicht zur Standard-Versorgung, sondern sind Leuchtturmprojekte, die auf Freiwilligkeit basieren und von sehr engagierten Ärzten angeführt werden. Allerdings sagte auch er: „Die Chancen waren noch nie so gut für Netze, dauerhaft ins SGB V aufgenommen zu werden.“ „Derzeit wird tatsächlich in manchen Ausschüssen schon geprüft, ob man Praxisnetzen den Status eines ‚regionalen Leistungserbringers‘ verleihen könne“. Michael Hennrich (CDU), Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, bestätigte damit die Vermutung von Herrn Gibis.

Ärztenetze sehen ihre Aufgabe in der Verbesserung der Versorgung

Als Leistungserbringer anerkannt zu werden würde die Arbeit der Netze erheblich erleichtern und ihnen deutlich mehr Gestaltungsspielraum verleihen. Die Versorgung wird in der Region gestaltet und Netze helfen heute schon, die Qualität deutlich zu verbessern, nicht zuletzt durch verbesserte Kommunikationsstrukturen der Ärzte, der Gesundheitsdienstleister und der Politik vor Ort. Dies bestätigte auch Terpe. Seiner Ansicht nach sollte der Sicherstellungsauftrag bei den KVen bleiben, künftig aber nicht nur durch Einzelärzte, sondern auch durch Netze unterstützt werden.

Gemeinsam sind wir stark, wäre ein schönes Schlusswort gewesen ...

OneTouch Select® Plus

Blau. Grün. Rot. Es ist wirklich so einfach.



OneTouch Select® Plus verfügt über eine 3-farbige Bereichsanzeige, die es Patienten vereinfacht, die Bedeutung ihrer Messwerte zu verstehen.

Im Bereich



- Einfach zu erklären. Einfach zu verwenden
- Die Bereichsgrenzwerte Ihrer Patienten können individuell angepasst werden**
- Die Mahlzeitenmarkierung stellt die Messwerte in einen Zusammenhang
- Erfüllt alle Anforderungen der ISO-Norm 15197:2013***

Stellen Sie Ihre Patienten jetzt auf ein KOSTENLOSES[†] OneTouch Select® Plus Messsystem um. Dazu haben sie folgende Möglichkeiten:



Bestellen Sie Ihren persönlichen Praxisbedarf für Ihre Patienten bei unserem Auftragservice (06223-77775) unter Angabe des Codes OTV15 oder verweisen Sie Ihre Patienten direkt an unseren gebührenfreien OneTouch® Kundenservice unter 0800-70 77 007. (Mo.-Fr. 08:00-17:00 Uhr)

ONE TOUCH®

*OneTouch Select® Plus ist in Deutschland in der B-Kategorie gelistet. Dies gilt nicht in dem KV-Bezirk Niedersachsen.
Im KV-Bezirk Hessen gilt EK plus 5% als Erstattungspreis (1916 € Netto). Quelle: Lauer Taxe mit Stand 01.03.2015

**Informieren Sie Ihre Patienten unbedingt darüber, welche unteren und oberen Bereichsgrenzwerte für sie persönlich richtig sind.

***ISO 15197:2013, Testsysteme für die In-vitro-Diagnostik – Anforderungen an Blutzuckermesssysteme zur Blutzuckerselbstkontrolle bei Diabetes mellitus.

† Vorbehaltlich der Berechtigung.



© LifeScan, Division of Cilag GmbH International 2015 – CO/OSP/0115/0045.

LifeScan, Geschäftsbereich der Johnson & Johnson Medical GmbH, Zweigniederlassung Neckargemünd, Karl-Landsteiner-Straße 1, D-69151 Neckargemünd.



NEU

Äquivalent¹ und kostengünstig²: Asthmatherapie kann so einfach sein.

Stellen Sie sich einen stickigen Raum vor – eng, beklemmend, bedrückend. Sie haben kaum Luft zum Atmen und Ihr größter Wunsch ist es, der Situation zu entkommen. Ungefähr so fühlt sich Asthma an.

Serroflo™ hilft Asthmapatienten, wieder durchzuatmen. Zuverlässig, effektiv, kostengünstig².

Genießen Sie Ihr Leben! Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit.

- Mit **Zählwerk** im Blick
- Mehr als **40 %** unter Festbetrag²
- **✗ aut-idem Kreuz** zur Sicherung des **Preisvorteils²** und der **Generikaquote**

 **Serroflo™**
Salmeterol/Fluticason

Zwei Wirkstärken:
25/125 µg und 25/250 µg



¹ klinische Äquivalenz gemäß CPMP/EWP/4151/00 Rev. 1 vom Jan. 2009 ² AVP: Lauer-Taxe, Stand: 01.06.2015 (Serroflo™) im Vgl. zu Lauer-Taxe, Stand: 01.06.2015 (Viani® Dosieraerosol 25 µg/125 µg und Viani® forte Dosieraerosol 25 µg/250 µg). Rabatte in eventuell bestehenden Rabattverträgen sind unberücksichtigt.

Serroflo™ 25/125 Mikrogramm und 25/250 Mikrogramm Dosis Druckgasinhalation, Suspension. Wirkstoffe: Salmeterol u. Fluticason-17-propionat. **Zusammensetzung:** Jede abgemess. Dosis enth. 25 µg Salmeterol (als Salmeterol-xinafoat) und 125 µg bzw. 250 µg Fluticason-17-propionat. Dies entspr. einer abgeg. Dosis von 21 µg Salmeterol (als Salmeterol-xinafoat) und 110 µg bzw. 220 µg Fluticason-17-propionat. **Sonst. Bestandt.**: Norfluran. **Anwendungsgeb.**: Z. tägl. Behandl. v. Asthma bronchiale m. Erweiterung d. Bronchien, Redukt. v. Schwellungen u. Reizungen i. d. Lunge, Redukt. v. Atemnot u. Giemen (solange noch k. Atemnot u. Giemen vorhanden sind). **Gegenanz.**: Überempfl. gg. Inhaltsst. **Nebenwirk.**: Allerg. Reakt. (mit Sympt. w. Juckreiz, Schwellg. im Gesicht/Mund/Rachen), Kopfschm., erhöhte Prädisp. f. Erkältg. (bei COPD), Soor (Mund- u. Rachen), Schwellg. d. Zunge, Heiserk., Gelenkschmerzen/-schwellungen, Muskelschwellungen/-krämpfe, Hyperglyk., Katarakt, Tachykard., Palpitat., Zitterigkeit, Brustenge/-schmerzen, Schlafstörungen, Exanthem, Giemen, Vermind. d. Knochenichte, Glaukom, Gewichtszunahme, Cushing-Syndr., Arrhythmien, Extrasystolen. **Insb. b. Kind./Jugendl.**: Ängstlichkeit, veränderte Steroidhormonsynth. (ggf. m. Wachstumsverzög.), Hyperaktivit., Reizbark., evtl. Depress. od. Aggression. **Auch bei Pat. mit COPD:** Pneumonie, Bronchitis, Rachenreizung, Blutergüsse, Knochenbrüche, Sinusitis, Hypokaliämie. Spülen Sie nach d. Anwendg. d. Mund m. Wasser aus. **Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo.** Verschreibungspflichtig. **Mat.-Nr.**: BT_89763/4_V1.1. **Stand:** Mai 2014. **Zulassungsinhaber:** Cipla Europe NV, 2600 Antwerp, Belgien. **Deutschland:** Cipla Europe NV, Deutsche Zweigniederlassung, Theresienhöhe 28/1, 80339 München, Med-Info Hotline: 08 00 / 18 11 283, www.cipla.com