



**... auf der Pirsch
nach Praxisnachfolgern**

**Niederlassung – das ideale
Zukunftsmodell für junge Ärzte**

KV-Safenet – teure Datenübermittlung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Neuromedizin Hessen eG
 Wallstraße 11 • 63303 Dreieich
 Tel.: 06103-5 09 44 56 • Fax: 06103-5 09 44 55

Ärztenetz 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

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

Ärztenetz 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

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

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

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

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

Ärzte mit Zukunft Förderverein Ärztenetz Rhein-Main
 Liebigstraße 2 • 65428 Rüsselsheim
 Fax: 06142-950672 • E-Mail: info@aerztemitzukunft.de
 www.aerztemitzukunft.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

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

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

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



Inhalt

5 Jahre Hessenmed	4
Bericht von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer	7
Hausärzte starten durch	8
Hausarztvertrag: Eine gute Alternative	10
Vorreiter Baden-Württemberg	12
Hausarztverträge: Riesige existenzielle Vorteile	13
Hausarztmodell – Geht die Rechnung auf?	14
Niederlassung lohnt sich – Zukunftsmodell für junge Ärzte	15
Interview: „Auf meine eigene Praxis hätte ich nicht verzichten wollen!“	17
Interview: „Junge Ärzte – kostbares Zukunftsgut“	20
Sektorenübergreifende Versorgung – eine Chance für ländliche Räume?	22
Kommentar: Macht doch nichts, ist doch anonym!	24
DNA-Tests als Chance für mehr Therapiesicherheit	26
Infizierten Gemeinschaftspraxen droht Gewerbesteuer	27
Erleichterung für Teil-BAG in Sicht	28
KV-Safenet: Teure Technik für Niedergelassene!	28
Main-Kinzig-Kreis: Gemeinsam Lösungen finden für Hausarztversorgung	29
Kurz notiert aus unseren Ärztenetzen	30

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
 Redaktion: Gabriele Bleul, Olaf Hillenbrand, Gundula Zeitz
 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.

5
Jahre

Alleine sind wir stark! Gemeinsam sind wir stärker!

Hessenmed e. V. feierte fünften Geburtstag

Über einen „kleinen runden Geburtstag“ freuten sich die Mitglieder von Hessenmed e.V., dem Verbund hessischer Ärztenetze, im Rahmen einer Feierstunde in den Sieben Welten in Fulda-Künzell. Wie Hessenmed-Vorstandsvorsitzender Dr. Jörg Simon erklärte, hat der Verbund in dieser kurzen Zeit bereits viel erreicht. Hessenmed werde als Stimme der Ärztenetze wahr- und ernstgenommen.

In seiner Festrede zählte Dr. Jörg Simon noch einmal die übergeordneten Ziele des am 19. Februar 2009 gegründeten Vereins auf: Die Verbesserung des Informationsaustausches der Netze untereinander, die Sicherung der Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen, die Förderung und Verbesserung ambulanter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen sowie die Unterstützung von Qualitäts- und Praxismanagement. Kurz gesagt: Dort, wo die einzelnen Netze mit ihren Möglichkeiten an ihre Grenzen stoßen, vertritt Hessenmed überregional die Interessen der Niedergelassenen.

Die Initiative zur Gründung von Hessenmed geht auf den Einsatz zweier besonders engagierter Frauen zurück: Gabriele Bleul, die durch ihre praktische Arbeit beim Gesundheitsnetz Osthessen rasch erkannte, dass eine überregionale Komponente die Arbeit der Netze sinnvoll bereichern und ergänzen kann. Sie gestaltet die Geschicke des eingetragenen Vereins bis zum heutigen Tag in der Geschäftsführung mit. Dazu kam Dr. Andrea Kerst, die Hessenmed als Beraterin in der Gründungsphase tatkräftig unterstützte.

Wie attraktiv diese Idee, aber auch deren Umsetzung in den ersten fünf Jahren für die Netze gewesen ist, lässt sich an der Anzahl der Mitglieder ablesen: Mittlerweile ist Hessenmed der Dachverband von 24 hessischen Ärztenetzen mit über 2.000 Mitgliedern – und der Zulauf hält an. Zuletzt kam in diesem Sommer das in Kronberg ansässige Praxisnetz Hochtaunus hinzu.

Den Initiatoren des neu gegründeten Dachverbandes war von Anfang an bewusst, dass die Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitssystem nur über den Kontakt zur Politik und die Kooperation mit anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung denkbar ist. Bereits in einer frühen Phase wurde der Kontakt zum hessischen Ministerium für Soziales und Integration aufgenommen und ein gutes, vertrauensvolles Verhältnis zum hessischen Sozialminister Stefan Grüttner aufgebaut.

Inhaltlich hat sich Hessenmed dank des großen Engagements seiner Mitglieder breit aufstellen können. Eine Reihe von Erfolgen zeigt, dass dem gewaltigen Arbeitsaufwand entsprechende Erträge gegenüberstehen:

- Um die gemeinsame Schlagkraft der hessischen Niedergelassenen zu stärken, lag der Schwerpunkt zunächst auf verstärkter Kooperation, Erfahrungsaustausch und gegenseitigem Lernen. Das seit 2010 regelmäßig zweimal im Jahr erscheinende Hessenmed-Magazin steht sinnbildlich für den Versuch, sich gegenseitig auf dem neuesten Stand zu halten sowie in der politischen Debatte die Stimme der hessischen Ärztenetze bei Ärzten, Politikern und Akteuren im Gesundheitssystem hörbar zu machen.
- Ihre Ergänzung findet diese hessenweite Vernetzung in der bundesweiten Kooperation. Insofern untermauert die Mitgliedschaft sowie die aktive Mitarbeit Hessenmeds bei MEDI GENO Deutschland (seit 2011) sowie bei der Agentur deutscher Arztnetze (seit 2012) den Anspruch, auch bundesweit vom Austausch mit anderen Ärztenetzen zu profitieren und Einfluss auf die deutsche Gesundheitspolitik nehmen zu können.
- In der Debatte um § 116b SGB V hatte Hessenmed alle Hebel in Bewegung gesetzt, um gegen unfaire Wettbewerbsbedingungen zu mobilisieren. Hessenweit wurden die Argumente der niedergelassenen Ärzte auf allen Ebenen kommuniziert und deutschlandweit gemeinsam mit anderen Netzvertretern weitergetragen. Wie die Neuregelung im Versorgungsstrukturgesetz zeigt, wurden dabei nennenswerte Fortschritte erzielt.
- Gemeinsam mit der AOK und dem Hausärzteverband wurde nach zähen Verhandlungen im vergangenen Jahr ein neuer Hausarztvertrag nach § 73b SGB V ausgehandelt, der den hessischen Hausärzten neue Möglichkeiten eröffnet. Auf nationaler Ebene unterstützt Hessenmed die Initiative zur verpflichtenden Einführung von Facharztverträgen nach § 73c, die zusammen mit den flächendeckenden Hausarztverträgen ein optimales Versorgungskonzept ermöglichen.
- 2013 beteiligte sich Hessenmed erfolgreich an der Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen mit der Liste der Netzärzte. Auch in der KV-Vertreterversammlung repräsentieren zwei Hessenmed-Mitglieder – Dr. Rüdiger Günther und Dr. Lothar Born (als Stellvertreter von Dr. Günther) – die hessischen Ärztenetze.
- Hessen- und bundesweit setzten sich Hessenmed und seine Partner für neue Möglichkeiten zur Förderung bzw. Institutionalisierung von Ärztenetzen ein, wie sie später in § 87b SGB V umgesetzt wurde. Zwar ist die Förderung



Gabriele Bleul, Dr. Jörg Simon und Dr. Andrea Kerst

an strenge Qualitätskriterien geknüpft und die Umsetzung in Hessen steht unter anderem wegen der unklaren Gesetzeslage noch aus – doch dank ihres hohen Organisations- und Professionalisierungsgrades konnten elf Hessenmed-Mitgliedsnetze entsprechende Anträge bei der KV Hessen stellen.

- Besonders stolz ist Hessenmed darauf, dass kürzlich vier seiner Mitgliedsnetze im Rahmen von Förderprojekten ausgezeichnet wurden und vom Land Hessen finanziell unterstützt werden.
- Was § 87b im Großen ausdrückt, ist auch in vielen Regionen Hessens gelebte Wirklichkeit geworden: Ärztenetze haben sich als Ansprechpartner etabliert, wenn es darum geht, regionale Versorgungsprobleme gemeinsam zu lösen. Dies drückt sich in regionalen Gesundheitskonferenzen und hessenweit in einer Reihe von gemeinsamen Projekten aus. Ein schönes Beispiel für diese Entwicklung ist die im vergangenen Jahr erfolgte Gründung des Ärztenetzes Gießen – das auf eine Initiative des Landrates und auf tatkräftige organisatorische Unterstützung von Hessenmed zurückgeht. Dahinter steckt der Wunsch des Landkreises nach einem Ansprechpartner unter den Niedergelassenen, um gemeinsam Lösungen für Probleme der regionalen Versorgung erarbeiten zu können.

Da der Blick über den Tellerrand für Hessenmed Gründungsration ist, besteht kaum die Gefahr, dass dem Verbund in den kommenden Jahren die Arbeit ausgehen könnte. So begleitet Hessenmed politisch die von der Großen Koalition in Aussicht gestellte Weiterentwicklung des § 87b, da die Umsetzung der Netzfinanzierung eine wesentlich engagiertere Tätigkeit in den Regionen ermöglichen würde. Als interessant für die Zukunft bezeichnete Hessenmed-Vorstandsvorsitzender Dr. Jörg Simon ferner Projekte wie das AOK-Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“. Dieser Qualitäts-Check soll eine Benchmarking der Netze und der Praxen eines Netzes untereinander ermöglichen. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit der KV Hessen betonte Simon, dass die Ärztenetze sich keinesfalls als Konkurrenzinstitution begreifen, sondern weiterhin an einer eng verzahnten und kooperativen Zusammenarbeit mit der KV interessiert sind.

Bei der Jubiläumsveranstaltung in Fulda spiegelte sich die gute Vernetzung von Hessenmed auch in der Gästeliste wider: Neben Netz- und Kassenvertretern aus ganz Hessen ehrten unter anderem Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel, MEDI GENO-Vorsitzender Dr. Wolfgang Baumgärtner und Dr. Uwe Popert als Vertreter des hessischen Hausärzteverbandes Hessenmed in kurzen Grußworten. (hi)

BIOSCIENTIA
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.



www.bioscientia.de

Labor.kompetenznetz

Wir nehmen unsere Verantwortung ernst

- Kollegiale Unterstützung in allen labordiagnostischen Fragestellungen durch Fachkollegen in Ihrer Nähe
- Kurze Befundlaufzeiten durch regionale Nähe
- Erleichterung im Praxisalltag durch umfassende Serviceleistungen
- Aktive Unterstützung ärztlicher Zusammenarbeit in Gesundheitsnetzen

Bioscientia | Institut für Medizinische Diagnostik GmbH
Konrad-Adenauer-Straße 17 | 55218 Ingelheim



PRAXISABGABE & EXISTENZGRÜNDUNG
KRANKENHAUSKOOPERATIONEN
ÄRZTEHÄUSER
GEMEINSCHAFTSPRAXEN & KOOPERATIONEN
INTEGRIERTE VERSORGUNG
STEUERBERATUNG

www.hfbp.de



GIESSEN
FRANKFURT A.M.
BERLIN
HANNOVER

HFBP Rechtsanwälte
 Dr. Hahne, Fritz, Bechtler & Partner
 tel 0 800 94 88 350 · info@hfbp.de

Ärzteneetze in regionaler Versorgung

Information für Landkreise

Sind Sie an einer Zusammenarbeit mit Netzärzten in Ihrer Region interessiert? Wollen Sie den Austausch aller Akteure im Gesundheitsbereich anstoßen? Suchen Sie Ansprechpartner vor Ort?

Die Netzzentrale von Hessenmed, dem Verbund der hessischen Ärztenetze, hilft Ihnen weiter.

Information für niedergelassene Ärzte

Sie benötigen Hilfe bei der Gründung eines Ärztenetzes?

- Unterstützung bei der Organisation
 - der Erstveranstaltung,
 - der Netzgründung,
 - der Gründung eines Netzbüros,
 - der Suche/Gestellung einer Geschäftsführung, von Sekretariats- und Buchhaltungsangeboten?
- Beratung beim Aufbau von Netzstrukturen?

Hessenmed, der Verbund der hessischen Ärztenetze, hilft Ihnen weiter.

Hessenmed e.V.

36039 Fulda, Gerloser Weg 20
 Tel.: 0661-242 777-25
 E-Mail: info@hessenmed.de
www.hessenmed.de

hessenmed

VERSORGUNGSWERK:

Zurechnung der BU-Rente auf das 60. Lebensjahr

Bericht des Hessenmed-Delegierten Dr. Lothar Born von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer am 10. September in Bad Nauheim.

Wichtigstes Thema der zusätzlich anberaumten Delegiertenversammlung war das Versorgungswerk, dessen Souverän die Delegiertenversammlung ist. Hier standen bereits im Frühjahr Satzungsänderungen auf der Tagesordnung, die dort nicht die notwendige Mehrheit von 54 der 80 Delegierten (2/3-Mehrheit) erzielten.

Nach langen Vorbesprechungen und einer Vorinformativveranstaltung konnte sich der Vorstand des Versorgungswerkes mit seinen Satzungsänderungswünschen mit 60 Ja-Stimmen durchsetzen.

Es wurden dabei folgende weitreichende Beschlüsse gefasst:

Absenkung der Zurechnung im 100 % BU-Fall vom 65. auf das 60. Lebensjahr

Unser Versorgungswerk gewährt nach Zahlung des ersten Beitrages eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente (BU-Rente), falls ein Kollege/eine Kollegin im Sinne der Versorgungssatzung zu 100 % nicht mehr in der Lage ist, den ärztlichen Beruf auszuüben. Dabei entsprach die BU-Rente bisher monatlich dem Betrag, den das Mitglied bei Erreichen des 65. Lebensjahres als Rente bekommen hätte. Dies ist eine Solidarleistung aller, die in unserem kapitalgedeckten Versorgungswerk durch erhebliche Rückstellungen gegenfinanziert werden muss. Nun wird die Zurechnung auf das 60. Lebensjahr, also die vorgezogene Altersrente vorgenommen, was versicherungsmathematisch sauber gerechnet einen Abschlag von 28 % bedeutet. Der berufsunfähig Erkrankte ist dann immer noch gut, aber eben nicht mehr so gut wie früher alimentiert. Die Regelung gilt für alle neuen BU-Renanträge ab dem 1. Januar 2016, an den schon zugesprochenen oder bis dahin beantragten Renten ändert sich nichts.

Dies bedeutet, dass nun das Versorgungswerk aufgrund

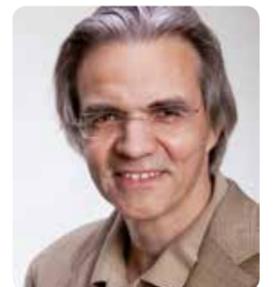
einer Hebung von Reserven auch in der Niedrigzinsphase noch längere Zeit gut aufgestellt ist. Für mich war dies eine Entscheidung zwischen Solidarität und Monetik, die ich gerne zugunsten der wenigen schwer kranken Mitglieder gesehen hätte.

Abschaffung des Kinderzuschlages zu Altersrenten

Bisher wurde bei den Kollegen und seltener den Kolleginnen, die bei Beginn der Altersrente noch in Ausbildung befindliche Kinder haben, die unter 25 und auf Nachweis 27 Jahre alt sind, ein Kinderzuschlag von 10 % der Altersrente pro Kind gewährt. Dies bevorteilt alte Väter (und selten Mütter) zulasten aller Versorgungswerkmitglieder, weshalb hier eine Abschaffung beschlossen wurde.

Meinem Antrag, diese Verschlechterung durch eine Einmalzahlung wie beim Versorgungsausgleich nach Scheidung zu kompensieren, konnte nach juristischer Prüfung nicht entsprechen werden, da dies nicht möglich ist. Somit sollten ältere Väter/Mütter prüfen, ob sie die Differenz gegebenenfalls durch eine Höherversorgung ausgleichen. Informationen hierzu gibt es direkt beim Versorgungswerk.

Endlich wurde auch die **Fortbildungsordnung neu beschlossen** – und damit die Musterfortbildungsordnung umgesetzt und an die hessischen Verhältnisse angepasst –, die die Punktevergabe für Veranstaltungen sowie die Kriterien für die Veranstalter neu regelt und auch internetbasierte Fortbildungen berücksichtigt.



Dr. Lothar Born

ANZEIGE

Ihre Kooperationspartner im Hessenmed Verbund



Ihr Partner für eHealth:

- Integrierte Web- & App-Lösungen
- Smartphone & Tablet Apps für iOS, Android und Windows
- Mobile Webdesign
- Webseitenerstellung und -Optimierung
- Projektentwicklung



www.smartcircles.de | Fon: 0231 4499599-90 | kontakt@smartcircles.de



- ✓ Externer Datenschutzbeauftragter
- ✓ Datenschutz in der Arztpraxis, im MVZ und im Krankenhaus
- ✓ Allgemeines Datenschutzmanagement
- ✓ Unabhängige Fachberatung
- ✓ Mitarbeiterschulungen und -unterweisungen
- ✓ Projektmanagement

Alles aus einer Hand!
 Ihr Partner für Datenschutz im Gesundheitswesen.

www.isdig.de | Fon: 0231 4499599-91 | kontakt@isdig.de

Hausärztliche Startenden durch



Die Kooperation zwischen dem Hausärzterverband und Hessenmed trägt Früchte. Nach langwierigen Verhandlungen trat im vergangenen Jahr ein Vertrag zur

hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Hessen in Kraft. Mittlerweile weisen sowohl wissenschaftliche Evaluationen als auch praktische Erfahrungen darauf hin, dass durch Hausarztverträge eine Win-Win-Situation für Ärzte, Patienten und Kassen entsteht. Die im Frühjahr 2014 erfolgte Streichung der Refinanzierungsklausel im § 73b Abs. 5a SGB V verbessert die Perspektiven der HzV-Verträge.

Man stelle sich einmal vor: In einem von Sparzwängen gebeutelten Gesundheitssystem vereinbaren Ärzte und Krankenkassen einen Vertrag, der dem Patienten eine bessere Behandlung, dem Arzt ein angemessenes Honorar und der Krankenkasse zumindest keine Mehrkosten bringt. Gibt es nur im Märchen? Falsch. Denn in den vergangenen zehn Jahren haben sich die Hausarztverträge zumindest in einigen Bundesländern vom Dauer-Streitthema zum Silberstreif am Horizont vieler Hausärzte entwickelt.

Die Grundidee der hausarztzentrierten Versorgung ist bestehend einfach: Patienten wählen ihren Hausarzt als ersten Ansprechpartner, der sie betreut und als Lotse durch die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre Behandlung steuert. Um das für Ärzte und Patienten freiwillige System attraktiv zu machen, wurden einige Anreize geschaffen. Patienten können von ihren Kassen Vergünstigungen angeboten bekommen, erhalten günstigere Medikamente, schnellere Facharzttermine und in vielen Fällen intensivere Behandlungen. Ärzte müssen an Qualitätszirkeln und Abendsprechstunden teilnehmen, profitieren aber durch erheblich weniger Bürokratie bei der Abrechnung und im Vergleich zum EBM von höheren und vor allem planbaren Honoraren. Dadurch, dass die Anzahl der ungesteuerten Arztbesuche und Doppeluntersuchungen sowie die Rezeptkosten durch Rabattverträge sinken, wird vermieden, dass den Kassen im Gesamtsaldo Mehrkosten entstehen.

Im Effekt entsteht, wie vom Gesetzgeber gewünscht, durch Hausarztverträge mehr Wettbewerb im System. Der § 73b SGBV legte unter anderem fest, dass die Qualitätssicherung innerhalb der hausarztzentrierten Versorgungsverträge über die in der Regelversorgung geltenden Vorgaben hinausgehen muss. Außerdem verpflichtete der Paragraf die Krankenkassen, bis zum 30. Juni 2009 flächendeckend Hausarztmodelle anzubieten.

Kritische Stimmen

Die AOK Baden-Württemberg, eine der Vorreiterinnen der HzV, bezeichnete dies als Systemwechsel, der unter anderem dazu führe, dass sich die Niederlassung wieder

lohne. Doch wie bei jedem Vorgang dieser Art gab es dazu auch kritische Stimmen, die seit fünf Jahren die politische Debatte aufluden:

- Manche Ärzte befürchteten eine eingeschränkte Arztwahl sowie vorgegebene Behandlungs- und Verschreibungsmöglichkeiten und lehnten die Übermittlung von Patientendaten über das Internet ab.
- Etliche Krankenkassen zweifelten am Sinn und Nutzen von Hausarztverträgen. Insbesondere stellten sie infrage, ob sich die höheren Honorare tatsächlich an anderer Stelle wieder einsparen lassen, wandten sich gegen die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss solcher Verträge, blockierten sie oder versuchten sie als reine Add-On-Verträge durchzusetzen. In der Folge kamen etliche Verträge nicht durch vertragliche Einigung zwischen Krankenkassen und Hausärzterverband zustande, sondern mittels Schiedsspruch.
- Aus der Sicht von KVen etabliert § 73b SGB V Parallelstrukturen für die hausärztliche Versorgung und wird daher als „Frontalangriff auf die flächendeckende ambulante Versorgung“ eingeordnet. KV-Vertreter äußerten aus dieser Sicht die Befürchtung, dass Verträge ohne KV-Beteiligung mit Bereinigung der Gesamtvergütung der Anfang vom Ende des KV-Systems und des Kollektivvertrag sein könnten. Die KV Bayern monierte, dass durch die Hausarztverträge ein Berufsverband seine Interessen zum Schaden der Gesamtheit der Ärzte durchgesetzt habe. Tatsächlich hat der Hausärzterverband faktisch ein Monopol, derartige Verträge abzuschließen.

Wer soll das bezahlen?

Ein heißes Eisen in der Debatte ist die Frage nach den Finanzierungsmodi von Hausarztverträgen sowie die Frage der Bereinigung der Honorare zwischen dem Kollektiv- und dem Selektivvertrag; beides hat direkten Einfluss auf Attraktivität und Spielräume der hausarztzentrierten Versorgung.

Zwar gewährte der Gesetzgeber eine Anschubfinanzierung zum Start der hausarztzentrierten Versorgung. Gleichzeitig wollte er aber sicherstellen, dass durch neue Versorgungsmodelle keine neuen Kosten im Gesundheitssystem entstehen. Daher schränkte er ab 2010 durch

die umstrittene Refinanzierungsklausel in § 73b Abs. 5a SGB V die Gestaltungsmöglichkeiten der Hausarztverträge ein. Diese sah vor, dass sich die Honorare im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung an denen des Kollektivvertrages zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen orientieren. Höhere Honorare waren unmittelbar durch Einsparungen an anderer Stelle zu kompensieren. Freiräume für mittelfristig wirkende Investitionen im Rahmen des Gesamtmodells wurden dadurch erheblich eingeschränkt – ein wesentlicher Grund für eine Vielzahl ebenso eingeschränkter Verträge.

Mit der Streichung der Refinanzierungsklausel ist die große Koalition am 1. April 2014 einer langen Forderung der niedergelassenen Ärzte entgegengekommen. Nunmehr sollen die Vertragspartner Wirtschaftlichkeitskriterien vereinbaren und müssen deren Einhaltung vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachweisen. Für künftige Verträge eröffnen sich dadurch perspektivisch neue Möglichkeiten, wie sie aus Baden-Württemberg bereits bekannt sind.

Vorteile für hessische Hausärzte

In Hessen war es für die meisten Patienten mangels Angebot bisher schwierig, vom Hausarztmodell zu profitieren. Nach zähen Verhandlungen und einem Schiedsspruch legten die AOK Hessen, der Hausärzterverband und Hessenmed Anfang 2013 einen entsprechenden Vertrag vor, den der Vorsitzende des hessischen Hausärzterverbandes, Dr. Dieter Conrad, als unter den gegebenen Rahmenbedingungen „bestmöglichstes Ergebnis“ bezeichnete.

Der Vertrag sieht eine kontaktunabhängige Pauschale von 36 Euro, eine kontaktabhängige Pauschale von 40 Euro sowie je nach Behandlungsbedarf weitere Zuschläge vor. Dies entspricht etwa einem Plus von 20 Prozent gegenüber der Vergütung im Kollektivsystem.

Die AOK wirbt für den Vertrag mit der Aussicht auf eine einfachere Honorarsystematik sowie weniger Bürokratie für die Ärzte. Um für die Patienten Vorteile zu erzielen, ist die freiwillige Teilnahme an einige Anforderungen ge-

knüpft (apparative Mindestausstattung, Zusatzsprechstunden, verkürzte Wartezeiten, Teilnahme an Fortbildungen und Qualitätszirkeln). Nach Einschätzung der Vertragspartner lohnt sich die Einschreibung in den Vertrag besonders für Hausärzte mit vielen chronischen und multimorbiden Patienten.

Perspektive: Mehr Qualität, mehr Wettbewerb

Mit dem AOK-Vertrag steht nun auch in Hessen vielen Ärzten und Patienten ein Hausarztmodell zur Verfügung. Etliche Hausärzte wissen die Vorteile bereits zu schätzen (siehe Erfahrungsbericht). In der Praxis muss sich beweisen, inwieweit es die erhofften Vorteile generieren und den Wettbewerb im Gesundheitswesen steigern kann – und etwa auch zur Steigerung der Attraktivität von Landarztpraxen beiträgt. Aus einem funktionierenden System könnten sich dann neue Perspektiven ergeben.

Durch die Verknüpfung mit Facharztverträgen nach § 73c SGB V können die Hausarztverträge im Sinne eines neuen ambulanten Versorgungskonzepts ergänzt werden. Abgestimmte Haus- und Facharztverträge können die Schnittstellen zwischen beiden Bereichen der ambulanten Versorgung verbessern und durch eine leitlinienorientierte Versorgung sowie definierte Behandlungspfade die Qualität der Behandlung für Patienten verbessern. Gleichzeitig eröffnet sich auch Fachärzten die Möglichkeit, in Zukunft jeden abgerechneten Fall auch vergütet zu bekommen – was den Arztberuf wieder attraktiver gestaltet.

Nach Auffassung von Dr. Werner Baumgärtner, dem Vorsitzenden von MEDI Baden-Württemberg, geht auch diese Rechnung auf: „Durch das Zusammenspiel von Haus- und Facharztverträgen werden Synergien frei, die die Behandlungsqualität entscheidend verbessern und zu Kosteneinsparungen führen. Die dadurch frei werdenden Mittel tragen dazu bei, dieses Versorgungsmodell zu finanzieren.“ Überdies lasse sich die Versorgung durch die Kombination von Haus- und Facharztverträgen besser an regionale Bedürfnisse anpassen, als dies im Kollektivvertrag möglich sei.

HAUSARZTVERTRAG Vergütung

Grundpauschale **Basisziffern** zur Betreuung von Patienten **EBM-Reform**
 Einzelleistungen Hausarztzentrierte Versorgung
 Hausärztliche Grundversorgung Zufriedenheit

Ärztelohnonorar

Hausarztvertrag: Eine gute Alternative

Ein Erfahrungsbericht von
Dr. Stephan Remy, Hausarzt in Buseck



Lange wurde diskutiert, auf Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) läuft die zweistufige Reform des hausärztlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) seit dem 1. Oktober 2013.

Wie sieht die Realität für uns Hausärzte aus? Neue Einzelleistungen, neue Abrechnungsziffern: Im ersten Schritt wurden, die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale und ein ausführliches Einzelgespräch aus der Versichertenpauschale herausgelöst, Basisziffern für Geriatrie und Palliativmedizin wurden eingeführt, um nur einige Beispiele zu nennen. Ein entscheidender Punkt ist dabei jedoch: Das alles leider ohne neues Geld! Willkommen in der bitteren Realität des Kollektivvertrages. Hiermit wurde der zeitfressenden Bürokratie weiter Vorschub geleistet.

Es ist mehr als verständlich, dass bei einigen Kolleginnen und Kollegen die Frustration stetig weiter wächst, ebenso wie die Ängste vor finanziellen Einbußen, die bei dem einen oder anderen regelrechte Existenzängste auslösen. Die Signalwirkung auf den so dringend benötigten medizinischen Nachwuchs scheint mir obendrein fatal! Nebenbei bemerkt: In dieser Situation schlagen einem dann beim Lesen der großen Tageszeitungen in den letzten Wochen Schlagzeilen entgegen wie „Ärztelohnonorar in vier Jahren um 17 Prozent gestiegen“ – mal ein harmloses Beispiel herausgegriffen. Die Kommentare, die diese Meldung nach sich zog, möchte ich an dieser Stelle gar nicht wiederholen. Wie wenig wird und wurde darin unser Praxisalltag abgebildet, wie wenig unsere tatsächlichen Probleme!

Seit dem 1. Juli 2014 wird uns von der KBV als Abrechnungserleichterung verkauft, dass wir die Chronikerziffer 03220 nicht mehr streichen müssen, wenn wir einen Zweitkontakt haben und die Zuschlagsziffer 03221 ansetzen. Nur: Der Ansatz der Ziffer 03221 setzt zwingend auch den Ansatz der Ziffer 03220 voraus, was bedeutet, dass zum Beispiel Palliativziffern zu den jeweiligen Kontakten nicht angesetzt werden können. Dies führt in solchen Fällen zu einer Mindervergütung.

Ich bin sehr froh, dass wir in Hessen, wie die Kolleginnen und Kollegen in einigen anderen Bundesländern, dieser EBM-Reform weit gelassener entgegen sehen können, weil wir eine Alternative zum „Hamsterrad“ des Kollektivvertrages haben. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit der Techniker Krankenkasse (TK), der AOK und der IKK classic sind bereits erfolgreich angelaufen. Sie haben mich überzeugt mit einer einfachen und attraktiven Vergütungsstruktur. Ich habe endlich Planungssicherheit durch ein sicheres Honorar über eine lange Vertragslaufzeit. Das alles mit deutlich weniger bürokratischem Aufwand im Praxisalltag. Wir, mein Praxisteam und ich, haben so Zeit gewonnen, die unseren Patienten zugutekommt. Wohl niemand würde solche Aussagen je über den hausärztlichen EBM treffen, oder?

Es gibt überall noch Zauderer, die sich vor einem vermeintlichen größeren Aufwand fürchten, aber da kann ich kontern: Die HzV bringt meinen Patienten und mir ganz klar keinen Mehraufwand, aber definitiv einen Mehrwert – der Fallwert im HzV-AOK-Vertrag im zweiten Quartal

2014 liegt in meiner Praxis bei ausgezahlten 85,57 €, der Fallwert im HzV-TK-Vertrag über acht Quartale bei 75 € pro Quartal. Das Argument, die EHV würde mit HzV-Verträgen ausgehöhlt, zählt nicht, denn die HzV-Vergütung ist EHV-wirksam.

Wer dennoch unsicher ist und Fragen hat, wird vom Landesverband bestmöglich unterstützt: Eigens dafür hat der hessische Hausärzteverband ein speziell geschultes HzV-Team gegründet, welches bei Fragen zu den Verträgen und zur Umsetzung der HzV in den Praxen täglich Rede und Antwort steht. Neben den regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen werden künftig zwei Medizinische Fachangestellte eine Telefonsprechstunde für HzV-interessierte Praxisteams anbieten und bei Bedarf auch einzelne Praxen vor Ort bei der Umsetzung der HzV-Prozesse unterstützen. Weitere Maßnahmen zu unserer Unterstützung, wie Praxisflyer und Poster mit Argumenten für unsere Patientinnen und Patienten, werden zur Verfügung gestellt.

So unterstützt, lässt mich die HzV dem neuen hausärztlichen EBM nahezu gelassen entgegensehen und ich bin überzeugt, dass der Hausarztberuf mit einer qualitativ hochwertigen und in der Fläche etablierten hausarztzentrierten Versorgung auch für unsere jungen Kolleginnen und Kollegen, die über eine Niederlassung nachdenken, wieder ein großes Stück attraktiver wird.

Fazit: Wer als Hausarzt nicht an den Hausarztverträgen teilnimmt, kann nicht rechnen und lässt sich lieber im KV-System drangsalieren.

ANZEIGE



„Easy-to-press“

**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.**

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

BerliPen® areo2

Vorreiter Baden-Württemberg



Der 2008 zwischen der AOK, dem Hausärzteverband sowie MEDI Baden-Württemberg geschlossene Hausarztvertrag gilt als „Mutter der Hausarztverträge“. Ärzte aus anderen Bundesländern können schon mal neidisch werden, wenn sie die Bedingungen im Ländle betrachten. 80 Euro im Quartal pro Patient ohne Fallzahlbegrenzung, das gibt es nur dort. Zwei Erfolgsgeheimnisse lassen sich dafür identifizieren: Erstens schöpfen die Vertragspartner die gesetzlichen Möglichkeiten (vor der Verschärfung der Refinanzierungsregeln 2010) optimal aus und konzipieren den Vertrag von Anfang an nicht als Sparvertrag. Stattdessen zielen sie auf eine Aufwertung des Hausarztberufes, um auch auf längere Sicht die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Zweitens halten die Vertreter von AOK, dem Hausärzteverband und MEDI bis heute bei der Verfolgung ihrer Ziele eisern zusammen. So wurde beispielsweise, als Reaktion auf die Gesetzesänderungen der Bundesregierung, der Vertrag bis zum 31. Dezember 2015 verlängert. Dieser setzt damit Standards, hinter denen die Regelungen in anderen Ländern deutlich zurückbleiben.

Als Vollversorgungsvertrag ist die ärztliche Vergütung – unabhängig vom EBM – mit Pauschalen, Einzelleistungen und qualitätsabhängigen Zusatzvergütungen geregelt. Inhaltlich weist der Vertrag neben der verbesserten Honorarregelung die bekannten Elemente auf: Freiwillige Teilnahme für Ärzte und Patienten – Letztere müssen sich für ein Jahr verpflichten, stets zum selben Hausarzt und nur auf Überweisung zum Facharzt zu gehen. Auf ärztlicher Seite gilt unter anderem die stärkere Verpflichtung auf leitlinienbasierte Medizin und Medikation, die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Entlastung von Bürokratie. Die Patienten erwarten etwa mehr Service durch Patientenbegleiter, eine Terminabendsprechstunde, kürzere Wartezeiten und rasche Überweisungstermine sowie bessere Angebote wie jährliche Check-Ups. Zum 5-jährigen HZV-Jubiläum 2013 kam unter anderem eine Mobilitätsinitiative für Versorgungsassistentinnen hinzu – das VERAHMobil für Hausbesuche. Hierbei erstatten die Vertragspartner den Hausärzten die Hälfte der Leasingkosten.

Bei Ärzten und Patienten kommt das Modell gut an: Fünf Jahre nach seinem Start hatten sich 3.800 Hausärzte sowie 1,2 Mio. AOK-Versicherte in den HZV eingeschrieben. Trotz höherer Leistungen für alle betonen die Vertragspartner die Kostenneutralität des Vertrages.

Seit 2010 wird die hausarztzentrierte Versorgung durch angelegte Facharztverträge – ebenfalls mit höheren Fallwerten – ergänzt. Ausgestaltet als Selektivverträge nach § 73c SGB V, arbeiten Kardiologen, Gastroenterologen, Psychiater, Neurologen, Psychotherapeuten sowie Orthopäden eng und Unfallchirurgen mit Hausärzten zusammen. Angestrebt wird eine schnellere, strukturierte und flexiblere Behandlung der Patienten mit verbindlichen Abstimmungsmechanismen zwischen Haus- und Fachärzten, die vor allem chronisch Kranken erhebliche Vorteile bietet. (hi)

AOK BW, Hausärzteverband BW und MEDI BW:

Sechs Forderungen an eine neue Bundesregierung

1. Refinanzierungsklausel: Die ersatzlose Streichung der sofortigen Refinanzierungsklausel des § 73b Abs. 5a SGB V ist der einzig richtige Weg, um die dringend notwendige Investitionskultur für zukunftsfähige Versorgungsstrukturen herzustellen (Streichung erfolgte zum 1.4.2014).

2. Kassenpflicht: Das Recht der Versicherten auf eine hausarztzentrierte Versorgung muss durch den dauerhaften Fortbestand der Kassenpflicht zum Angebot von Hausarztverträgen gesichert bleiben.

3. Analoge Facharztverträge: Auch Facharztverträge müssen analog zu den Hausarztverträgen für Krankenkassen verpflichtend werden. So kann neben der Regelversorgung ein umfassendes alternatives Versorgungsangebot auf freiwilliger Basis entstehen.

4. Bereinigung: Notwendig ist eine Bereinigung unmittelbar durch gesetzliche Regelung, die für alle Beteiligten eine bürokratiearme und rechtssichere Ausgestaltung garantiert.

5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag: Die ärztliche Vergütungsverträge sind wieder auf Ebene der Krankenkassen bzw. deren Verbände einzeln mit den KVen zu vereinbaren – wie übrigens auch im zahnärztlichen Bereich üblich.

6. Stärkung des Qualitätswettbewerbs: Qualitätswettbewerb für Versicherte und Patienten muss durch breite selektivvertragliche Optionen eröffnet und die Integration einzelner Behandlungsbausteine ganzheitlich möglich werden.

Quelle: AOK BW, Hausärzteverband BW und MEDI BW: Gesundheitspolitik im Brennpunkt: Qualitätswettbewerb braucht Freiräume für Investitionen. Positionspapier v. 13.8.2013.

**Riesige
existenzielle
Vorteile**

Was bringen die Hausarztverträge? Hessenmed-Magazin sprach mit dem Hausarzt und MEDI GENO-Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner

Herr Dr. Baumgärtner, welche konkreten Vorteile haben Sie als Hausarzt von einem Hausarztvertrag?

Baumgärtner: Nun, riesige und für meine Praxis existenzielle Vorteile! Jede abgerechnete Leistung und jeder Fall werden bezahlt, es gibt also kein Honorarbudget, keinen Honorarverteilungsmaßstab und keine Fallzahlbegrenzung. Ich weiß als Arzt immer aktuell, wie viel Honorar ich zu erwarten habe. Zudem liegen das so erreichte Honorar und die Fallwerte immer über 30 % höher als im Kollektivvertrag. Also erhalte ich feste und bessere Preise für meine Arbeit und die meines Praxisteam und habe darüber hinaus Planungssicherheit. Alles Dinge, die im Kollektivvertrag völlig fehlen. In der KV warte ich ein halbes Jahr auf die Schlusszahlung und weiß dann letztlich auch nicht, weshalb sie meist schlecht oder manchmal auch gut ausgefallen ist. Eine gerechte Honorarverteilung in einem unterfinanzierten System kann es nun einmal nicht geben.

Und was haben Ihre Patienten davon?

Baumgärtner: Sie haben einen Hausarzt, bei dem sie fest eingeschrieben sind, das wird in den nächsten Jahren nicht selbstverständlich bleiben. Zudem entfällt die Zahlung auf rabattierte Medikamente. Die Wartezeiten sollen auf 30 Minuten begrenzt bleiben und auf Wunsch bieten die Praxen einmal pro Woche auch späte Termine bis 20 Uhr an. Dieser Wunsch wurde in meiner Praxis übrigens bisher noch nie geäußert, wobei wir sowieso an vier Tagen in der Woche bis 19 Uhr Termine vergeben.

Was würden Sie hessischen Hausärzten raten?

Baumgärtner: Natürlich, dass sie am Hausarztvertrag teilnehmen und sich und ihre Patienten einschreiben. Der Vertrag in Hessen ist mit dem in Baden-Württemberg zwar nicht vergleichbar, aber besser als der hessische Kollektivvertrag. Schon allein das Fehlen von Budgetierung und Fallzahlbegrenzung ist doch ein Wert an sich und ein entscheidender Schritt nach vorne. Probleme sehe ich al-

lein in der Bereinigung, wo die teilnehmenden Ärzte sehr darauf achten müssen, dass sie durch die Bereinigungsregelungen der KV nicht benachteiligt werden.

In Baden-Württemberg hat die Evaluation des Hausarztvertrags ja durchweg positive Resultate erbracht. Gleichzeitig betont die AOK dessen Kostenneutralität. Warum verhalten sich andere Krankenkassen so zurückhaltend?

Baumgärtner: Vielen Kassen fehlen Mut und Kompetenz zu neuen Vertragsformen. Ich spreche hier nicht nur von Hausarztverträgen, sondern insbesondere auch von unseren Facharztverträgen. Zudem denken die meisten Kas-



sen wirtschaftlich logisch, nämlich dass sie eine Vollkaskoversorgung zu niedrigen Preisen aktuell am besten im Kollektivvertrag erhalten. Der Widerstand aus der Ärzteschaft hält sich da ja in Grenzen und die KVen sind mit sich selbst beschäftigt.

Rechnen Sie damit, dass der Wegfall der Refinanzierungsklausel in nächster Zeit ähnlich innovative Verträge wie in Baden-Württemberg auch in anderen Bundesländern ermöglicht?

Baumgärtner Ja, es sollte einen Schub bei den Hausarztverträgen geben, dann können auch Facharztverträge folgen. Allerdings muss dazu noch eine faire gesetzliche Regelung verabschiedet werden, verpflichtend für alle Kassen und KVen, sonst können diese die beteiligten Praxen bei der Bereinigung der RLV und Fallzahlen so benachteiligen, dass eine Teilnahme keinen Sinn macht. Meine aktuell geführten Gespräche in Berlin zeigen mir, dass es hier noch sehr viel Überzeugungsarbeit zu leisten gilt. Kommt es zu fairen Bereinigungslösungen, wird es bald auch innovative Verträge wie in Baden-Württemberg auch in anderen Bundesländern geben, auch in Hessen.

Sie haben sich immer für feste Preise und planbare Einkommen eingesetzt. Welche Perspektiven ergeben sich für die niedergelassenen Ärzte durch die Kombination von Haus- und Facharztverträgen?

Baumgärtner Zuerst einmal macht doch nur eine gemeinsame Versorgung von Hausärzten und Fachärzten bei allen ambulanten möglichen Behandlungen Sinn. Also miteinander statt gegeneinander, wie es leider aktuell im KV-System stattfindet. So funktioniert unser Versorgungskonzept von Hausarzt- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg. Übrigens auch bei uns gegen viele Widerstände! Wenn es uns gelingt, bundesweit Hausarzt- und Facharztverträge erfolgreich zu etablieren, hätten wir in einem ersten Schritt zumindest teilweise feste und bessere Preise für unsere Arbeit. Feste Preise bei Hausarzt- und Facharztverträgen wären sicher auch das richtige Zeichen in Richtung Kassen und Politik, endlich auch im Kollektivvertrag zu solchen zu kommen. Der Weg dahin wird aber ein sehr langer sein, das zeigt mir meine Erfahrung aus der Vergangenheit, denn warum sollen die Kassen und die KVen ihr liebstes „Spielzeug“, die Honorarverteilung, einfach aufgeben?

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

Hausarztmodell in der Evaluation Besser betreut

Eine wissenschaftliche Studie zum AOK-Hausarztvertrag bestätigt: Pro Jahr können in Baden-Württemberg allein 4.500 Krankenhauseinweisungen und 250 hüftgelenksnahe Frakturen vermieden werden.

Patienten in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg sind besser betreut. Die neuesten wissenschaftlichen Studienergebnisse der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg belegen erstmals, dass die intensivere Behandlung durch den Hausarzt in Baden-Württemberg auch hilft, mehr als 4.500 Krankenhauseinweisungen in der HZV pro Jahr zu vermeiden. Dies haben die AOK, der Deutsche Hausärzteverband und der MEDI Baden-Württemberg in einer gemeinsamen Erklärung mitgeteilt. Der Vertrag im Südwesten sei damit „die Umsetzung par excellence des politischen Willens, eine patientenorientierte Versorgungsgestaltung zu erreichen“, heißt es darin.

In ihrem Bericht bestätigen die Wissenschaftler, dass besonders chronisch Kranke und ältere Menschen von der HZV in Baden-Württemberg profitieren, beispielsweise indem schwierige Krankheitsverläufe erst gar nicht eintreten: Durch den Hausarztvertrag konnten alleine 250 Hüftgelenksfrakturen im Jahr vermieden werden.

Für die nunmehr evaluierten Jahre 2011 und 2012 bestätigt die Studie 9.000 vermiedene Klinikeinweisungen. Dieses Ergebnis sei „die Folge der viel intensiveren Beziehung zwischen HZV-Arzt und Patient“, so die beiden Leiter der Studie, Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main und Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg.

Laut Studien haben HZV-Patienten durchschnittlich pro Jahr drei Hausarztkontakte mehr als die Versicherten in der Regelversorgung (dies entspricht 15 Prozent), überflüssige Behandlungen nehmen ab (unkoordinierte Facharztkontakte liegen um mehr als 20 Prozent unter der Regelversorgung) und es werden um ein Drittel weniger Medikamente verschrieben. Die konsequentere Arzneimittelsteuerung wirke sich aus: „Die Pharmatherapiekosten im ambulanten Bereich waren für die HZV-Versicherten pro Jahr und Patient schon ohne Rabattberücksichtigung über 100 Euro geringer als in der Regelversorgung“, so Szecsenyi. Eine stabile, kontinuierliche, auf eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung angelegte hausärztliche Versorgung der Versicherten werde nachweislich gestärkt.



Zukunftsmodell für junge Ärzte

Befragt man Ärzte, die den Schritt in die Niederlassung gegangen sind, erhält man in der Regel recht ähnliche Antworten. Viele junge Ärzte berichten, dass sie sich den Sprung in die Niederlassung weitaus komplizierter vorgestellt hatten, als er tatsächlich bei ihnen war.

Und so gut wie alle kommen zu dem Fazit:

Niederlassung lohnt sich.

Zwar ist eine Niederlassung sicherlich nicht die richtige Lösung für jedermann; nur diejenigen jungen Ärzte, die bereit sind, sich neben den medizinischen Fähigkeiten auch die notwendigen Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Personalführung und Praxisorganisation anzueignen, können erfolgreich sein. Gelingt dies, dann bietet die eigene Praxis in den weitaus meisten Fällen eine gesicherte Existenz – mit besseren Verdienstmöglichkeiten als im Angestelltenverhältnis. Zur hohen Berufszufriedenheit niedergelassener Ärzte trägt aber vor allem bei, dass sie eigenständig arbeiten, eigene Schwerpunkte setzen und sich selbst besser entfalten können. Gerade den jahrelangen persönlichen Kontakt zu den eigenen Patienten möchten Niedergelassene nicht missen.

Und nicht zuletzt ermöglicht eine gut organisierte Praxis mit funktionierendem Management auch angemessene Freizeitmöglichkeiten. Außerhalb der Sprechstundenzeiten liegt die Arbeitsbelastung niedriger als in einer Klinik, bei der Wochenend- und Nachtdienste dazugehören. Wie bei allen anderen Freiberuflern hat es letztendlich der Inhaber selbst in der Hand, was er aus und mit seinem Unternehmen macht.

Trotz dieser Vorteile finden Ärzte und Praxen aber nicht in allen Fällen zueinander. Das kann auch daran liegen, dass die Vorstellungen vom Berufsbild des heutigen werden des Arztes allzu stark mit alten Klischees über die Niederlassung kontrastieren. Längst hat die gesamtgesellschaftliche Debatte um eine angemessene Work-Life-Balance auch die Mediziner erreicht. Auch junge Ärzte stellen an ihren Beruf den Anspruch, dass dieser mit Familie und Freizeit vereinbar ist. Dies – und ein Frauenanteil bei den Medizinstudenten von über 60 Prozent – befördert beispielsweise den Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung in der

Kinderphase beziehungsweise nach einer angestellten Tätigkeit mit überschaubaren Arbeitszeiten.

Kommt hinzu, dass viele Mediziner die Vorteile des Lebens auf dem Land grundsätzlich unterschätzen. Faktoren wie das hohe schulische und kulturelle Angebot in Städten und Ballungsgebieten spielen dabei eine erhebliche Rolle. Demgegenüber schätzen viele Ärzte die größere Nähe zu den Patienten auf dem Land. Und so manch einer, der sich eigentlich nur für einige Jahre auf das Land hatte locken lassen, lernt sein familienfreundliches Umfeld zu schätzen und bleibt.

Alte Klischees und gewandelte Berufsbilder

Es hat fast etwas Tragisches, dass ausgerechnet das längst nicht mehr gültige Klischee vom allseitig dienstbereiten Landarzt als Schreckensbild dient, das junge Mediziner von der Niederlassung abhält. Nach solchen Vorstellungen müssen Landärzte sich zunächst hoch verschulden und ein nicht überschaubares Risiko eingehen, werden anschließend geplagt von unermesslichem bürokratischen Aufwand, leben ohne nennenswerte Freizeit, dafür aber in der ständigen Angst vor Regressen und plagen sich zu allem Überfluss noch mit permanenten Hausbesuchen und Notdiensten.

Tatsächlich haben sich nicht nur die Wünsche der jungen Ärzte, sondern auch das Berufsbild des niedergelassenen Arztes in den vergangenen Jahren geändert. Auch im Interesse der Patienten sind die meisten Praxen im Vergleich zu alten Vorstellungen erheblich modernisiert worden – und nicht nur die große Anzahl der Gemeinschaftspraxen und Ärztenetze deutet darauf hin, dass das Bild des gebeutelten Einzelkämpfers längst zur Makulatur geworden ist.

Auch die Niederlassung selbst kann, muss aber nicht als Sprung ins kalte Wasser gestaltet werden. Meist bleibt dem frisch gebackenen Vertragsarzt die schwierige Neugründung einer Praxis heute erspart – der Regelfall ist die Übernahme einer bereits bestehenden, etablierten Praxis. Möglichkeiten wie der Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis oder die Zusammenarbeit mit einem Arzt, der sich nach einer gemeinsamen Arbeitsphase allmählich aus seiner Praxis zurückzieht, bieten sanfte Einstiege in die Niederlassung.

Für viele Ärzte führt der Weg in die Niederlassung heute über eine Anstellung im Bereich der ambulanten Medizin. Speziell die Anstellung in einer niedergelassenen Praxis eröffnet auf der einen Seite Möglichkeiten für an die eigenen Bedürfnisse angepasste Arbeitsverträge. Und auf der anderen Seite lassen sich so wertvolle Einblicke und Erfahrungen sammeln – und so mancher junge Arzt stellt dabei fest, dass die Hürden für eine eigene Niederlassung doch nicht so hoch sind wie gedacht.

Günstige Bedingungen für Landärzte

Und speziell für angehende Landärzte bieten sich durch den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen immense unternehmerische Chancen. Ihnen stehen heute mehr Türen offen als jemals zuvor. Denn was heute bereits in ländlichen Regionen spürbar ist, wird in nicht allzu ferner Zukunft durch den demografischen Trend noch verstärkt: Es fehlt an Nachwuchs – und gleichzeitig rollt eine Ruhestandswelle unter den Ärzten auf die Gesellschaft zu. Die meisten Landärzte haben heute bereits Probleme, Nachfolger für ihre Praxen zu finden.

Für junge Ärzte schafft das hervorragende Möglichkeiten, Praxen mit festem Kundenstamm zu übernehmen, häufig ablösefrei – und in manchen Fällen unterstützen die Kom-

munen und Regionen die Ärzte zusätzlich, indem sie die Kosten der Immobilie teilweise oder sogar ganz übernehmen. Insgesamt minimiert dies die Einstiegsrisiken früherer Zeiten und eröffnet außerordentlich gute Perspektiven für den Aufbau einer Existenz.

Um Versorgungslücken und Praxislehrstühle zu vermeiden, schießen seit einigen Jahren Praxisbörsen, Förderinstrumente oder Ansiedlungsanreize aus dem Boden. Die Suche nach Landärzten wird dabei mit großer Kreativität und beachtlichen Anreizen untermauert. Mit bis zu 3.500 Euro pro Monat versucht etwa die KV Brandenburg junge Ärzte in Weiterbildung zur Niederlassung in dünn besiedelten Flächen zu bewegen. Auf Kreisebene werden teilweise bereits während des Studiums Förderstipendien vergeben, mit der Auflage, dass sich die geförderten jungen Ärztinnen und Ärzte verpflichten, für einige Jahre im Landkreis zu praktizieren. Und die KBV startete eine Image-Kampagne unter dem Motto „Ich arbeite für Ihr Leben gern“ mit einer Informationsseite für angehende Mediziner (www.lass-dich-nieder.de). Hinzu kommen eine Fülle von Niederlassungsseminaren, Orientierungshilfen und Initiativen gerade auch in den Ärztenetzen.

Ärzteneetze: Gute Adressen für junge Ärzte

Dass Not erfinderisch macht – aber jungen Ärzten auch neue Möglichkeiten bietet –, zeigen die zahlreichen größeren und kleineren Projekte in den Hessenmed-Netzen, die allesamt darauf abzielen, die Versorgung auch in strukturschwachen Räumen zu sichern und die Einstiegsmöglichkeiten für junge Ärzte zu verbessern. Vorreiter für solche Modelle sind etwa die Ärztegemeinschaft am Strelasund, die bereits seit über zwei Jahrzehnten in ihrem Ärztehaus ein weitgehend bürokratiefreies Praktizieren ermöglicht. Auch über Modelle wie das ANSBmedZentrum in Finsterwalde, ein von einem Ärztenetz getragenes MVZ, das bewusst junge Ärzte auf eine spätere Niederlassung vorbereitet (s. Hessenmed Magazin 1-2013), wird in hessischen Netzen diskutiert. Und im osthessischen Gersfeld steht derzeit ein eigenes Modell in den Startlöchern, bei dem sich mehrere Ärzte tageweise eine Gemeinschaftspraxis teilen, um die medizinische Versorgung vor Ort aufrechtzuerhalten. Auch Kombinationen von Anstellung und Selbstständigkeit sind in solchen Fällen denkbar.

Ärzteneetze erweisen sich generell als gute Adressen, wenn es für junge Ärzte darum geht, ihre Möglichkeiten auszuloten; sie sind mit sämtlichen Existenzbedingungen einer Niederlassung bestens vertraut und verfügen über ein Höchstmaß an lokaler Expertise. Überdies bietet eine Reihe von Netzen Berufsanfängern ihre Unterstützung an. So zum Beispiel in Marburg, wo ein Stammtisch zum Erfahrungsaustausch für junge Ärzte eingerichtet wurde. In puncto Praxisbewertung, Existenzgründungsberatung, Fortbildungsangebote finden sich in den meisten Ärztenetzen Ansprechpartner, die junge Ärzte unterstützen und ihre Erfahrungen teilen. hi

„Lass dich nieder“



Der KBV startete eine Image-Kampagne unter dem Motto „Ich arbeite für Ihr Leben gern“ mit einer Informationsseite für angehende Mediziner www.lass-dich-nieder.de

„Auf meine eigene Praxis hätte ich nicht verzichten wollen!“



„Niedergelassene Ärzte sind glücklich in ihrem Beruf.“ „Immer weniger Ärzte wollen auf's Land.“ Wann immer Ärzte befragt werden, fallen diese beiden Sätze. Zwei, die sich auf dem Land niedergelassen haben und sich sicher sind, die richtige Wahl getroffen zu haben, sind der osthessische Allgemeinmediziner Michael Ziegler und der Internist Dr. Florian Kircher. Ziegler, 59, betreibt seit 1986 seine Praxis in Ehrenberg. Der junge Internist Kircher, 36, stieg vor zweieinhalb Jahren in die Gemeinschaftspraxis seiner Eltern in Gersfeld ein. Dem Hessenmed-Magazin standen beide Rede und Antwort.

Hatten Sie von Anfang an eine Niederlassung im Sinn oder war das ein längerer Prozess?

Ziegler: Ich wollte mich in der Tat von Anfang an als Landarzt niederlassen. Ich bin selber auf dem Land aufgewachsen. Nach meiner Zulassung habe ich eine geeignete Praxis gesucht und gefunden.

Kircher: Bei mir war das ein längerer Prozess. Meine Eltern hatten ja ihre Praxis. Bereits während meines Studiums habe ich ihnen deutlich zu verstehen gegeben, dass sie nicht mit mir in Gersfeld rechnen sollten. Wer jemals in München gelebt hat, weiß um die Attraktivität einer solchen Universitätsstadt. Und mit meiner Anstellung an der Uni-Klinik war ich zufrieden. Als Arzt hatte ich hier viele Möglichkeiten.

Geändert hat sich das zum einen dadurch, dass wir eine Familie gegründet und Kinder bekommen haben. Dann werden hohe Mieten und fehlende Kindergartenplätze plötzlich zum Thema. Außerdem stellte ich bei einer Hospitanz in der Praxis meiner Eltern fest, dass ich die Rolle des Hausarztes unterschätzt hatte. Ich merkte, dass die eigentliche Medizin und die Wertschätzung des Patienten genau hier stattfanden. Und ich suchte eine langfristige Perspektive. Mit dem Umzug nach Gersfeld fand dieser Prozess seinen Abschluss.

Was schätzen Sie daran? Machen Sie es immer noch gern?

Ziegler: Landarzt zu sein ist eine sehr schöne Aufgabe. Man ist besonders nah am Menschen, baut Beziehungen auf, kennt seine Patienten seit Jahren und deren Familien

über mehrere Generationen. Wenn die Tür zum Behandlungszimmer aufgeht, erlebt man gelebte Anamnese. Diese starke Bindung macht die Arbeit für mich besonders wertvoll. Natürlich gäbe es immer etwas zu jammern. Aber das Vertrauensverhältnis zu den Patienten, die auf dem Land übrigens weniger facharztgläubig sind, ist sehr befriedigend.

Kircher: Ich liebe meinen Beruf. Und ich liebe es, dass ich nun – im Rahmen des Möglichen – meine Vorstellung von guter Medizin umsetzen kann. Ich allein kann entscheiden, wie viel Zeit ein Patient benötigt, welche Art der Medizin ich praktizieren will, welche Untersuchungen ich vornehme – und dass es niemanden gibt, der mir sachfremde Vorgaben macht.

Wären Sie auch als angestellter Arzt zufrieden?

Ziegler: Ich glaube, nicht so sehr. Man hat dann alle vier Wochen neue Patienten. Ich kann heute sagen, dass mir die kontinuierliche Beziehung zu den Patienten wichtig ist. Das ist vielleicht eine Besonderheit des Allgemeinarztes. Statt sich für Teilbereiche zu interessieren, kümmert man sich um den ganzen Menschen. Diese Tiefe und Breite macht die Allgemeinmedizin so attraktiv. Nein, auf meine eigene Praxis hätte ich all die Jahre nicht verzichten wollen.

Kircher: Grundsätzlich war ich ja als Krankenhausarzt zufrieden. In einer Uni-Klinik hat man viele Möglichkeiten und auch mehr Freiheiten als in einem normalen Krankenhaus. Als positiv habe ich empfunden, dass Uni-Kliniken

ein gutes Karriere-Sprungbrett sind. Allerdings gerät man dann irgendwann auch an den Punkt, an dem einen die hierarchischen Strukturen stören; wenn man Untersuchungen vornehmen muss, die eigentlich nicht nötig sind, oder Patienten entlassen soll, obwohl sie eigentlich noch krank sind. Damit wäre ich aus heutiger Sicht nicht mehr zufrieden. Aber damals befürchtete ich, wenn ich das Krankenhaus verlasse, dann kann ich nicht mehr zurück und verschenke vielleicht eine Karriere als Oberarzt. Allerdings kenne ich niemanden in meinem Bekanntenkreis, der nach seiner Niederlassung wieder zurück ins Krankenhaus wollte. Auch ich würde heute eine Oberarztstelle nicht mehr annehmen.



Was würden Sie jungen Ärzten heute raten? Ist eine Niederlassung nach wie vor attraktiv?

Ziegler: Auch heute noch ist die Arbeit als niedergelassener Arzt attraktiv. Ich würde junge Ärzte ausdrücklich dazu ermutigen. Selbstverständlich gibt es Dinge, die weniger angenehm sind. Was die Bürokratie betrifft, muss man mit vielem rechnen. Und die Drohung von Regressforderungen oder das Sich-rechtfertigen-Müssen für bestimmte Behandlungen steht für

mich als Diabetologen immer im Raum. Allerdings ist die Dienstbelastung im Krankenhaus vermutlich noch höher. Meine Praxis habe ich 17 Jahre lang als Einzelkämpfer geführt. Spätestens nachdem ich die Kooperation gesucht habe, ist die Arbeitsbelastung deutlich gesunken.

Kircher: Eine Niederlassung ist in jedem Fall attraktiv, auch finanziell. Ich kann dazu nur raten. Was viele davon abschreckt, ist, dass sie dann Unternehmer sind. Man muss sich mit vielen Dingen beschäftigen, von denen man bis dahin keine Ahnung hatte. Wenn man dazu bereit ist, dann sollte man das tun.



Bekommt ein niederlassungswilliger Arzt genügend Unterstützung? Wie kann man jungen Ärzten den Einstieg in die Niederlassung erleichtern?

Ziegler: Für junge Ärzte gibt es heute viele Möglichkeiten. Nachdem man lange Zeit verdrängt hat, dass ein Ärztemangel droht, wurden zahlreiche Initiativen ins Leben gerufen. Wir selbst beteiligen uns ja daran auch, indem wir als „Akademische Lehrpraxis“ unser Wissen an Medizinstudenten weitergeben. Hier können sie in einer späten Phase des Studiums erleben, wie vielschichtig unser Berufsbild ist. Diese Form der langfristigen Betreuung von Patienten erlebt man im Studium ja nicht. Ziel ist es, in den 14 Tagen, die die Praktika dauern, einen Keim zu legen – wenn die Studenten hautnah erleben können, was den Beruf so attraktiv macht.

Kircher: Ich hätte mir mehr Unterstützung gewünscht. Zwar hieß es, in der Rhön herrsche Ärztemangel. Aber als ich bei der KV nachfragte, wusste niemand etwas von vakanten Sitzen. Später habe ich dann eine Praxis gekauft und den Sitz verlegt. Ich sah mich einem regelrechten bürokratischen Wust ausgesetzt und hätte mir mehr Hilfe gewünscht. Gut wäre es, wenn es bei der KV eine Task Force für junge Ärzte gäbe, die bei der Suche nach Stellen und bei der Erledigung der Formalitäten hilft. Aus heutiger Sicht weiß ich natürlich mehr als damals. Beim Gesundheitsnetz Osthessen haben wir zum Beispiel vor einiger Zeit einen Stammtisch für junge Ärzte gegründet. Auch bei der Praxisvermittlung hilft das GNO durchaus. Aber vor meiner Niederlassung wusste ich davon nichts.

Ich glaube, das ein gleitender Übergang den Schritt in die Niederlassung wirklich erleichtern kann. In unserer Gemeinschaftspraxis bieten wir ein Angestelltenverhältnis an, dass gerade Müttern den notwendigen Spielraum bietet – und als Sprungbrett für eine spätere Niederlassung dienen kann.

Wie beurteilen Sie die sprichwörtlich „hohen Hürden“, die „Risiken“, die oft mit der Aussicht kontrastiert werden, einem drohe als niedergelassener Arzt stets Regress und Pleite? Können Sie diesem Schreckgespenst angehender Ärzte den Zahn ziehen?

Ziegler: Teilweise. Man muss vorher wissen: Wenn man sich niederlässt, dann ist man nicht nur Arzt, sondern eben auch Unternehmer und Personalfachkraft. Man muss neben seinem Beruf als Mediziner eine Praxis organisieren und unterhalten. Das ist schon allein deshalb nicht leicht, weil man diesen Teil des Berufsbildes während eines Medizinstudiums eben nicht lernt. Wie schon erwähnt, die Bedrohung durch Regresse ist durchaus da. Vor allem ist der bürokratische Aufwand er-



heblich – auch was die Erfassung von Behandlungsdaten betrifft. Durch den Abbau von Bürokratie könnte man die Attraktivität des Arztberufes noch erheblich steigern.

Kircher: Also, das Schreckgespenst der drohenden Pleite ist sicherlich übertrieben. Man muss sich schon ganz schön dumm anstellen, um eine Praxis an die Wand zu fahren. Die Regresse sind aber durchaus ein Problem. Auch unter Kollegen ist das immer ein Thema. Grundsätzlich ist es eine bodenlose Unverschämtheit, dass man auf diese Weise abgestraft werden kann. Und da es drei Jahre dauern kann, bis Regressforderungen eintreffen, hat man schon das Gefühl, einem Damoklesschwert ausgesetzt zu sein. Abgesehen davon geht es mir unglaublich auf die Nerven, zehn Mal am Tag einem Patienten erklären zu müssen, dass ich ihm beispielsweise keine Krankengymnastik verschreiben darf. Ich glaube also schon, dass die Regressfrage bei der Abwägung einer Niederlassung eine Rolle spielt.

Wenn Sie einmal auf die Zeit zurückblicken, seit Sie niedergelassener Arzt sind: Haben sich die Bedingungen insgesamt verbessert oder verschlechtert? Und wie gelingt es Ihnen, Privatleben und Familie miteinander zu vereinbaren?

Ziegler: Die Bedingungen haben sich jedenfalls verändert. In der Praxisorganisation gibt es erhebliche Änderungen. Die Einzelpraxen werden weniger. Durch die gemeinsame Führung einer Praxis erfährt man als Arzt eine erhebliche Entlastung. Dies geschieht auch durch die Organisation des Bereitschaftsdienstes. Das Profil des Haus- oder des Landarztes hat sich insgesamt gewandelt. Heutzutage gibt es Mittel und Wege, auch als Niedergelassener Beruf und Privatleben miteinander zu vereinen. Mir gelingt das jedenfalls ganz gut.

Kircher: Also, ich finde, sie haben sich verbessert (lacht). Aber ich bin ja erst seit zweieinhalb Jahren niedergelassener Arzt und in dieser Zeit wurde eine Liste mit Leistungen ohne Regressgefahr erlassen und der EBM verbessert. Aber das sind natürlich nur Kleinigkeiten. Vergleicht man die Bedingungen mit denen von früher, dann hat sich einiges verändert. Ganz wichtig finde ich auch den zentralen Bereitschaftsdienst. Das ist für mich schon eine Voraussetzung für meine Niederlassung gewesen. Heute ist es so, dass es an einem selber liegt, wie man seine Praxis und wie man seine Work-Life-Balance organisiert. Im Krankenhaus hatte ich jedenfalls, was das betrifft, ein schwierigeres Leben. Denn als Praxisinhaber habe ich ja alle Stellschrauben in der Hand und kann selbst entscheiden, wie viel und wann ich arbeite. Gute Organisation ist sicherlich die Schlüsselfrage. Dazu gehört auf dem Land auch, dass man seine Patienten ein bisschen erzieht. Natürlich passiert es schon mal, dass ein Notfallpatient bei mir zu Hause klingelt, aber das ist die Ausnahme. Vergleiche ich die Art, wie ich meine Praxis führe, mit der meiner Eltern, dann merkt man schon Unterschiede. Zu ihnen kann man ohne Termin kommen – aber man muss dann entsprechend lang warten. Ich habe das anders organisiert. Und kann daher sagen: Ich habe



den schönsten Beruf der Welt und das schönste Arbeiten in diesem Beruf.

Was halten Sie von Modellen mit allmählichem Übergang in die Selbstständigkeit?

Ziegler: Generell wird man kaum daran vorbeikommen, dass die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum in Zukunft stärker zentralisiert sein wird. Für den Nachwuchs eröffnet das auch Chancen. Der Arzt muss lernen, dass er Unternehmer ist. Dafür ist er nicht ausgebildet. Aus dieser Sicht sind Übergangsformen, bei denen die jungen Ärzte Schritt für Schritt Verantwortung übernehmen, sinnvoll.

Kircher: Das ist in jedem Fall hilfreich. Ich kann es nur empfehlen, sich bei einem Niedergelassenen eine Weile anstellen zu lassen. Das öffnet Türen und nimmt jungen Ärzten zuverlässig die Angst. Durch die neuen Modelle werden in jedem Fall Übergänge geschaffen. Das ist ja auch der Grund, warum wir das in unserer Praxis anbieten.

Wenn Sie in diesem Zusammenhang einen Wunsch frei hätten – wie würde der aussehen?

Ziegler: Wie schon erwähnt: Würde die Politik die Rahmenbedingungen verändern, sodass wir Ärzte weniger Bürokratie hätten, dann würde uns das entlasten und den Patienten direkt zugutekommen.

Kircher: Da sag' ich jetzt ganz eigennützig, ich wünsche mir eine Kollegin oder einen Kollegen für unsere Praxis. Meine Eltern werden 70 Jahre alt und suchen einen Nachfolger. Und ich würde die Praxis mit allen Mitarbeitern gern aufrechterhalten.

Das Gespräch führte Olaf Hillenbrand

Junge Ärzte – kostbares Zukunftsgut



Gesundheitsökonom Prof. Dr. Günter Neubauer über Aufgabenfelder von Ärztenetzen und die Versorgung auf dem Land

„Der freie Beruf wird untergehen, wenn er sich nicht rüstet“, warnt Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München. „Arztpraxen werden größere Einheiten bilden. Netze für Ärzte werden überlebenswichtig“, prophezeit er. Gleichzeitig sagt er voraus, dass die wohnortnahe Versorgung nicht in allen Regionen Deutschlands zu halten sein wird.

Welche Bedeutung kommt Ärztenetzen dabei zu, den medizinischen Nachwuchs beim Einstieg in die Berufstätigkeit im ambulanten Sektor zu unterstützen?



Neubauer: Ärztenetze können jungen Ärztinnen und Ärzten vielfältige Hilfen zu Beginn ihrer Berufstätigkeit anbieten. Dazu gehören die verschiedenen Serviceangebote von Ärztenetzen. Aber auch die gegenseitige Konsultation und Vertretung oder der Einstieg in eine schon bestehende Praxis erleichtern jungen Ärztinnen und Ärzten den Berufsbeginn.

Die Vorstellung, eine eigene Einzelpraxis zu führen, scheint für jüngere Mediziner an Attraktivität zu verlieren. Sie wollen lieber im Team und gerne angestellt arbeiten. Warum ist das so?

Neubauer: Die Einzelpraxis hat unbestritten eine Reihe von Vorteilen, die sich aber in der Regel erst nach längerer Berufstätigkeit einstellen. Für Berufsanfänger hingegen überwiegen die Nachteile, nämlich

1. Erstinvestitionen kalkulieren und finanzieren,
2. wenig geregelte Arbeitszeiten,
3. kein direkter fachlicher Austausch mit Kollegen bei dringlichen Problemen.

Die drei genannten Problemfelder wiegen vor allen Dingen für Ärztinnen schwer, wenn sie nicht auf ein Familienleben verzichten wollen. Da immer mehr Frauen den Arztberuf ergreifen, gibt es einen sich selbst verstärkenden Trend „weg von der Einzelpraxis“.

Soll man diesem Trend denn entgegensteuern?

Neubauer: Es hilft nicht, sich dagegenzustellen. Besser ist es, sich auf diesen Trend einzustellen. Gemeinschaftspraxen oder andere Konstruktionen sowie Ärztenetze sind ein Muss für die jüngere Ärztegeneration so um die 35 Jahre. Die Investitionen in eine Einzelpraxis sind massiv! Ein Weg, nicht alles allein zu stemmen, wäre zum Beispiel der Eintritt in eine Praxis als Juniorpartner. Dann wären die Investitionen schrittweise zu bewältigen und man könnte den Schritt in die Selbstständigkeit begleitet wagen.

Es gibt immer wieder die Diskussion, die selbstständige Praxis sei beispielsweise MVZen vorzuziehen. Sie garantieren eher die wohnortnahe, patientenorientierte Versorgung. Sehen Sie das auch so?

Neubauer: Freiberuflichkeit und Berufsselbstständigkeit können nicht nur in der Einzelpraxis umgesetzt werden, sondern in vielen alternativen Praxisformen. Das MVZ ist nur eine Möglichkeit davon. Fest steht aber, dass wir die wohnortnahe Patientenversorgung in einigen Regionen ein Stück reduzieren werden.

Wir haben in Deutschland generell einen Trend zu verzeichnen, dass die Menschen verstärkt in die Ballungsräume ziehen. Hinzu kommt, dass Zweiverdiener-Familien, die auch bei Ärzten immer mehr die Regel sein werden, dort eher adäquate Arbeitsplätze vorfinden. Aber auch die Ausbildungschancen für Kinder dürften häufig mit ein Grund sein, dass Arztfamilien Ballungsräume als Praxisstandort bevorzugen.

Sie sagen, die Reduzierung der wohnortnahen Patientenversorgung werde in einigen Regionen sicher kommen. Landkreise und Kommunen bemühen sich dagegen, Ärzte mit speziellen Programmen aufs Land zu locken. Ist das „verlorene Liebesmüh“?

Neubauer: Ja, das sind vergebliche Mühen. Der Trend in die Ballungsräume ist einfach da. Und würden Sie Ihrer Tochter als junger Ärztin raten: ‚Geh‘ dahin, wo die Leute weggehen?‘ Noch sind wir demografisch im Übergang und es gibt viele ältere Patienten auf dem Land. Aber das ändert sich absehbar.

Die Veränderung, wie Sie sie beschreiben, bedeutet automatisch längere Wege zur Praxis ...

Neubauer: ... was aber in dem hochentwickelten Verkehrs- und Telekommunikationssystem Deutschlands kein wirkliches Problem darstellt.

Ist der öffentliche Personennahverkehr auf dem Land wirklich so gut ausgebaut, dass die Patienten gut zur weiter entfernten Arztpraxis kommen?

Neubauer: Wir sind verwöhnt! Wer jemals in Schweden oder Finnland war, weiß, wie lang die Wege dort sind. Es ist eine Frage, wie man den Transport – das können auch Ärztenetze tun – organisiert. Im Einzelfall kann der Patient auch mal das Taxi nehmen. Außerdem gibt es kaum jemanden, der nicht einen Verwandten oder Nachbarn hat, der ihn fahren könnte.

Und was ist mit Hausbesuchen?

Neubauer: Dass der Arzt zum Patienten kommt, ist häufig unsinnig. Das richtige Equipment hat er sowieso nur in der

Praxis. Was der Arzt bei Hausbesuchen macht, kann man zu 80 Prozent delegieren: Blutdruck messen, Zuckerwerte überprüfen, ein gutes Wort für den Patienten ... Das Modell der Gemeindeschwester oder Ähnliches wäre hier sinnvoll. In deren Ausbildung müssen natürlich Ärzte eingebunden sein.

Wenn die Zahl der Arztpraxen sinkt, was ist dann mit der Notfallversorgung?

Neubauer: Da darf es keine Kompromisse geben. Also lieber zwei Rettungswagen mehr anschaffen und dafür die Versorgung mit Bereitschaftsdiensten gemeinschaftlich organisieren und örtlich konzentrieren – sie etwa an einem Krankenhaus ansiedeln. Das kann auch ein Ärztenetz gut übernehmen, entweder in Kooperation mit der Ambulanz eines Krankenhauses oder es kann als Netz dort eine Notdienstpraxis einrichten, die eng mit der Klinik zusammenarbeitet.

Das Interview mit Prof. Günter Neubauer führte Irene Graefe, es erschien zuerst im DOXS-Magazin.

ANZEIGE

NEU!

Mehr Luft im Budget!

Rolenium® – Die günstige Alternative¹



Die meistverordnete Wirkstoffkombination² bei Asthma³ und COPD⁴

Rolenium®
Salmeterol/Fluticasonpropionat

1) 25 % unter dem Festbetrag für Salmeterol/Fluticasonpropionat 2) IMS-Abverkaufszahlen (Packungen), R03F1 Markt, MAT 05/2013 3), 4) Genaue Indikationsstellung siehe Basistext

Rolenium® 50 Mikrogramm/250 Mikrogramm/Dosis, **Rolenium®** 50 Mikrogramm/500 Mikrogramm/Dosis, einzeldosiertes Pulver zur Inhalation. **Zusammensetzung:** 1 Einzeldosis enthält 50 Mikrogramm Salmeterol (als Salmeterolrobinafat) u. 250 Mikrogramm bzw. 500 Mikrogramm Fluticasonpropionat. **Sonst. Bestandteil:** Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Standardbehandlung von Asthma, bei der die Anwendung eines Kombinationspräparats (lang wirkender Beta-2-Agonist und inhalative Corticosteroide) angebracht ist: Patienten, die mit inhalativen Corticosteroiden nicht ausreichend kontrolliert werden und die bei Bedarf kurz wirkende inhalative Beta-2-Agonisten anwenden oder Patienten, die bereits sowohl mit inhalativen Corticosteroiden als auch mit lang wirkenden Beta-2-Agonisten ausreichend kontrolliert werden. **Symptomatische Behandlung von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die eine FEV1 < 60 % des vorhergesagten Normwerts (vor Anwendung eines Bronchodilatators) und wiederholt Exazerbationen aufweisen und trotz kontinuierlicher Therapie mit Bronchodilatoren an signifikanten Symptomen leiden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Salmeterolrobinafat, Fluticasonpropionat, Lactose-Monohydrat, Kinder u. Jugendliche. **Nebenwirkungen:** Allergische Reaktionen einschl. plötzlicher Verschlechterung der Atmung, Kurzatmigkeit u. Husten, Juckreiz u. Schwellungen im Gesicht, Lippen, Zunge oder Hals. Kopfschmerzen, erhöhte Anzahl von Erkältungen, Pilzkrankung des Mund- u. Rachenraums, entzündete Zunge u. Hals, Heiserkeit, zittriges Gefühl, schneller oder unregelmäßiger Herzschlag, Herzrhythmusstörungen, Muskelkrämpfe, Lungenerkrankung u. Bronchitis. Prellungen u. Frakturen, Nasennebenhöhlenentzündung, verminderter Kaliumspiegel im Blut, Hautausschlag, Atemprobleme o. Kurzatmigkeit. Beeinträchtigung der normalen Produktion von Steroidhormonen einschl. eines verlangsamten Wachstumsprozesses bei Kindern u. Jugendlichen, Knochenschwund, Beeinträchtigung der Augen durch Katarakt u. Glaukom, Gewichtszunahme, Cushing-Syndrom, Hyperglykämie, schmerzende, geschwollene Gelenke u. Muskelschmerzen. Schlafstörungen, Depressionen, Sorgegefühle, Unruhe, Nervosität, Übererregung, Reizbarkeit. **Hinweis:** Kann bei Dopingkontrollen zu positiven Ergebnissen führen. **Verschreibungspflichtig.** ELPEN Pharmaceutical Co. Inc., 95, Marathonos Ave., 19009 Piskermi, Attica, Griechenland. Örtlicher Vertreter: ELPEN Pharma GmbH, Bismarckstr. 63, 12169 Berlin. **Packungsgrößen:** 60 Einzeldosen (1 Inhalator), 180 Einzeldosen (3 Inhalatoren mit je 60 Einzeldosen). Stand: August 2012.**



Sektorenübergreifende Versorgung

Gabriele Bleul
Geschäftsführerin des Gesundheitsnetzes Osthessen



– eine Chance für ländliche Räume?

Dietmar Pawlik
Vorstandsmitglied des Klinikums Fulda

Die Frage, wie sich abseits der Ballungsgebiete die ärztliche Versorgung aufrechterhalten lässt, beschäftigt viele Kommunalpolitiker in Hessen. Bewusst überschreiten Modellprojekte althergebrachte Grenzen. Auch Krankenhäuser und Ärztenetze kooperieren punktuell miteinander, um Engpässe zu überbrücken. Welches Potenzial bietet die sektorenübergreifende Versorgung? Welche Hindernisse müssen überwunden werden? Darüber diskutierten Dietmar Pawlik, Vorstandsmitglied des Klinikums Fulda, und Gabriele Bleul, Geschäftsführerin des Gesundheitsnetzes Osthessen, miteinander.

Ist die sektorenübergreifende Versorgung eine geeignete Möglichkeit, um sich dem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenzustellen?

Bleul: Es gibt gute Gründe für die Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. An Orten und in Regionen mit Ärztemangel lohnt es sich, alte Gräben zu überwinden und pragmatisch vorzugehen. Weder Ärztenetze noch Krankenhäuser sind in den vom Ärztemangel betroffenen Regionen in der Lage, die Versorgung der Patienten dauerhaft allein sicherzustellen. Wie man hört, gibt es allerdings vereinzelt auch Überlegungen, den Krankenhäusern im ländlichen Raum die Versorgung zu überlassen.

Pawlik: Meines Wissens gibt es keine strukturierte Initiative zur Neuordnung der ärztlichen Versorgung. Allerdings kann man seit Jahren eine latente Neuordnungsdiskussion mit Vorschlägen Einzelner verfolgen.

Meine persönliche Wahrnehmung ist, dass die Niederlassung im ländlichen Raum tendenziell zurückgeht. Auch unser Klinikum hat schon eine Anfrage erhalten, ob es einen hausärztlichen Sitz auf dem Land übernehmen will. Solche Einzelfälle sind aber weit entfernt von Überlegungen, ob Kliniken die ambulante Versorgung in strukturschwachen Gebieten komplett übernehmen können. Dazu verfügen wir gar nicht über die notwendigen Ressourcen.

Die Frage stellt sich grundsätzlich: Wie lässt sich die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sichern, wenn diese Leistung von der KV nicht mehr erbracht wird? Es gibt da eine Reihe von ganz unterschiedlichen Modellen. Sie reichen von mobilen Praxisbussen im Osten des Landes bis zu Kooperationsmodellen zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten. Eine doppelte Facharztschiene sollte nicht vorgehalten werden. Noch einmal: Das Klinikum Fulda wäre heute nicht in der Lage, die flächendeckende Versorgung zu decken.

Und die entstehenden Lücken lassen sich durch eine sektorenübergreifende Konstellation füllen?

Bleul: Grundsätzlich ist das eine Möglichkeit, wenn beide Partner zueinander passen. In Gersfeld gibt es beispiels-

weise zurzeit eine Praxis, für die sich kein Nachfolger finden lässt. Die derzeitigen Praxisinhaber sind mit der Umwandlung in eine Gemeinschaftspraxis einverstanden. Hier kann man zum Beispiel Ärzte anstellen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig erhält man dadurch die Möglichkeit, sie für eine spätere Niederlassung zu gewinnen. Synergieeffekte stellen sich dann ein, wenn Krankenhausärzte in der Praxis sowie Niedergelassene im Krankenhaus Gersfeld mitwirken, um beides für die Patienten in Betrieb zu halten.

Pawlik: Das Beispiel ist gut gewählt. Es zeigt nämlich, was möglich ist; aber man kann daran auch die derzeitigen Grenzen festmachen. Ich will hier unterscheiden:

Punktuell können wir jetzt schon einiges erreichen. Man kann also etwa in sektorübergreifenden Projekten beispielsweise Praxisräume mit Niedergelassenen teilen – das ist gar kein Problem. Mit dem Rheumanetz Osthessen haben wir ja ein nützliches Projekt bereits umgesetzt. Auf der Grundlage gemeinsamer Absprachen kooperieren nun alle Akteure miteinander. Damit haben wir eine Versorgungslücke schließen können und ein abgestimmtes Behandlungsregime etabliert. Zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Klinikum gibt es nun einen gemeinsamen Rahmen. Das funktioniert, weil die Interessen aller Beteiligten ziemlich ähnlich waren und es nur wenige Abstimmungsthemen gab. Also konnte dieser nicht so komplexe Fall mit verhältnismäßig geringem Aufwand gelöst werden.

Was passiert aber in komplexeren Fällen? Stellen Sie sich nur den Fall einer von Krankenhäusern und Niedergelassenen gemeinsam betriebenen Gemeinschaftspraxis vor. Hier darf zum Beispiel die Abrechnung von Teilzeitkräften nicht das Budget des Krankenhauses beeinträchtigen. Nächste Schwierigkeit: Eine große Organisationseinheit wie ein Krankenhaus kann zwar Einzelverträge abschließen, aber daran nehmen nicht automatisch alle Fachbereiche teil. Es bedarf insgesamt eines rechtlichen Rahmens, über den wir zurzeit aber nicht verfügen.

Worauf ich hinaus will: Gemeinsame Konstellationen müssen rechtlich abgesichert sein. Wir haben in den vergan-

genen Jahren erleben können, wie hier und da Kooperationen organisiert wurden, etwa von verzweifelten Bürgermeister, die die Versorgung vor Ort sichern wollen. Häufig arbeiten solche Modelle aber lediglich nach dem Motto: „Wo kein Kläger, da kein Richter.“ Sie funktionieren, aber nur solange, wie ein größerer Konflikt vermieden werden kann. Überall dort, wo die ländliche Versorgung zum generellen Problem wird – wenn also zwischen einem Patienten und seinem Arzt 25 Kilometer liegen –, dann ist heute schon vieles möglich. Aber eben nur dann, wenn man auf eine glückliche Konstellation aus engagierten Lokalpolitikern, Niedergelassenen und Krankenhäusern zurückgreifen kann.

So ist das Problem allerdings nicht vollständig lösbar. Größere Schritte benötigen Rechtssicherheit. Guter Wille allein reicht nicht aus. Und vergessen Sie nicht: Wegen ihres ad-hoc-Charakters sind alle derzeitigen Aktivitäten stark personengebunden. Bei einem Wechsel der beteiligten Personen könnte ein halbfertiges Projekt wie Gersfeld einen plötzlichen Tod sterben. Wenn man reale Probleme lösen will, sollte man so nicht planen.

Bleul: Richtig. Größere Kooperationen erfordern auf beiden Seiten einen immensen Aufwand und damit auch sehr viel Zeit. Insofern ist Rechtssicherheit ein Muss. Zumal man nicht unterschätzen darf, dass professionelles Projektmanagement auch bezahlt werden muss. Bei größeren Projekten geht das ab einem bestimmten Punkt einfach nicht mehr ehrenamtlich. In Gersfeld arbeiten wir Stück für Stück Elemente unseres Zielkataloges ab – mit dem Ziel einer Gemeinschaftspraxis. Aber es stellt sich natürlich die Frage: Wer finanziert eigentlich diese Arbeit, die dem Landkreis zugutekommt?

Und hier geht es nicht um Lobbyismus oder um Pfründe. Die Diskussion über solche Projekte geht häufig von den regionalen Gesundheitskonferenzen aus. Blanke Not und die Suche nach pragmatischen Lösungen stehen im Vordergrund. Wenn aber künftige Versorgungsprobleme bereits heute absehbar sind, dann müssen wir über den Status von bloßem Krisenmanagement hinauskommen.

Wie lassen sich die Bedingungen für sektorenübergreifende Kooperation verbessern?

Pawlik: Für die notwendige Sicherheit für sektorenübergreifende Zusammenarbeit sind zwei Elemente erforderlich: Erstens, wie bereits erwähnt, eine Rechtsgrundlage, die es uns ermöglicht, über punktuelle Einzelfälle hinauszugehen. Zweitens müssen die Ärztenetze anders aufgestellt sein, damit sie ihre Rolle als institutioneller An-

sprechpartner und letztendlich als Vertragspartner auch wirksam ausfüllen können. Dies betrifft die Finanzierung durch entsprechende Fördertöpfe und den Status der Ärztenetze als Leistungserbringer. Nur dann kann man auch in größeren Regionen zuverlässig zusammenarbeiten. Das System muss so gestaltet werden, dass es die Zusammenarbeit begünstigt.

Bleul: Herr Pawlik, Sie sprechen mir aus der Seele. Die hessischen Ärztenetze versuchen bereits seit Langem, die Politik von den zusätzlichen Möglichkeiten zu überzeugen, die die Verbesserung ihres Status ermöglichte. Ich glaube, das Signal ist: Ärztenetze wie Krankenhäuser sind offen für produktive Diskussionen darüber, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit weiterentwickelt werden kann.

ANZEIGE

ETL | ADVISA

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Wir sind eine bundesweit tätige Steuerberatungsgesellschaft und bieten insbesondere den Berufsangehörigen der Heilberufe im Rahmen unserer Steuerberater Tätigkeit 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

Macht doch nichts, ist doch anonym!



Das Milliardengeschäft mit unseren Gesundheitsdaten hat begonnen

Kommentar von Olaf Hillenbrand

Gut drei Jahrzehnte ist es erst her, dass der Widerstand gegen die geplante Volkszählung die politischen Debatten in Deutschland beherrschte. Viele Bürger wehrten sich vehement dagegen, einige wenige persönliche Daten über sich und ihren Hausstand preiszugeben. Der Streit mündete schließlich in ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, welches das Recht auf informationelle Selbstbestimmung hervorhob. Die Volkszählung musste verschoben werden.

Aus heutiger Sicht mag man milde darüber den Kopf schütteln. Nicht nur darüber, dass die zu erhebenden Daten wenig spektakulär waren und ausschließlich Verwaltungszwecken dienten. Längst hat sich unser Umgang mit Daten fundamental verändert. Wer jemals eine Liste all seiner Internet-Suchanfragen im Laufe eines Jahres gesehen hat, bekommt eine schaurige Vorstellung davon, wie präzise sein Interessenprofil erfasst werden kann. Und seit dem Durchbruch der Smartphones sind etliche der darauf vorhandenen Apps mit persönlichen Daten verknüpft. Messenger-Dienste wie WhatsApp lesen Kontakt- und Kalenderdaten aus, andere Programme tracken Standortdaten und fordern Zugriffsrechte auf Bilder oder Browserverlauf. Darüber hinaus scannen Firmen wie Microsoft und Google den E-Mail-Verkehr ihrer Kunden und immer stärker werden die Nutzer dazu gedrängt, Bilder und Dokumente nicht mehr auf ihrem Gerät, sondern in der Cloud zu speichern.

Es wäre naiv anzunehmen, dass sich hieraus nicht ein recht komplexes Persönlichkeitsbild erstellen lässt. Die persönliche Souveränität im Umgang mit den eigenen Daten geht dabei verloren. Unsere Reaktion darauf erschöpft sich allerdings in einer teilnahmslosen Würstigkeit. Schließlich machen ja alle anderen auch mit. Der

Versuch, wenigstens essentielle Daten persönlich zu halten, wird für die darum besorgten Nutzer mehr und mehr zu einem Spießrutenlauf durch die Winkel des Internets. Auch deshalb, weil viele beim Wort Datenschutz lediglich mit den Schultern zucken und in jeder Diskussion den immergleichen dümmlichen Spruch vorhalten: „Ich hab' ja nichts zu verbergen.“

Aber Wissen ist Macht. Und bringt Geld. Insofern haben sich die Internet-Konzerne bereits für den nächsten profitablen Milliardenmarkt gerüstet: Fitness, Körperfunktionen und Gesundheit. Wearables – tragbare Computer – sind der neue Megatrend. Sie erfassen sportliche Aktivitäten, die Pulsfrequenz, Schlaf- und Ruhezeiten – und in Zukunft sicherlich noch einiges mehr. Die Idee hinter „Google Fit“, „Apple Health“ oder anderen Ansätzen ist grundsätzlich faszinierend. Wer wesentliche Parameter seines Lebenswandels einem Monitoring unterzieht, der kann sie zum Positiven verändern. Einen Schritt weiter gedacht, sind Wearables, die sensible Gesundheitsdaten direkt an Ärzte oder Notfallzentren funken, sicherlich in Einzelfällen nützlich.

Doch bisher wird praktisch jeder kostenlose Service mit den eigenen Daten bezahlt. Denn eines ist in der Regel nicht vorgesehen: Dass man seine sensiblen Daten bei sich behält und persönlich auswertet. Eingelullt vom Zeitgeist, verliert die Preispabe persönlichster Daten in der Online-Gesellschaft nach und nach ihren Schrecken und weitet sich zum regelrechten Flächenbrand aus:

- Google entwickelt nach der Datenbrille nun eine Kontaktlinse, die den Blutzuckerspiegel misst. Apps, die einen ganz nach diesem Beispiel an die Einnahme von Medikamenten erinnern, mögen praktisch sein. Aber will man wirklich gegenüber amerikanischen IT-Konzernen so gläsern sein?

- Elektronische Gesundheitskarte? „Gute Sache, weil ja jetzt ein Bild drauf ist. Das erhöht die Sicherheit.“ Vermutlich würden viele wohl auch dann nicht erschrecken, wenn man ihnen offen sagte, dass ihre Daten eben nicht auf der Karte, sondern in der Cloud gespeichert werden sollen.
- Berichte darüber, dass Pharma- und IT-Unternehmen bereits Milliarden geboten haben, um an Patientendaten heranzukommen, häufen sich. „Macht doch nichts, ist doch alles anonym.“ Und wer nicht weiß, wie leicht bereits mit wenigen Daten eine De-Anonymisierung möglich ist, muss sich ja gar nicht beunruhigen.

Allumfassendes Scoring?

Groß ist die Aufregung, wenn Menschen durch falsche Schufa-Einträge ihre Kreditwürdigkeit verlieren. Das Prinzip sollte man sich freilich merken: Hier sammelt eine Organisation aus etlichen zugänglichen Quellen Kundendaten und fasst sie in einem Score zusammen, der dann maßgeblichen Einfluss auf die jeweilige Bonität hat.

Es erfordert eigentlich nur wenig Fantasie, das Interesse der Industrie an unseren Fitness- und Gesundheitsdaten zu benennen: Es reicht von harmloseren Bereichen wie Forschung, Marktforschung und personalisierter Werbung bis hin zu eben jenem Scoring, das für die Industrie so viele Vorteile bringt und für das Individuum so brandgefährlich sein kann. Denn wenn der flächendeckende Einsatz persönlicher Daten sich etabliert, dann wird der Mensch vom Individuum zur quantifizierbaren Risikogröße – und dies kann unabsehbare gesellschaftliche Folgen haben.

Der Berliner Medizinhistoriker Prof. Dr. Paul Unschuld hat das so zusammengefasst: „Wir werden wieder und wieder gegen unsichtbare Wände laufen, ohne zu wissen, weshalb; sei es beim Versuch, eine Versicherung abzuschließen, eine Wohnung zu mieten oder einen Job zu bekommen. Arbeitgeber werden irgendwann einen Blick in die elektronische Krankenakte ihrer Bewerber werfen und das, was sie dort lesen, in ihre Entscheidung einfließen lassen.“

Datensparsamkeit als Gebot der Stunde

Damit solche Szenarien nicht Wirklichkeit werden, heißt das prinzipielle Gebot der Stunde Datensparsamkeit. Und natürlich lohnt es sich, darüber nachzudenken, was man tatsächlich wem von sich preisgeben möchte und wer eigentlich welche Interessen an persönlichen Daten verfolgt. Auch wenn es heute vermutlich altmodisch klingt:

- Daten über Vorerkrankungen sind beim Arzt des Vertrauens am besten aufgehoben. Denn dieser nutzt sie nämlich lediglich dazu, den Patienten so gut wie möglich zu behandeln – und nach wie vor gilt dort aus gutem Grund die Schweigepflicht.
- In der e-Card-Cloud steigt das Missbrauchsrisiko durch den immensen kommerziellen Wert der Daten sowie eine sechsstellige Zahl an Zugriffsberechtigten erheblich. Auch wenn die meisten Deutschen die Gesundheitskarte (freilich bisher ohne weitere Funktionen) mit sanftem Zwang bereits erhalten haben und es so scheint, dass dieses Megaprojekt nicht mehr zu bremsen ist, lohnt es sich, wachsam zu bleiben und die wie ein Damoklesschwert drohende, zwangsweise Cloud-Speicherung intimster Daten zu verhindern.
- Und wer seine Körperfunktionen sowie seine Krankengeschichte gar einem Unternehmen anvertraut, dessen Geschäftsfeld die Sammlung, die Analyse oder der Handel mit Daten ist, dem kann man nur die Daumen halten, dass er nicht einen riesigen Fehler begeht – oder schlimmer noch: dazu beiträgt, Standards zu setzen, die mittelfristig diejenigen isolieren, die das Wort „Privat“ späre noch wörtlich nehmen.

Möglicherweise ist der viel belächelte Satz der Bundeskanzlerin, das Internet sei doch für uns alle Neuland, gar nicht so verkehrt.

Zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmer-Patienten*



ÜBERLEGENHEIT bei Schlaganfällen/systemischen Embolien vs. Warfarin[†]

ÜBERLEGENHEIT bei schweren Blutungen vs. Warfarin[†]

Eliquis Apixaban

ELIQUIS® VERBINDET BEIDES

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

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, 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. Pat. nach elektiver Hüft- o. Kniegelenkersatzoperationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff o.e.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 Leberfunktionstests, 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. **Selten:** 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

Individualisierte Arzneimitteltherapie:

DNA-Tests als Chance für mehr Therapiesicherheit

humatrix-Pressbild

Mit der Entschlüsselung des humanen Genoms vor mehr als 13 Jahren begann die Ära der individualisierten Arzneimitteltherapie. Heute ist es möglich, schon vor Behandlungsbeginn genetische Prädispositionen zu identifizieren, die die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten beeinflussen. Für neu entwickelte Arzneimittel, vor allem im onkologischen Bereich, sind Analysen hinsichtlich der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit deshalb längst ein fester Bestandteil der Zulassungsstudien.

Doch auch der Einsatz von bereits generischen Präparaten ist damit optimierbar. Nach der letzten hessenmed-Fortbildungsveranstaltung zum Thema individualisierte Arzneimitteltherapie stellte beispielsweise ein Teilnehmer erstaunt fest: „Als Hausarzt verordne ich seit Jahren Clopidogrel. Dass ein Drittel der Patienten gar nicht darauf ansprechen kann, war mir in dem Ausmaß noch nicht bewusst.“ Die Konsequenz der ausbleibenden Wirkung ist oft schwerwiegend: Stentthrombosen führen bei 20 bis 30 Prozent der Betroffenen innerhalb von sechs Monaten zum Tod. Wie in der entsprechenden Fachinformation erwähnt, kann ein DNA-Test wie der von STADA Diagnostik zu Beginn der Behandlung dies verhindern. Voraussetzung dafür ist lediglich eine Blutprobe des Patienten, die an das humatrix-Labor gesendet und dort mit Fokus auf die Gene CYP2C19 und ABCB1 untersucht wird. Neben der generellen Fähigkeit, das Prodrug Clopidogrel zu aktivieren (CYP2C19), analysiert man also auch die Transporterproteine für die Resorption des Wirkstoffs aus dem Darm (ABCB1). Das Ergebnis sendet humatrix ausschließlich an den behandelnden Arzt. Darin enthalten sind klare Aussagen darüber, ob ein Patient Clopidogrel-Responder ist oder nicht. Auf Basis dessen kann dann eine effektive Therapieentscheidung getroffen werden.

Auch die Fachinformation von Tamoxifen warnt vor Konsequenzen aufgrund von Genvarianten. Tamoxifen wird in den Leitlinien als adjuvante Mono- oder sequentielle Therapie zur Behandlung des metastasierenden Mamma-

karzinoms bei postmenopausalen Frauen empfohlen. Der Wirkstoff ist ein Prodrug, das bei einer verminderten oder ausbleibenden Enzymaktivität nicht in den aktiven Metaboliten Endoxifen umgewandelt werden kann. Dies betrifft mehr als sieben Prozent der Frauen. Bei einer Tamoxifen-Therapie besteht demnach das Risiko einer Unwirksamkeit, die zu einem erhöhten Rezidivrisiko führt. Auch hier kann deshalb ein DNA-Test sinnvoll sein, um zu untersuchen, welchem Metabolisierungstyp eine Frau entspricht und welche Behandlung sich dementsprechend am besten eignet.

Inzwischen sind für insgesamt vier Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen DNA-Tests von STADA Diagnostik erhältlich (Tamoxifen, Antidepressiva, Clopidogrel und Statine). Die Bedeutung solcher Tests stand für einen weiteren Teilnehmer der hessenmed-Veranstaltung im April außer Frage: „DNA-Tests werden zukünftig immer stärker in unserem Praxisalltag Anwendung finden. Deshalb bin ich sehr froh, dass hessenmed mit Fortbildungen und Vorträgen die Möglichkeit zum Dialog über dieses Thema schafft.“

Wussten Sie schon?

Die Fachinformation des Clopidogrel warnt explizit vor einem schlechten Outcome von Patienten mit Genvarianten und weist auf die Verfügbarkeit von Gentests hin. Das BfArM hat in einem 2010 veröffentlichten Stufenplan auf den pharmakokinetisch begründeten Zusammenhang zwischen der Tamoxifenwirkung und dem Enzym CYP2D6 verwiesen und warnt hier vor zu niedrigem Wirkspiegel des aktiven Metaboliten (Endoxifenspiegel).

In einem Schreiben vom Mai 2012 weist die EMA auf das genetisch bedingte Risiko unter Statingabe bei 10-15 % der Patienten hin. Die gängigsten Antidepressiva sind ebenfalls über Gentests sehr gut beurteilbar.

Infizierten Gemeinschaftspraxen droht Gewerbesteuer

Aufnahme von Juniorpartnern birgt steuerliche Gefahren

von Jens Runkel

Immer mehr (Zahn)Ärzte entschließen sich, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zu gründen. Bei dieser Form der Zusammenarbeit führen alle Ärzte die Geschäfte der Praxis gemeinschaftlich, dennoch ist jeder von ihnen eigenverantwortlich tätig und erzielt Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Hat sich die BAG etabliert oder steht ein Generationswechsel an, werden neue Partner gesucht oder es wird einem bisher angestellten (Zahn)Arzt angeboten, als Juniorpartner einzusteigen.

Für Juniorpartner haben sich Nullbeteiligungen etabliert

Damit die bisherigen Gesellschafter der BAG ihre Juniorpartner nicht sofort an den stillen Reserven wie Praxiswert, Patientenstamm und Praxisausstattung beteiligen müssen, wird oft eine sogenannte Nullbeteiligung vereinbart. Ein Anteilserwerb ist für später vorgesehen. Oft sind die Juniorpartner auch nicht sofort am Gewinn beteiligt, sondern werden mit einem prozentualen Anteil an dem von ihnen erwirtschafteten Umsatz vergütet. Wenn sich der junge (Zahn)Arzt dann bewährt hat, erfolgt eine vollumfängliche Aufnahme in die Gemeinschaftspraxis – mit Beteiligung am Gewinn und an den stillen Reserven.

Schrittweise Einbindung ist nachteilig

Dieser üblichen Gestaltung der schrittweisen Einbindung in eine BAG hat das Finanzgericht Düsseldorf mit zwei Urteilen einen Dämpfer verpasst. Die Finanzrichter verneinten die Mitunternehmereigenschaft eines jungen Arztes, da er nur ein äußerst geringes Mitunternehmerisiko trage und wegen der gemeinschaftlichen Geschäftsführung auch nur eine geringe Mitunternehmerinitiative entfalten könne. Da

er als Nicht-Mitunternehmer jedoch eigenverantwortlich und ohne Überwachung und persönliche Mitwirkung der anderen Praxisgemeinschaftler tätig werde, sei die Gemeinschaftspraxis gar nicht freiberuflich, sondern gewerblich tätig. Damit führt die Null-Beteiligung des Juniors zur gewerblichen Infizierung der gesamten BAG. Das bedeutet: Alle Umsätze, auch die originär freiberuflichen (zahn)ärztlichen Umsätze der Seniorpartner, werden in gewerbliche Tätigkeiten umgedeutet und unterliegen neben der Einkommensteuer auch noch der Gewerbesteuer. Auf den nach Abzug eines Freibetrags von 24.500 EUR verbleibenden Gewerbeertrag wird eine Gewerbesteuer in Höhe von 3,5 %, multipliziert mit einem gemeindeabhängigen Hebesatz, erhoben. Die Hebesätze variieren zwischen 310 % (z. B. Kaltenkirchen) und 490 % (z. B. München). Die zusätzliche Belastung mit Gewerbesteuer beträgt damit zwischen 10,85 % und 17,15 %. Die Gewerbesteuer kann zwar teilweise auf die Einkommensteuer angerechnet werden, Hebesätze von mehr als 400 % bewirken jedoch stets eine zusätzliche Steuerbelastung.

TIPP

Wir empfehlen ärztlichen BAGs, die mit ihren Juniorpartnern abgeschlossenen Verträge zeitnah zu prüfen. Neben den steuerlichen Auswirkungen von Nullbeteiligungen besteht eine erhebliche Gefahr im sozialrechtlichen Bereich. So kann die KV bei einer falsch ausgestalteten Nullbeteiligung gezahlte Honorare zurückverlangen. BAGs, bei denen die Finanzämter aufgrund einer Nullbeteiligung bereits gewerbliche Einkünfte festgestellt haben, sollten gegen die Steuerbescheide Einspruch einlegen und diese mit den beim Bundesfinanzhof anhängigen Revisionsverfahren begründen.

ANZEIGE

allesgute :) stada-diagnostik.de

DNA-INDIVIDUELL THERAPIEREN

DNA-Labortest STADA Diagnostik Antidepressiva:*

- Optimieren Sie die Wirkstoffauswahl und Dosisfindung
- Sparen Sie Zeit und erreichen Sie das Therapieziel schneller
- Vermindern Sie den Leidensdruck Ihrer Patienten

Weitere Informationen zu den STADA Diagnostik DNA-Tests erhalten Sie unter www.stada-diagnostik.de oder über Hotline-Nr.: 06101 - 603 9000




STADA

*DNA-Analyse durch humatrix AG, 64319 Pfungstadt.
Vertrieb durch STADAPharm GmbH, 61118 Bad Vilbel, Stand: 07.2014, www.stada-diagnostik.de

Erleichterung für Teil-BAG in Sicht

Kooperation zwischen zuweisenden Ärzten und Radiologen zulässig

von Jens Runkel

Um eine umfassende medizinische Versorgung zu gewährleisten, schließen sich viele Ärzte zusammen und gründen beispielsweise eine Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Teil-BAG). Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht ihnen, miteinander zu kooperieren, ohne die eigene Selbstständigkeit zu verlieren. Die Ärzte erbringen einerseits Leistungen in ihren Einzelpraxen, haben aber zusätzlich einen gemeinsamen Patientenstamm und erbringen dort eine gemeinsame Teilbehandlung, die über die Teil-BAG abgerechnet wird. Auch wenn dieses Gemeinschaftsprinzip vielfach etabliert ist, sind einige Regeln zu beachten. So dürfen sich Ärzte nur zu einer gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen, wenn sie damit nicht gegen das ärztliche Zuweisungsverbot verstoßen.

Nach der Berufsordnung ist es Ärzten nicht gestattet, ein Entgelt oder andere Vorteile für die Zuweisung von Patienten anzunehmen oder zu gewähren. Bei Kooperationen zwischen zuweisenden Ärzten (z. B. Gynäkologen, Orthopäden oder Dermatologen) und Radiologen oder Labor-ärzten wurde stets eine Umgehung des Verbotes „Zuweisung gegen Entgelt“ vermutet. Sie durften sich daher bisher nicht in einer Teil-BAG zusammenschließen. Doch nach einer aktuellen Entscheidung des Bundesgerichtshofes wackelt das strenge Kooperationsverbot zwischen Ärzten, die medizintechnische Leistungen erbringen, und Ärzten anderer Fachgruppen. Die Bundesrichter sehen darin einen unzulässigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit. Eine Teil-BAG ist jedoch auch weiterhin unzulässig, wenn sie nur dazu dienen soll, Zuweisungen zu legalisieren.

Es bleibt abzuwarten, unter welchen Voraussetzungen die Zulassungsgremien Radiologen und anderen Ärzten künftig einen Zusammenschluss in einer Teil-BAG ermöglichen und wie nachgewiesen bzw. geprüft werden kann, dass eine Kooperation nicht nur unzulässige Provisionen verschleiern soll.



Jens Runkel, Steuerberater
Fachberater für den
Heilberufbereich
(IFU/ISM gGmbH)

ADVISA
Steuerberatungsgesellschaft
Marktstr. 13, 35075 Gladenbach
Tel.: 06462-91 72 45
www-advisa-gladenbach.de

K O M M E N T A R

**KV-Safenet:
Teure Technik für
Niedergelassene!**

Die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und KVen abzusichern und zu erleichtern, das ist das Ziel des KV-Safenet. Dabei handelt es sich um ein so genanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN), das – angeblich – allen Anforderungen an die Datensicherheit entspricht.

Doch in der digitalen Welt gibt es keine absolute Sicherheit, es besteht immer die Gefahr, dass auch die beste Infrastruktur korrumpiert werden kann. Die erforderliche 24-h-pro-Tag-Anbindung an das Internet bedeutet auch, dass mögliche Angreifer 24 h pro Tag Zeit haben, in das Praxisnetz einzudringen.

Überdies kommt auf die niedergelassenen Ärzte eine teure Übermittlung von Abrechnungsdaten zu. Denn der eToken, die kostengünstige Lösung der KV Hessen für die Online-Abrechnung, darf nur noch bis zum 30. Juni 2015 verwendet werden. Der Grund dafür sind neue KBV-Vorgaben, die auch in Hessen zwingend zu beachten sind.

Zwar hat sich die KV Hessen entschlossen, den Umstieg ihrer Mitglieder auf KV-SafeNet mit 450 Euro bis zum 31.12.2014 und mit 400 Euro bis zum 30.6.2015 zu fördern. Doch wir niedergelassene haben jeden Monat zwischen 40 bis 60 Euro für Providerkosten zu bezahlen. Das ist eine Menge Geld, nur um die 250 Kilobite an Daten, die in einer durchschnittlichen Praxis anfallen, zu versenden. Umso unverständlicher ist es dann, dass der Token, den man bis jetzt dafür verwenden konnte, nun nicht mehr zugelassen ist.

Dr. Stefan Pollmächer
Vorstandsmitglied Hessenmed



MAIN-KINZIG-KREIS

Gemeinsam Lösungen finden für Hausarztversorgung

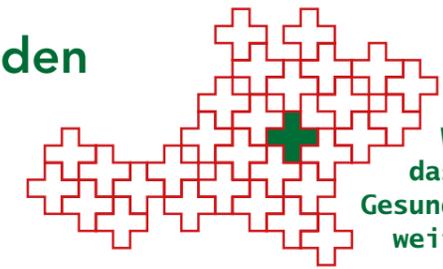
Kick-Off-Veranstaltung Regionale Gesundheitsnetze: Vertreter von Kommunen, Land Hessen und KV zu Gast

Die Versorgung mit Hausärzten im Main-Kinzig-Kreis ist heute noch gut. Die Betonung liegt auf heute, denn Prognosen zufolge gehen in den nächsten zehn Jahren etwa zwei von drei Hausärzten in den Ruhestand und suchen nach einem Nachfolger. Mit dem Modellprojekt „Auf- und Ausbau eines Regionalen Gesundheitsnetzes“ wird im Main-Kinzig-Kreis derzeit an Lösungen gearbeitet (www.gesundheitsnetz-mkk.de). In Gelnhausen-Höchst haben kürzlich in einer Kick-Off-Veranstaltung Vertreter von Kommunen, des Landes Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit den Projektpartnern aus dem Main-Kinzig-Kreis und dem Ärztenetz Spessart diskutiert.

„Es geht nicht mehr so weiter wie früher“, stellte Gesundheitsdezernent Matthias Zach in seiner Begrüßungsrede klar. Die Suche nach Nachfolgern für Arztpraxen werde eines der zentralen Themen in der gesundheitlichen Versorgung auf dem Land in den nächsten Jahren. „Die Hauptverantwortung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihren Sicherstellungsauftrag nicht wahrnimmt. Die Politik kann sich dennoch nicht aus der Verantwortung stehlen und muss moderierend eingreifen“, erklärte Zach. Lösungen könnten Politiker in den Kommunen, im Kreis sowie aus der Landesregierung nur gemeinsam erreichen. „Wir müssen für die Menschen hier vor Ort Lösungen finden.“

Dr. Siegfried Giernat, Leiter des Gesundheitsamtes in der Kreisverwaltung, untermauerte den dringenden Handlungsbedarf anhand des neuesten Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Demnach seien die Angebote an Ärzten zunehmend regional ungleich verteilt. „Die hausärztliche Versorgung ist an manchen Stellen schon schlecht und wird an manchen Stellen noch schlechter werden“, sagte Giernat. Das sah Carsten Lotz von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV) ähnlich, wenngleich er die Lage als nicht ganz so dramatisch einstufte. „Aber wir sollten jetzt abwehren, was vielleicht in fünf oder zehn Jahren passieren könnte“, so Lotz.

In Zukunft müssen Ärzte über Fachrichtungen und Ortsgrößen hinweg zusammenarbeiten, meinte Dr. Ulrich Dehmer, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Bad Orb und als Vorstand der Ärztenetz Spessart eG am Aufbau von Regionalen Gesundheitsnetzen direkt beteiligt. „Es besteht für die älteren Kollegen jetzt die Chance, dass sie ihre Pra-



xis übergeben können“, sagte Dehmer. Für die Jüngeren biete sich die Möglichkeit, in einer ärztlichen Kooperation nicht alleine Tausenden von Patienten gegenüberzusehen, sondern sich die Aufgabe mit anderen Ärzten aufzuteilen.

Das Land Hessen unterstützt Gesundheitsnetze. So bezuschusst die Landesregierung das Modellprojekt im Main-Kinzig-Kreis mit 50.000 Euro. Ziel sei es, Diskussionskreise zu etablieren und auf lokaler Ebene gangbare Lösungen zu finden, so Ralf Pillok, Referatsleiter der Servicestelle „Regionale Gesundheitsnetze“ beim Land Hessen. Bis Ende dieses Jahres soll ein Konzept vorliegen, wie derlei Netzwerke aussehen, ab dem kommenden Jahr sollen erste Ideen dann in die Tat umgesetzt werden.

Erste gute Beispiele des Ärztenetzes Spessart stellte Edmund Fröhlich vor, sowohl was sektorenübergreifende Kooperationen anging, wie die zwischen Pflege und Me-



medizin, als auch ortsübergreifende Kooperationen wie in Bad Orb, Jossgrund und Flörsbachtal. Was also können Politik, Ärzteschaft und KV heute schon tun? Fröhlich stellte verschiedene Handlungsoptionen in den Raum wie Medizinstudierende aus der Region zu gewinnen, gelungene Vorbildprojekte zu übertragen, Gemeinden bei der Suche nach einem Hausarzt zu helfen, ältere Ärzte direkt anzusprechen, über die Delegation von ärztlichen Leistungen zu verhandeln und interdisziplinäre Fortbildungen anzubieten. „Es funktioniert aber nur, wenn die verschiedenen Beteiligten mitmachen“, erklärte Fröhlich.

Die anschließende Diskussion konzentrierte sich auf die Frage der Kosten. Vertreter der Politik verlangten bei-

spielsweise konkrete Zusagen des Landes Hessen, die Hilfen, die Kommunalpolitik zum Teil leisten könne, mitzutragen oder zumindest in der Haushaltsaufsicht bei Schuttschirmkommunen nicht als Malus ausgelegt zu bekommen. Weitere Diskussionsrunden auf Ebene der KV-Mittelbereiche werden nun folgen. Bis zum Frühjahr kommenden Jahres soll es einen Zwischenbericht zum Aufbau der Regionalen Gesundheitsnetzwerke geben. In den kommenden Wochen wird es im Gesundheitsnetz

Main-Kinzig nun vor allem darum gehen, weitere Ideen zu sammeln und Impulse zu geben, um die Förderung im Rahmen des Modellprojekts bestmöglich zu nutzen.

Ärztetenetz Spessart eG
 Projektmanagement Gesundheitsnetz MKK
 Würzburgerstr. 7, 63619 Bad Orb
 Tel.: 06052 309868, management@gesundheitsnetz-mkk.de

KURZ NOTIERT aus unseren Ärztenetzen

DOXS eG: Neues Projekt für Auszubildende

Im neuen Ausbildungsjahr 2014/2015 startet die DOXS eG ein neues Projekt, um die Ausbildung von MFA zu verbessern. „AZURO“ steht dabei für „Auszubildende in Rotation“ und soll den Azubis die Möglichkeit geben, das komplette Spektrum des Ausbildungskataloges praxisnah zu erlernen. Um auch Ausbildungsinhalte praxisnah zu vermitteln, die in der Ausbildungspraxis nicht erlernt werden können, wurde das neue Projekt ins Leben gerufen. Hierzu sollen die Auszubildenden zwei vierzehntägige Hospitationszyklen in einer anderen Arztpraxis durchlaufen. Diese zweiwöchigen Hospitationen sollen im Vorfeld zu den anstehenden Zwischen- und Abschlussprüfungen vereinbart werden. Optimal werden die Auszubildenden der teilnehmenden Praxen getauscht (Rota-

tion), es ist aber auch eine Hospitation in einer Praxis möglich, die selbst aktuell nicht ausbildet. Das Angebot gilt auch für Auszubildende aus Praxen, die nicht den DOXS angehören. Für Mitgliedspraxen und deren Auszubildende entstehen keine Kosten. Praxen von Nichtmitgliedern entrichten einen Vermittlungsbeitrag an die Genossenschaft.

Die Teilnahme an dem Projekt wird durch eine Zusatzvereinbarung zum Ausbildungsvertrag geregelt.
 Dr. med. Sven Dallmann

DOXS eG Ärzte und Psychotherapeuten in der Mitte Deutschlands
 Schenkendorfstraße 6-8, 34119 Kassel, Tel.: 0561-76 62 07-12,
 info@doxs.de, www.doxs.de

Hessische Urologen eG: Neue kaufmännische Leitung

Gabriele Bleul übernimmt seit 1. April 2014 die kaufmännische Leitung der Hessischen Urologen eG (HUEG). Die Diplom-Betriebswirtin ist bereits seit 2005 Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Ärztenetzgenossenschaft „Gesundheitsnetz Osthessen eG“ (GNO, Fulda) und führt darüber hinaus noch die Geschäfte des Verbands Hessischer Ärztenetze, Hessenmed e. V. Gabriele Bleul hat Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie sowie Finanz- und Rechnungswesen studiert und war anschließend zunächst in diversen Kliniken u. a. als Geschäftsführerin tätig.

Kontaktbüro der Hessische Urologen eG
 Gabriele Bleul
 Gerloser Weg 20, 36039 Fulda, Tel.: 0661 242 777 01
 Fax: 0661 242 777 11, E-Mail: info@hessische-urologen.de

Gesundheitsnetz Osthessen eG (GNO): Widerstand gegen Neuorganisation des ÄBD

In Osthessen regt sich Widerstand gegen die Neuorganisation des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD): Die Gesundheitsnetz Osthessen eG (GNO) kritisiert, dass die Umlage um bis zu 40 Prozent gestiegen seien, gleichzeitig sei die Qualität der Versorgung gesunken. Auch sei mehr Bürokratie bei der Anforderung des Fahrdienstes erforderlich. Angesichts dieser Situation hat das GNO ein Rechtsgutachten zu den neuen Regelungen des ÄBD eingeholt. Dieses lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor. Das Hessenmed-Magazin informiert Sie weiterhin über das Thema.

GNO eG
 Gerloser Weg 20, 36039 Fulda
 Tel: 0661 242 777 0, Fax: 0661 242 777 11
 E-Mail: info@gesundheitsnetzosthessen.de

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 Zubettgehen ⁶



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 G., 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. Schmauf M., Messer T., September 2012; Therapietabellen Neurologie/Psychiatrie, Nr. 52, 7. Auflage, Westermeyer Verlag.

Valdoxan® 25 mg Filmtabletten Wirkstoff: Agomelatin **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 25 mg Agomelatin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, 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, Schlaflosigkeit, Migräne; gelegentlich: Parästhesie, Restless leg Syndrom. Psychiatrische Erkrankungen: häufig: Angst; gelegentlich: Agitiertheit und damit verbundene Symptome (Gereiztheit, 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: Ekzem, Pruritus, Urtikaria; selten: erythematöser Ausschlag, Gesichtsröteln und Angioödem. Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen: 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 tödli. Ausgang od. Lebertransplant. bei Pat. mit Risikofaktoren für Leberschädigung), Ikterus. Untersuchungen: selten: Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, 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, Stand: Juni 2014

Bei symptomatischer KHK und Herzinsuffizienz*



Symptomatik & Prognose verbessern!

mit **Procoralan®**
 Ivabradin

5 mg | 7,5 mg | 1-0-1

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), Titandioxid (E 171), Macrogol 6000, Glycerol (E 422), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Behandlung der koronaren Herzkrankheit (KHK) Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Erwachsenen mit koronarer Herzkrankheit und normalem Sinusrhythmus. Ivabradin ist indiziert bei Erwachsenen mit einer Unverträglichkeit für Beta-blocker oder bei denen Beta-blocker kontraindiziert sind, oder in Kombination mit Beta-blockern bei Patienten, die mit einer optimalen Betablockerdosierung unzureichend eingestellt sind und deren Herzfrequenz > 60 Schläge pro Minute (bpm) ist. **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 Beta-blocker oder wenn Beta-blocker kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Herzrhythmusstörungen: 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; supraventrikuläre Extrasystolen; sehr selten: Vorhofflimmern, 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; **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; **Augenerkrankungen:** sehr häufig: lichtbedingte visuelle Symptome (Phosphen); 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; supraventrikuläre Extrasystolen; sehr selten: Vorhofflimmern, AV-Block 2. Grades, AV-Block 3. Grades, Sick-Sinus-Syndrom. **Erkrankungen der Nieren:** häufig: unkontrollierter Blutdruck; gelegentlich: Hypotonie, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Erkrankungen der Leber, Gallenblase und Gallenwege:** häufig: erhöhte Alaninaminotransferase (ALT) und/oder Aspartataminotransferase (AST) (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 tödli. Ausgang od. Lebertransplant. bei Pat. mit Risikofaktoren für Leberschädigung), Ikterus. Untersuchungen: selten: Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme. **Warnhinweise:** Enthält Lactose-Monohydrat. Patienten mit den seltenen hereditären Krankheiten Galactose-Intoleranz, 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, Stand: Dezember 2013

*Fachinformation Procoralan®, Stand: Dezember 2013 - **relatives Risiko; Swedberg et al., Lancet (2010); 376: 875-885

F: Warum sollten Sie nur einen Messwert erhalten, wenn Sie genauso gut hilfreiche Informationen bekommen können?

A:

NEU

9 von 10 Patienten sagten:
"Es ist leicht zu bedienen
und die Ergebnisse sind
einfach zu verstehen."¹



Farbcodierte Bereichsanzeige für Messwerte inner-, unter- und oberhalb der Bereichsgrenzwerte.[†]

- Oberhalb Bereich
- Im Bereich
- Unterhalb Bereich

**Das neue OneTouch® Verio® Blutzuckermesssystem
Sie erhalten mehr Informationen* auf einen Blick –
kein Scrollen oder Tasten drücken erforderlich.**

**Fragen Sie Ihren Arzt noch heute nach OneTouch® Verio®.
Für weitere Informationen können Sie auch unseren gebührenfreien Kundenservice
unter 0800-70 77 007 anrufen oder uns online besuchen auf www.LifeScan.de**

[†]Die unteren und oberen Bereichsgrenzwerte, die Sie eingestellt haben, gelten für alle Blutzuckermessergebnisse. Dazu gehören Messungen, die vor oder nach Mahlzeiten, Medikationen und im zeitlichen Zusammenhang mit sonstigen Tätigkeiten, die Ihren Blutzucker beeinflussen können, durchgeführt wurden. Sprechen Sie unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt darüber, welche unteren und oberen Bereichsgrenzwerte für Sie persönlich richtig sind.

*Mehr als nur ein Messwert.

1. Im Jahr 2012 in Großbritannien und den USA durchgeführte Studie an 102 Diabetikern. LifeScan, Daten sind gespeichert.

© LifeScan, Division of Cilag GmbH International 2014 – AW 101 071 A.

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

ONETOUCH®