im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

Veranstaltungsreihe
„Rational verordnen – Regresse vermeiden!“

Gesetzesflut
Was auf niedergelassene Ärzte in der nächsten Zeit alles zukommt

Auf dem Weg zur Zertifizierung nach §87b SGB V
10 Punkte-Plan zur Netzanerkennung

Liebe Leser,

Sie haben es sicherlich auf den ersten Blick bemerkt, dass sich der "dialog" optisch verändert hat. Für die erste Ausgabe des "dialog" in diesem Jahr wurde eine Überarbeitung des bisherigen Erscheinungsbildes realisiert.

Warum diese Änderung? Der bisherige Stil des "dialog" wurde seit 2007 in 24 Ausgaben beibehalten. Wir (GNS und Agentur) mussten bei der kritischen Bewertung feststellen, dass die "Haltung des GNS" einerseits und das "Erscheinungsbild des offiziellen Organs" des GNS andererseits nicht mehr genügend übereinstimmten. Das GNS ist "erwachsener" geworden, hat seinen Platz im süddeutschen Gesundheitssystem längst gefunden und sich dort fest etabliert.

Vor diesem Hintergrund erstellten wir fünf grundsätzlich unterschiedliche Titeldarstellungen in sechs unterschiedlichen Covervarianten. Die Qual der Wahl hatte nun das Redaktionsteam des "dialog". Hier galt es nun, die passende "Eigendarstellung" auszuwählen – es wurde ein langer Redaktionsabend mit intensiver, konstruktiver Diskussion. Das Ergebnis davon halten Sie nun heute in Händen. Wir (alle Beteiligten, also das Redaktionsteam des GNS und die Macher der Werbeagentur 'pyrus) sind natürlich sehr auf Ihre Meinung gespannt. Kommentare dürfen Sie gerne entweder an das GNS oder direkt an mich richten (E-Mail: zanker@pyruswerbeagentur.de).

Udo Zanker, Werbeagentur 'pyrus

Inhalt

Titelthema
Seite 3-5: Gesetzesflut

GNS aktuell
Seite 6: G'sundregion: Auf dem Weg zur Zertifizierung
Seite 8-9: GNS – Netz der Netze
Seite 16: Einladung Netzkonferenz

Redaktioneller Beitrag
Seite 7: Antikorruptionsgesetz
Seite 12: Veranstaltungsreihe: "Rational verordnen – Regresse vermeiden"
Seite 13: UnternehmensWert: Mensch
Seite 14: Praxisnetze – In der Versorgungslandschaft angekommen?

Assekuranz
Seite 15: Facettenreich zu mehr Rendite

Fortbildungen/Veranstaltungen

Zertifizierte Fortbildung: DMP-Quattro – Pflichtfortbildung

Ropach Restaurant, Rollinstraße 36,
88400 Biberach an der Riß
Datum: 11.07.2015 **Beginn:** 9:00 Uhr
Ende: 15:00 Uhr **Gebühren:** Kostenfrei

Wir freuen uns Ihnen mitteilen zu können, dass wir Ihnen eine DMP-Quattro Veranstaltung in Biberach anbieten können. Unser DMP-Quattro beinhaltet alle zur Sicherstellung der Abrechnung notwendigen Fortbildungs-Bestandteile (KHK, Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma/COPD) kompakt an einem Tag.

☐ Ja, ich/wir nehmen mit …… Personen am 11.07.2015 an der DMP-Quattro Fortbildung in Biberach teil.

Name der teilnehmenden Personen:

—
—
—
—

Datum / Unterschrift / Praxisstempel

Gesetzesflut

Was auf niedergelassene Ärzte in der nächsten Zeit alles zukommt

Wolfgang Bachmann

Selbst manche Gesundheitspolitiker stöhnen über die Menge der angestoßenen Gesetzesänderungen. Für diese Legislaturperiode sind noch einige Gesetzesvorhaben vorgesehen. Am 29. April 2015 wurde das Hospiz- und Palliativgesetz im Bundeskabinett beschlossen. In Kürze werden neben dem Versorgungsstärkungsgesetz in den Bereichen Prävention und E-Health Neuregelungen zu erwarten sein.

Hospiz- und Palliativgesetz

Weitreichende Reformen sorgen für eine echte Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Der Gesetzentwurf sieht Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung und im Krankenhauswesen vor. Er enthält Regelungen zur ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung der Versicherten in der häuslichen Umgebung und zur stationären Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Hospizen und Krankenhäusern. Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll schneller und umfassend ausgebaut werden. Hierzu wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge der Krankenkassen mit den versorgenden SAPV-Teams eingeführt. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen werden zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren. Gegenstand der Vereinbarung sollen die Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, Regelungen zur Zusatzqualifikation der Ärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen sein.

Die Hospizarbeit wird finanziell besser ausgestattet

Die Hospizarbeit wird finanziell besser ausgestattet. Hierzu wird der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Die Krankenkassen tragen künftig 95 % statt wie bisher 90 % der zuschussfähigen Kosten. Die Bemessungsgrundlage wird verbreitert. Künftig werden neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. Derzeit noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten künftig einen höheren Tagessatz je betreutem Versicherten (Erhöhung um 25 % von derzeit rund 198 € auf rund 255 €).

Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht mehr nur freiwillig, sondern sollen von den Vertragspartnern abgeschlossen werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung.

Um den Versicherten und ihren Angehörigen die Inanspruchnahme der Leistungen zu ermöglichen, werden die Krankenkassen verpflichtet, individuelle Beratungsangebote für ihre Versicherten zu offerieren.

Der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung wird gefördert

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ausgebaut und gestärkt werden. Diese Intention begrüßen wir ausdrücklich. Der ambulanten und damit auch der vertragsärztlichen Palliativversorgung kommt eine besondere Bedeutung zu. Hausärzte, die sich der Versorgung Sterbender widmen, erhalten für die aufgewendete Zeit und ihr Engagement eine zusätzliche Vergütung, die bislang mit der allgemeinen Pauschale abgegolten war. Dies war und ist nicht ausreichend für eine umfassende ambulante Palliativversorgung. Der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung wird durch diesen Gesetzentwurf gefördert. Dieses Gesetz geht eindeutig in die richtige Richtung.

Neuregelungen durch das Präventionsgesetz

Ärzteschaft nicht ausreichend eingebunden

Das Präventionsgesetz in der aktuell vorliegenden Form wurde am 17.12.2014 durch das Bundeskabinett beschlossen. Kernproblem ist und bleibt die Tatsache, dass die Ärzteschaft nicht in institutionalisiertem Rahmen in die nationale Präventionsstrategie eingebunden sein soll. Das Präventionsgesetz in der aktuell vorliegenden Form bietet noch einigen Verbesserungsbedarf, wenn auch schon manche Ansätze in die richtige Richtung weisen. Der Bundesgesundheitsminister wird zu diesem Gesetz auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums wie folgt zitiert: „Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen." Das Präventionsgesetz ist breit angelegt, vor dem Hintergrund begrenzter Mittel vielleicht ein wenig zu breit. Aber dazu später mehr. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sollen auch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung sowie die Soziale Pflegeversicherung in die Präventionsaufgaben eingebunden werden, eine nationale Präventionskonferenz legt Ziele und Strategien fest. Ein Schwerpunkt des Präventionsge-

setzes ist die Förderung der Prävention im Betrieb.

Früherkennungsuntersuchungen werden zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt

Früherkennungsuntersuchungen werden zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt. Insbesondere in diesem Punkt zeigt der Gesetzentwurf in die richtige Richtung, aber der Wurf endet weit vor der Ziellinie, da die Ausgestaltung viele Fragen offenlässt. Im Kern sollen niedergelassene Ärzte zukünftig in der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V auch auf Risikofaktoren der Versicherten eingehen und Präventionsempfehlungen ausstellen. Es ist begrüßenswert, dass Ärzte an diesem wichtigen Punkt einbezogen und in Verantwortung genommen werden. Nicht richtig ist allerdings, dass ihnen keinerlei Mitgestaltungsspielraum bezgl. des Angebots der Präventionsleistungen eingeräumt wird und dass die mit dieser Regelung verbundenen Prozesse und Kosten völlig unzureichend dargestellt werden. Ebenfalls unzureichend geht der Gesetzentwurf auf die Frage der den Ärzten durch eine Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung zwangsläufig entstehenden Kosten ein.

Ungeklärte Finanzierung

Hier herrscht die Mentalität vor, dass Mehrleistung keine Mehrkosten verursachen müssen. Dies ist nicht sachgerecht. Hierzu führt die KBV in ihrer Stellungnahme zum Präventionsgesetz zutreffend aus: „*Inhaltlich erfordert eine ärztliche, individuelle Präventionsempfehlung eine strukturierte Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten, die Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme sowie ein motivierendes Gespräch zur Teilnahme… Schon die in den §§25 Abs. 1 und auch 26 Abs. 1 SGB V geplante Vorschrift, dass Ärzte, den Patienten Präventionsempfehlungen nicht nur mündlich mitteilen, sondern diese in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden, verursacht eine neue Informationspflicht für Ärzte, die einen erhöhten Erfüllungsaufwand auslöst… Ein risikoadaptiertes Präventionsmanagement setzt auch aus Sicht der KBV u. a. eine strukturierte Erfassung und Bewertung des Risikos mit entsprechenden Risikomanagement-Tools wie z. B. ARRIBA oder CARRISMA sowie eine darauf abgestimmte Beratung voraus.*“ Qualitätsverbesserungen in der Prävention sind dringend notwendig, damit Hochrisikopatienten rechtzeitig und vor Eintritt eines Ereignisses Zugang zu und Teilnahme an entsprechenden Präventionsmaßnahmen empfohlen wird. Aber klar ist auch: das kann es nicht umsonst geben. Im derzeit vorliegenden Entwurf werden Mittel vorwiegend für andere Bereiche der Prävention reserviert. Alleine die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll jährlich 35 Mio. € erhalten. Für die betriebliche Prävention und Prävention in Lebenswelten wird der Mehraufwand auf 220 – 240 Mio. € geschätzt. Mittel für die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung sind nicht kalkuliert. Das ist insbesondere deswegen bedauerlich, da Ärzte in den Augen der Bevölkerung die wichtigsten Ansprechpartner in Präventionsfragen sind.

E-Health-Gesetz

„Die Vorgaben zur Förderung telemedizinischer Leistungen werden notwendig, nachdem der Bewertungsausschuss bereits 2012 den gesetzlichen Auftrag erhalten hatte zu prüfen, welche Leistungen telemedizinisch erbracht und abgerechnet werden können, aber keine konkreten Ergebnisse vorgelegt hatte.“ (Quelle: Bundesgesundheitsministerium)

Der Gesetzgeber hat am 13. Januar 2015 einen Referentenentwurf zum sog. E-Health-Gesetz vorgelegt. An vielen Stellen des Gesetzes spürt man Ungeduld. Diese Ungeduld äußert sich nicht etwa in Form von Unausgegorenheit. Nein, es ist schon eher prophylaktische Ungeduld im Hinblick auf die erwarteten Gegenreden und stereotypen Einwands- und Vorwandsmuster interessierter Kreise. Oder um es klar und unmissverständlich zu formulieren. Man hat das Gefühl, dass dem Gesetzgeber beim Thema E-Health, der Geduldsfaden zu reißen scheint.

Auch wenn in der Informationstechnologie vieles möglich ist, gilt dies nicht zwangsläufig für sensible Patientendaten

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Einflüsterer, für die in der Informationstechnologie längst „anything goes“, kann man dafür ein Stück weit Verständnis entwickeln. Allerdings darf man und vor allem darf der Gesetzgeber nicht vergessen, welch sensiblen Regelungsgegenstand man vor sich hat. Es geht um nicht mehr, aber auch um nicht weniger als die Gesundheitsdaten von Menschen. Geht man mit der Klarheit über den Gegenstand und das Wissen um die Risiken schützenswerter Daten an die Aufgabe, die Chancen elektronischer Datenverarbeitung unter Nutzung aktueller technologischer Möglichkeiten zu heben, ergeben sich eine Fülle von Vorteilen, die weit gewichtiger als die Nachteile sind. Das populäre Unverständnis über die mangelnde Nutzung aktueller Technologien kennt fast jeder Arzt: Spätestens wenn wieder mal ein Patient im Rahmen eines Vertretungs- oder Notdienstfalles vor dem behandelnden Arzt sitzt und völlig erstaunt feststellt, dass der Behandler nicht über seine individuelle Krankheitsgeschichte im Bilde ist, wurde fast jeder Arzt schon einmal mit der Patientenerwartung an vernetzte Informationsstrukturen konfrontiert. Und spätestens dann hat sich ein jeder und sei er bis dahin noch so ein Hardliner gewesen gefragt, ob es nicht sinnvoll

wäre, modernen Informationstechnologien auch im Gesundheitswesen mehr Beachtung zu schenken. Insoweit gibt es viel Berührungspunkte zwischen Ärzten, Patienten und dem Gesetzgeber. Es ist also an der Zeit, nicht aus jeder Berührung sofort einen Kampf um Leben und Tod zu machen oder um im Genre zu bleiben, einen Kampf um die Grundwerte, die das Arzt-, Patientenverhältnis auszeichnen.

Das E-Health-Gesetz ist eigentlich nur Mittel zum Zweck. Der Zweck besteht darin, die Schlüsseltechnologie des 21. Jahrhunderts, die Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen nutzbar zu machen. Als Mittel der Nutzbarmachung werden die folgenden wesentlichen Neuregelungen des E-Health Gesetzes angesehen:

- Anreize schaffen für die zügige Einführung und Nutzung medizinischer Anwendungen (Notfalldaten, elek tronischer Arzt- und Entlassbrief und einheitlicher Medikationsplan),
- Telematikinfrastruktur öffnen und perspektivisch als die maßgebliche sichere Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen entwickeln,
- Strukturen der Gematik verbessern,
- Interoperabilität der Systeme verbessern,
- Förderung telemedizinischer Leistungen. (Quelle: www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/e-health-initiative.html)

Konkret sind folgende, die Vertragsärzteschaft betreffenden wesentlichen Regelungen im Gesetzentwurf beinhaltet:

Umsetzung durch Anreize und Strafe

- Erhebung einer Gebühr von 5 €, wenn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird.
- In §31a SGB V (neu) wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans durch den Hausarzt in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Anspruch haben ab dem 01.10.2016 Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden. Der Medikationsplan ist in Papierform auszuhändigen; auf ihm sind mit Anwendungshinweisen alle Arzneimittel, die verordnet worden sind, Arzneimittel, die ohne Verschreibung angewendet werden, sowie Hinweise auf Medizinprodukte soweit sie für die Medikation relevant sind, zu dokumentieren. Der Hausarzt hat den Plan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist.
- Anlage und Pflege des Notfalldatensatzes.
- Papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung sollen durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können.
- Nach §87a Abs. 2 können besonders förderungswürdige Leistungen auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.
- Durchführung des Versicherungsstammdatenmanagements durch behandelnde Ärzte.
- Telemedizinische Leistungen sollen im einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgebaut und mit Zuschlägen gefördert werden können.
- Das Entlassmanagement beim Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung soll durch finanzielle Anreize für die Nutzung von IT-gestützten Entlassbriefen im Sinne der Patienten verbessert werden.
- 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen.

Auch der gerade zu Ende gegangene Deutsche Ärztetag in Frankfurt hat sich intensiv mit dem Thema Telemedizin und Telematik beschäftigt. Der Ärztetag sprach sich für eine Förderung der Telematikinfrastruktur unter Einbeziehung der ärztlichen Expertise aus. „Die grundsätzliche Offenheit der Ärzteschaft für sinnvolle medizinische Anwendungen in der elektronischen Datenverarbeitung spiegelt sich in unterschiedlichen bereits realisierten regionalen Projekten wieder“, heißt es in der Entschließung. Die vorgesehene Verpflichtung für das Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen wurde abgelehnt.

Zusammenfassung

Die aktuellen Gesetzesvorhaben betreffen völlig unterschiedliche Bereiche des Gesundheitswesens. Insbesondere die Regelungen zur Palliativ- und Hospizversorgung beinhalten einige substantielle Verbesserungen, die sehr zu begrüßen sind. Die Rolle der Ärzteschaft in der Prävention wird auch durch die Neuauflage des Präventionsgesetzes nicht wirklich abgebildet. Ärzte sind in den Augen der Bevölkerung die wichtigsten Ansprechpartner in Präventionsfragen. Diese Bedeutung sucht man im Präventionsgesetz vergebens. Das E-Health-Gesetz ist sicher das Gesetz mit der breitesten Wirkung auf weite Teile der Ärzteschaft. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass in diesem Gesetzentwurf die Themen mit dem größten Diskussionsbedarf liegen. Hierbei gibt die Entschließung des Deutschen Ärztetags eine gute Richtung vor.

G'sundregion: Auf dem Weg zur Zertifizierung nach §87b SGB V

10 Punkte-Plan zur Netzanerkennung.

Steffen Witte

Die G'sundregion hat sich zum Ziel gesetzt, gem. §87b SGB V von der KVBW zertifiziert zu werden. Diesen Entschluss fasste der Beirat am 04.11.2014. Um die Anerkennung zu erreichen, müssen die Rahmenvorgaben der KBV erfüllt werden. Dafür wurde ein Konzept (10 Punkte-Plan) entworfen. Im Folgenden werden wir beispielhaft darstellen, wie ein solches Projekt umgesetzt werden kann.

Vorbereitung (1 - 2)

Anhand der GNS Checkliste zum Anerkennungsverfahren wurde zunächst analysiert, welche Voraussetzungen zur Anerkennung bereits erfüllt wurden. Die Checkliste orientiert sich an den Rahmenvorgaben der KBV, die die KVBW entsprechend übernommen hat. In der Checkliste werden die Rahmenvorgaben in klare Fragen formuliert und erleichtern damit die Bestandsaufnahme. Als zweiter Schritt wurden in der G'sundregion die noch nicht erfüllten Themen herausgearbeitet und in Themengebiete geclustert. Da sich einzelne Bereiche der KBV Anforderungen überschneiden, hat dies den Vorteil, dass ähnliche Aufgaben zusammen bearbeitet werden können. Zur Vorbereitung auf die Workshops wurde anschließend Material zu den Themengebiete gesammelt, um den Teilnehmern einen Überblick zu geben, welche Möglichkeiten es bei der Umsetzung gibt. Diese ersten Aufgaben wurden von der Geschäftsstelle durchgeführt.

Workshop und Nachbearbeitung (3 - 8)

In den Workshops wurden dann die Themen in kleinen Gruppen bearbeitet. Anhand des zur Verfügung gestellten Materials und den regionalen Gegebenheiten, entwickelten die Gruppen Lösungs- bzw. Umsetzungsvorschläge. Diese Vorschläge wurden anschließend den anderen Workshopteilnehmern präsentiert. Am Ende des Workshops stand entweder ein konsensbasierter Lösungsvorschlag, der protokolliert wurde oder die Geschäftsstelle wurde beauftragt, weitere Informationen einzuholen, um in dem nächsten Workshop das Thema zu vertiefen. Soweit die Lösungsvorschläge bereits in interne Regeln übernommen werden konnten, wurden diese von der Geschäftsstelle aufgestellt. Im nächsten Workshop wurden zu Beginn die erarbeiteten Themen erneut besprochen und bei Bedarf angepasst.

Verbindliche Umsetzung (9 - 10)

Um eine verbindliche Umsetzung zu gewährleisten ist ein breiter Konsens im Ärztenetz notwendig. Deshalb werden die internen Regeln in der Gesellschafterversammlung vorgestellt und ein Beschluss über die Umsetzung gefasst. Somit sind die Gesellschafter verpflichtet die Themen in der Praxis umzusetzen. Auch ein regelmäßiges Controlling ist wichtig. Durch den QM-Beauftragten im Ärztenetz und durch die Geschäftsstelle sollen anschließend in regelmäßigen Abständen die Praxen in der Umsetzung beraten und unterstützt werden.

Zusammenfassung

Viele Ärztenetze haben bereits einige Punkte der Rahmenvorgaben erfüllt. Eine strukturierte Bestandsanalyse ist sehr wichtig um abschätzen zu können, wie groß der Aufwand einer Anerkennung ist. Neben der Erarbeitung und Umsetzung der erforderlichen Themen muss vor allem auch berücksichtigt werden, dass der Prozess mit der Anerkennung nicht abgeschlossen ist. Die KVBW überprüft nach einiger Zeit die Kriterien, d.h. die Kriterien müssen immer weiterentwickelt und angepasst werden. Das Gesundheitsnetz Süd unterstützt lokale Ärztenetze beim Anerkennungsverfahren nach §87b SGB V. Wenn auch Sie in Ihrem Ärztenetz eine Anerkennung anstreben, freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme. Melden Sie sich auf jeden Fall zur Netzkonferenz (siehe Rückseite) an.

1. Bestandsaufnahme
2. Vorbereitung der Themen, sammeln von Materialien und Einteilung in Themengebiete
3. Entwicklung von Lösungsstrategien in kleinen Gruppen
4. Vorstellung der Ergebnisse
5. Protokollieren konsensbasierter Lösungsvorschläge
6. Einholen von weiteren Informationen
7. Übertragung der erarbeiteten Vorschläge in Interne Regeln
8. Besprechung der zusammengefassten Vorschläge im nächsten Workshop
9. Beschluss in der GV über die Umsetzung
10. Unterstützung und Controlling der Umsetzung durch den QM Beauftragten

10 Punkte-Plan zur Netzanerkennung ©GNS, 2015

Antikorruptionsgesetz

Steffen Witte

Im Herbst 2015 soll das Antikorruptionsgesetz in Kraft treten. Geschützt werden sollen, neben den Patienten, die sich auf eine ausschließliche medizinische Entscheidung Ihres Arztes verlassen müssen, der allergrößte Teil der Vertragsärzte, die sich an die geltenden Regeln halten. Auslöser für die gesetzliche Neuordnung ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes von 2012, nach der sich Ärzte durch die Annahme von Geschenken aus der Pharmaindustrie nicht strafbar machen.

Mit der Novelle soll ein eigener Tatbestand in das Strafgesetzbuch aufgenommen werden (§299a StGB). Einfach ausgedrückt, werden die Ärzte oder Heilberufe, die für sich oder einen Dritten als Gegenleistung der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten einen Vorteil versprechen lassen, annehmen oder selbst fordern, mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft. Bestechung und Bestechlichkeit sollen damit bestraft werden, in besonders schweren Fällen mit bis zu 5 Jahren Gefängnis.

Einen Strafantrag sollen neben Krankenkassen und Patienten auch Wettbewerber stellen können. Dies birgt die Gefahr, dass das „Anschwärzen“ als Marketinginstrument missbraucht wird. Die Angst vor Verleumdungen oder eine schlechte Presse würde dazu führen, dass die Beteiligten sich aus der kooperativen Zusammenarbeit zurückziehen. Außerdem enthält der §299a keine klaren Grenzen, was strafbare und was nichtstrafbare Handlungen sind. Herr Dr. Maximilian Warnjen von der Kanzlei Dierks & Bohle formuliert es wie folgt: „Der Gesetzgeber hat sich die Konkretisierungsarbeit erspart“.[1] Diese Unsicherheit kann zu einer Kooperationshemmung führen. Wir brauchen aber mehr Kooperation und Zusammenarbeit. Es sollte nicht das alleinige Bestehen einer Kooperation als ein hinreichender Anfangsverdacht dienen.

Ein Interview mit der BMJV Staatssekretärin Frau Dr. Sefanie Hubig in der Zeitschrift „Perspektiv“ gibt dennoch Hoffnung. „Der Gesetzentwurf wird nichts unter Strafe stellen, was heute als berufliche Kooperation erlaubt ist“, sagte die Staatsekretärin und ergänzt. „Für die Strafbarkeit kommt es aber nicht alleine auf den Vorteil an, sondern darauf, ob ein Arzt sich durch den Vorteil „kaufen“ lässt und damit seine wirtschaftlichen Interessen über das Wohl des Patienten stellt.“[2]

Über einen engen Austausch mit den Politikern des Gesundheitsausschusses trägt Ihre GNS eG dazu bei, den Entscheidungsträgern zu verdeutlichen, dass eine Regelung zwar begrüßt wird, aber nur, wenn damit sinnvolle Kooperationen nicht verhindert oder eingeschränkt werden.

1 Vgl. Anno Fricke.: Antikorruptionsgesetz bringt Ärzte in Gefahr, in: Ärztezeitung online [Im Internet unter der URL: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/883887/oberstaatsanwalt-antikorruptionsgesetz-bringt-aerzte-gefahr.html, Datum des Zugriffs: 04.05.2015]

2 Vgl. O.V.: Der Gesetzesentwurf wird nichts unter Strafe stellen, was heute als berufliche Kooperation erlaubt ist“, in: Perspektiv 1/2015 [Im Internet unter der URL: http://q-pharm.de/uploads/downloads/presse_perspective/2/perspectiv_1.15-web.pdf, Datum des Zugriffs: 04.05.2015]

GNS – Netz der Netze

GNS: gegründet als Heimat der Netze in Baden-Württemberg

Wolfgang Bachmann

Als das Gesundheitsnetz Süd eG (GNS) im Jahr 2003 gegründet wurde, war die primäre Absicht Schutz, Absicherung und Gemeinschaft aber auch wirtschaftliche Selbstbestimmung und Stärke. Der Antrieb lag in der vermuteten Zerschlagung der KV durch die Politik. Wir wollten nicht die KV-alt erhalten. Wir wollten eine neue bessere Gemeinschaft freier, engagierter und leistungsbereiter Ärzte schaffen. Diese Bedingungen schienen uns am ehesten erreichbar mit denen, die schon Engagement in ihrem Sprengel bewiesen hatten. Daher war klar, dass ein Neuanfang vor allem mit Ärztenetzen und Netzärzten möglich sein würde. Mit denen, die nicht nur erduldeten sondern ihr Schicksal in die Hand nahmen und selbst gestalteten. So kam es, dass GNS im Jahre 2003 durch die Vertreter der Netze Ärzte-Initiative-Donau-Alb GbR, Ärztenetz Reutlingen GbR, Augenärztenetz Süd Württemberg GbR, Gesundheitsnetz Allgäu GbR, Biberacher Gesundheitsnetz GbR, Sigmaringer Netz-Ärzte im Landkreis GbR, Ulmer Praxisnetz e.V. initiiert und mit Hilfe einer Fülle engagierter Einzelmitglieder gegründet wurde. Keine Angst, dies hier wird keine Geschichte über die Vergangenheit. Aber wer Zukunft gestalten will, muss Herkunft begreifen.

Erhalt der Freiberuflichkeit ist für uns ein Wert

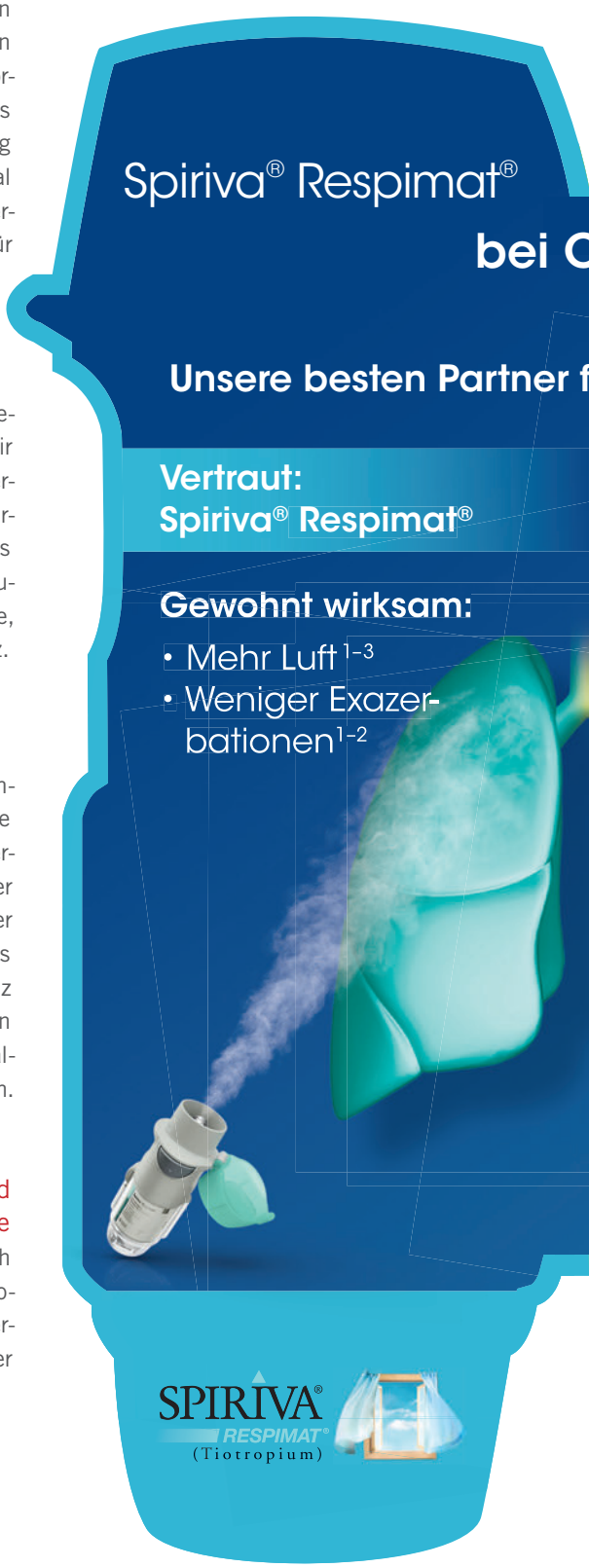
Heute sind wir 10 – 15 Jahre weiter. Die Welt hat sich entwickelt. Wir haben uns entwickelt. Die Versorgungslandschaft hat sich verändert, die Herausforderungen sind andere, aber keineswegs kleinere geworden. Neben den Kollektivvertrag sind selektive Versorgungsverträge getreten. Die weißen Flecken auf der Versorgungslandkarte, insbesondere außerhalb der Groß-, Mittel- und Kleinstädte, nehmen zu. Die Grenzen zwischen den Versorgern verschwimmen. Man wird den Eindruck nicht los, dass die Kliniken zunehmend in die ambulante Versorgungslandschaft eindringen und dass ihnen dabei sogar zunehmend freudig applaudiert wird. Ein Sitz, der einmal in die institutionellen Strukturen übergegangen ist, wird wahrscheinlich für lange Zeit nicht mehr freiberuflich besetzt. Natürlich kann man nun sagen „so what“ – aber nicht als Organisation, die gegründet wurde, um die Freiberuflichkeit ihrer Mitglieder zu erhalten und zu fördern. Wir sind angetreten, nicht um Sitze zu verlieren, sondern um gemeinsam Versorgung zu gestalten. Und das nicht als Juniorpartner von Krankenhausstrukturen sondern als deren gleichberechtige, lokal vielleicht sogar führende Instanz.

Niedergelassene Ärzte sind das Rückgrat der Versorgung

Obwohl sich vieles verändert hat, können wir sicher sagen, dass sich unsere Werte nicht verändert haben: Niedergelassene Ärzte sind das Rückgrat der Versorgung. Vielleicht oder ganz sicher nicht mehr in der gleichen Form als Einzelkämpfer so wie früher, aber ganz sicher als Freiberufler in beruflichen Kooperationen. Das wollen wir erhalten, weiterentwickeln und ausbauen. Das ist unser Credo.

Die Rahmenvorgabe der KBV und der Krankenkassen sind nicht ohne

Netze sind als Versorgungsform durch die Politik anerkannt. Netze professionell auszugestalten und sie zu unterstützen, die Kriterien der KV und der Krankenkassen zu erfüllen, ist die Aufgabe von GNS. Wir verstehen uns als komplementäre Organisation der KV. In dieser ergänzenden Rolle sind wir



auch ein Stück weit Mediator und Vermittler. Die Netzzertifizierung erfolgt durch die KV, die Moderation, um die Bedingungen zu schaffen und sie erfüllen zu können, leistet GNS. Wir sind der festen Überzeugung, dass es leichter ist, lokaler Vorreiter und Innovator zu sein, wenn man sich als Teil einer starken Gemeinschaft weiß. Wir wissen, dass die Rahmenvorgaben zur Netzanerkennung teils Hürden bereithalten, die nicht so ohne weiteres genommen werden können. Daher haben wir Module speziell für Netze entwickelt, die die Zertifizierung nach §87b anstreben. Dazu zählen die Module: Geschäftsstelle, Geschäftsführung, Datenschutz, Behandlungspfade, Medikationscheck u.a..

Praxisnetze in Baden Württemberg werden durch GNS unterstützt

Praxisnetze in Baden Württemberg werden durch GNS in ihrer Organisationsentwicklung unterstützt und vertreten. Es ist ein zutiefst genossenschaftliches Prinzip, subsidiär vorzugehen. Dies praktizieren wir, indem wir den Netzen in Baden-Württemberg die Plattform der Netzkonferenz anbieten und jedem Netz, das die Zusammenarbeit mit uns sucht, praktische Unterstützung der Netzarbeit in Form von Beratung und durch die oben beschriebenen Module offerieren. GNS ist vitaler denn je – für Sie!

Derzeit lösen wir ein Versorgungsproblem in einem Mittelzentrum in Südwürttemberg, indem wir ein pädiatrisches MVZ planen. Die Ausgangssituation: Die drei einzigen Kinderärzte der Region sind in etwa gleich alt und haben erklärt, dass sie nach mehreren Jahren der erfolglosen Suche nach jeweils einem Nachfolger, ihre Praxen noch in diesem Jahr aufgeben werden. Dies hätte zur Folge, dass die kinderärztliche Versorgung für eine Region von mehr als 30.000 Einwohnern Knall auf Fall gefährdet wäre. Natürlich hat auch die ortsansässige Klinik schon Interesse angemeldet. Allerdings wäre dies keine Lösung, die präferiert würde. Also haben wir uns gemeinsam mit den abgebenden Praxisinhabern beraten und entschieden, dass wir ein Pädiatrisches MVZ aufbauen. Auch dies ist eine Aufgabe einer von niedergelassenen Ärzten getragenen GNS: Versorgung sichern – Sitze halten und weiterentwickeln. In Abwandlung des berühmten Songtextes, postulieren wir:

„Wenn nicht wir – wer denn sonst!“

***Spiriva® und Striverdi® Respimat® sind in Kombination nur in freier Kombination verfügbar.** 1. Fachinformation Spiriva® Respimat®, Stand: September 2014 2. Bateman E. Respiratory Medicine 2010: 104, 1460-1472 3. van Noord JA. Respiratory Medicine 2009: 103, 22-29 4. Fachinformation Striverdi® Respimat®, Stand: November 2013 5. Koch et al. International Journal of COPD 2014: 9, 697-714 6. Ferguson GT et al., International Journal of COPD 2014: 9 629-645 **www.respimat.de**
Spiriva® 18 Mikrogramm. Kapsel mit Inhalationspulver. Spiriva® Respimat® 2,5 Mikrogramm. Lösung zur Inhalation. ***Wirkstoff:*** Tiotropiumbromid 1 H_2O. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** Spiriva® 18 µg: 1 Hartkapsel m. Pulver z. Inhalation enthält 22,5 µg Tiotropiumbromid 1 H_2O, entspr. 18 µg Tiotropium, sowie Lactose-Monohydrat. Spiriva® Respimat®: Die abgegebene Dosis beträgt 2,5 µg Tiotropium pro Hub (1 therap. Dosis besteht aus 2 Hüben) entspr. 3,124 µg Tiotropiumbromid-Monohydrat. *Sonst. Bestandteile:* Benzalkoniumchlorid, Natriumedetat, gereinigtes Wasser, Salzsäure 3,6 % (z. pH-Einstellung). **Anwend.:** Spiriva® 18 µg u. Spiriva® Respimat®: dauerhaft einzusetzender Bronchodilatator z. Befreiung v. Symptomen bei chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Spiriva® Respimat®: zusätzlicher dauerhaft einzusetzender Bronchodilatator bei erwachsenen Asthma-Pat. unter Dauertherapie mit einer Komb. aus inhalativen Kortikosteroiden (≥800 µg Budesonid/Tag oder Äquivalent) u. lang wirksamen $Beta_2$-Agonisten u. mind. einer schweren Exazerbation im Vorjahr. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen Tiotropiumbromid, Atropin od. eines seiner Derivate, wie z. B. Ipratropium od. Oxitropium, od. zusätzlich bei Spiriva® 18 µg gegenüber dem Hilfsstoff Lactose-Monohydrat bzw. zusätzlich bei Spiriva® Respimat® 2,5 Mikrogramm gegenüber einem der Hilfsstoffe Benzalkoniumchlorid, Natriumedetat od. Salzsäure 3,6 % (z. pH-Einstellung). **Nebenw.:** Dehydrierung, Schwindel, Kopfschmerz, Insomnie, verschwommenes Sehen, erhöhter Augeninnendruck, Glaukom, Tachykardie (einschl. supraventrikulärer Tachykardien), Palpitationen, Vorhofflimmern, Pharyngitis, Heiserkeit, Husten, Bronchospasmus, Epistaxis, Laryngitis, Sinusitis, trockener Mund, Stomatitis, gastroösophagealer Reflux, Verstopfung, Übelkeit, intestinale Obstruktion (inkl. paralytischem Ileus), Gingivitis, Glossitis, oropharyngeale Candidose, Karies, Dysphagie, Hautausschlag (Rash), Nesselsucht, Pruritus, Überempfindlichkeitsreaktionen (inkl. Reaktionen v. Soforttyp), Angioödem, anaphylaktische Reaktion, Hautinfektion, Hautulkus, trockene Haut, Gelenkschwellung, Dysurie, Harnverhalt, Harnwegsinfekte. Zusätzlich für Spiriva® 18 µg: Geschmacksstörungen. Stand: September 2014
Pharmazeutischer Unternehmer: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim,
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99, info@boehringer-ingelheim.de, www.boehringer-interaktiv.de

Striverdi® Respimat® 2,5 Mikrogramm/Hub Lösung zur Inhalation. ***Wirkstoff:*** Olodaterolhydrochlorid. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** Die abgegebene Menge beträgt 2,5 Mikrogramm Olodaterol pro Hub (als Olodaterolhydrochlorid). *Sonst. Bestandteile:* Benzalkoniumchlorid, Natriumedetat (Ph. Eur.), Citronensäure, gereinigtes Wasser. **Anwend.:** Striverdi Respimat ist indiziert als Bronchodilatator zur Dauerbehandlung bei chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Olodaterol oder gegenüber einem der sonstigen Bestandteile Benzalkoniumchlorid, Natriumedetat (Ph. Eur.) oder Citronensäure. **Nebenw.:** Nasopharyngitis, Schwindel, Hypertonie, Hautausschlag (Rash), Arthralgie. Striverdi Respimat gehört zur Gruppe der langwirksamen Beta2-Adrenozeptor-Agonisten. Daher ist auf Anzeichen für bekannte Nebenwirkungen der Beta-Adrenozeptor-Agonisten zu achten, wie Tachykardie, Arrhythmie, Palpitationen, Myokardischämie, Angina pectoris, Hypertonie oder Hypotonie, Tremor, Kopfschmerzen, Nervosität, Insomnie, Schwindel, Mundtrockenheit, Übelkeit, Muskelkrämpfe, Erschöpfung, Unwohlsein, Hypokaliämie, Hyperglykämie und metabolische Azidose. Stand: November 2013.
Pharmazeutischer Unternehmer:
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Binger Straße 173, 55216 Ingelheim am Rhein,
Tel.: 0800 / 77 90 900, Fax: 0 61 32 / 72 99 99, E-Mail: info@boehringer-ingelheim.de

Boehringer Ingelheim

Mit Fußmassage gegen Spannungskopfschmerz

Neuer Service von ratiopharm

Spannungskopfschmerzen zeichnen sich durch ein dumpfes Ziehen und Drücken, das über den ganzen Kopf geht, aus. Gegen den Schmerz hilft eine Fußreflexzonenmassage. Denn an den Fußsohlen befinden sich bestimmte Punkte, deren Massage Kopfschmerzen lindern kann. Eine Faltkarte, auf der diese Punkte vermerkt sind, gibt es jetzt neu und kostenlos von ratiopharm.

Die ratiopharm Faltkarte „Mit Druck gegen Kopfschmerzen“ zeigt in einer übersichtlichen Zeichnung die relevanten Punkte auf der Fußsohle. Eine detaillierte Anleitung erklärt die richtige Massagetechnik. So können Nutzer einfach die richtigen Stellen identifizieren und die Massage problemlos zu Hause durchführen. Dabei ist es sowohl möglich, sich selbst zu massieren, als auch den Partner.

Die Faltkarte „Mit Druck gegen Kopfschmerzen“ kann ab sofort kostenlos unter www.ratiopharm.de, bei der ratiopharm GmbH, Marketing OTC, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm sowie über die Telefonnummer 0800-6020400 oder Faxnummer 0800-6020401 angefordert werden.

Mit ratiopharm in Spitzenposition

Aktuelle Rabattverträge: Teva bekennt sich zu dem gesellschaftlichen Auftrag der Versorgungssicherheit

Zum Start der neuen Rabattverträge zum 1. April 2015 bei der AOK, der DAK und der TK hat Teva mit ihrer führenden Arzneimittelmarke ratiopharm die meisten Wirkstoffgewinne zu verzeichnen. Mit ihrem Engagement im Rabattvertragsmarkt bekennt sich Teva zu der Verantwortung, zur Grundversorgung mit qualitativ hochwertigen, gleichzeitig aber preislich günstigen Arzneimitteln beizutragen. Mit Deutschlands meistverwendeten und bekanntesten Arzneimittelmarke – ratiopharm – steht das Unternehmen ganz oben bei der vergebenen Molekülanzahl.

Bei den im April neu startenden Rabattverträgen der Krankenkassen AOK, DAK und TK hat Teva mit 128 Zuschlägen die meisten Gewinne zu verzeichnen. Zählt man die weiteren zum 1. Juni beginnenden Tender hinzu, kommt Teva mit ihrer starken Marke ratiopharm auf insgesamt 883 Moleküle. „Diese enorme Anzahl an Molekülen in Rabattverträgen können wir nur gewährleisten, weil wir unserem Anspruch treu bleiben, mit ratiopharm Arzneimitteln eines der größten Präparatesortimente im Markt vorzuhalten und damit nahezu alle Anwendungsgebiete abzudecken, so Dr. med. Markus Leyck Dieken, General Manager der Teva in Deutschland. Bezogen auf Packungsgrößen und Dosierungen bietet Teva rund 7.500 Einzelartikel an und ist damit eine tragende Säule der Arzneimittelversorgung in Deutschland.

Über 80 Prozent aller Substanzen sind inzwischen in Rabattverträgen mit Krankenkassen. „Das mittlerweile erreichte Preisniveau liegt unbemerkt von der Öffentlichkeit weit unter allen großen EU-Ländern und bedeutet vielfach, dass der Hersteller weniger einnimmt als die Transportkosten zur Apotheke ausmachen. Neben dem Preis sollten weitere Kriterien wie Qualität, Nachhaltigkeit und soziale Aspekte der Produktionsbedingungen ebenfalls einbezogen werden. Das erwartet der deutsche Kunde schließlich auch zu Recht in vielen anderen Sektoren“, so Dr. med. Markus Leyck Dieken weiter.

Produktqualität hat oberste Priorität

ratiopharm ist die meist verwendete Arzneimittelmarke auf dem deutschen Markt. Von großer Wichtigkeit ist für das Unternehmen deshalb die Sicherung der pharmazeutischen und therapeutischen Qualität. Etwa 1.600 der insgesamt rund 3.100 Mitarbeiter der Teva in Deutschland sind in der Produktion und der Qualitätssicherung beschäftigt.

Die hohen Qualitätsstandards werden auch den zugelieferten Rohstoffen zugrunde gelegt. Genügt die Qualität der gelieferten Rohstoffe nicht den Ansprüchen werden sie auch nicht verwendet. Das kann unter Umständen Verzögerungen im Produktionsprozess zur Folge haben. Da es als Folge der Rabattverträge für einzelne Generika immer weniger Anbieter auf dem Markt gibt, kann deshalb der Produktionsausfall nur eines einzigen Herstellers im schlimmsten Fall zu Engpässen für ein Arzneimittel führen. Bezogen auf das Gesamtportfolio liegt die Lieferfähigkeit der Teva über 99 Prozent.

Hyaluron-ratiopharm® Augentropfen

Bei trockenen oder gereizten Augen

- ✓ Ohne Konservierungsmittel
- ✓ Kleine handliche Flasche – perfekt für unterwegs
- ✓ Einfach und sicher in der Anwendung
- ✓ Für weiche und harte Kontaktlinsen

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

Veranstaltungsreihe

„Rational verordnen – Regresse vermeiden!“

Steffen Witte

Der Gesetzgeber hat sowohl mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und der Begrenzung der Regresssumme als auch mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und dem Prinzip der „Beratung vor Regress“ insbesondere für verordnende Ärzte spürbare Erleichterungen geschaffen.

Nichtsdestotrotz stellt die Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung eine konstante Bedrohung für niedergelassene Vertragsärzte dar und ist nach wie vor mit zum Teil erheblichen finanziellen Risiken verbunden.

„Rational verordnen – Regresse vermeiden!“

Vor diesem Hintergrund führen wir für unsere Mitglieder die Veranstaltungsreihe „Rational verordnen – Regresse vermeiden!“ durch. Die ersten beiden Veranstaltungen fanden am 24. März 2015 in Kooperation mit dem Ärztenetz Reutlingen (ÄRT) in Eningen und am 28. April 2015 in Kooperation mit dem Ärztenetz Ärzte-Initiative-Donau-Alb (A.I.D.A.) und der G´sundregion in Ehingen statt.

Dabei erläuterte der Referent Volker Breitenfellner, Manager Versorgungsqualität & Wirtschaftlichkeit, MSD SHARP & DOHME GMBH, sowohl die Grundzüge des Prüfwesens als auch die Empfehlungen der Prüfungsstelle Baden-Württemberg zu einer rationalen, leitlinienorientierten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie.

Arzneimittel-Richtgrößen und Richtgrößenvolumen

Er wies insbesondere auf die für die Richtgrößenprüfung so grundlegend wichtige Bedeutung der im Rahmen der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung für den Bereich der KVBW für das Jahr 2015 vereinbarten prüfgruppenspezifischen Arzneimittel-Richtgrößen und die korrekte Berechnung des arztbezogenen Richtgrößenvolumens hin.
Die Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 15 % zieht „von Amts wegen“ die Einleitung eines Prüfverfahrens bzw. um mehr als 25 % einen Arzneimittel-Regress bzw. eine „Beratung vor Regress“ nach sich. In diesem Fall müssen Praxisbesonderheiten schlüssig nachgewiesen werden, um einen Regress abzuwenden.

Praxisbesonderheiten und Rabatte

Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist deshalb so wichtig, weil Rabatte und Zuzahlungen (gesetzliche und vertragliche Herstellerrabatte, Apothekenrabatt und Patientenzuzahlung) nur als Rabatt- bzw. Zuzahlungsquote in % berücksichtigt werden und dadurch zwar die Höhe des Regresses vermindern helfen, aber eben nicht den Regress als solchen verhindern können.

In diesem Zusammenhang ist es dennoch wichtig, bevorzugt rabattierte Arzneimittel zu verordnen, da sie grundsätzlich als wirtschaftliche Verordnungen unabhängig von dem in der Lauer-Taxe ausgewiesenen Preis gelten.

Arzneimittelvereinbarung und Leitlinien

In der Arzneimittelvereinbarung für den Bereich der KVBW für das Jahr 2015 haben sich die Vertragspartner auf die Umsetzung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere durch die Auswahl preisgünstiger Generika und durch differenzierte Indikationsstellung für Analogpräparate verständigt.

Die gemeinsam von KVBW und den Landesverbänden der Krankenkassen getragene Prüfungsstelle Baden-Württemberg empfiehlt darüber hinaus, u.a. die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V. (http://www.awmf.org/) und hier insbesondere die Nationalen Versorgungsleitlinien sowie die evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinien zu beachten.

Rational weiterverordnen!

Schlussendlich sollte im Falle einer dennoch durchzuführenden Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung eine irrationale und panikartige Umstellung des gesamten Verordnungsverhaltens vermieden werden, weil sie die bisherige Verordnungsweise nachhaltig diskreditiert, das möglicherweise Aushandeln einer angemessenen Richtgröße erschwert und den Rückweg zu einer rationalen, angemessenen Verordnungsweise verbaut.

Auf unserer Homepage können Sie einen „erste Hilfe“ Flyer herunterladen, der Ihnen die sieben wichtigsten Tipps gibt, was Sie nach dem Erhalt eines Prüfbescheids beachten müssen. Außerdem bieten wir Veranstaltungen zum Thema Regress an. Falls Sie eine solche Veranstaltung in Ihrem lokalen Netz wünschen, sprechen Sie uns an. Wir unterstützen Sie. Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.gnsued.de/home/fortbildungen-veranstaltungen

„UnternehmensWert: Mensch“

Neues Förderprogramm zur Gestaltung einer zukunftsgerechten Personalpolitik

Wolfgang Bachmann

Mit diesem Förderprogramm werden Unternehmen ganzheitlich und niedrigschwellig bei der Gestaltung einer zukunftsgerechten Personalpolitik unterstützt. Mit professioneller Prozessberatung unter Beteiligung der Beschäftigten werden nachhaltige Veränderungsprozesse angestoßen. Gefördert wird „UnternehmensWert: Mensch“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds. In Baden-Württemberg werden ausschließlich Unternehmen und Betriebe mit bis zu 10 Mitarbeitern gefördert. Daher eignet sich das Programm ganz besonders für Arztpraxen.

Das Programm kann in folgenden vier Beratungsfeldern in Anspruch genommen werden:

A. Personalführung

- Entwicklung eines strategischen Personalmanagements
- Förderung der Motivation durch Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Beschäftigten
- Verbesserung der internen Kommunikation und enge Einbindung der Mitarbeitenden in Entscheidungsprozesse
- Schritt für Schritt zur zukunfts- und mitarbeiterorientierten Personalpolitik

B. Chancengleichheit & Diversity

- Modelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Innovationssteigerung durch Förderung von Vielfalt
- Nutzung verschiedener Kompetenzen & Fähigkeiten
- Umfassendere Förderung von weiblichen Beschäftigten

C. Gesundheit

- Gesunde Führung
- Ausbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Sensibilisierung für physische und psychische Gesundheit im Arbeitsalltag
- Entwicklung der individuellen Fähigkeit zur Krisenbewältigung

D. Wissen & Kompetenz

- Lebensphasenorientierte Personalentwicklung
- Generationsübergreifender Wissenstransfer im Betrieb
- Förderung lebenslangen Lernens
- Sicherung von Wissensnachschub

In drei Schritten beantragen Sie die Förderung:

1. Erstberatung

Wenden Sie sich an eine regionale Beratungsstelle in Ihrer Nähe und ermitteln Sie in einer kostenlosen Erstberatung Ihren Beratungsbedarf in den vier personalpolitischen Handlungsfeldern. In der Erstberatungsstelle werden Sie durch das Programm gelotst. Die Erstberatungsstelle ist erster Ansprechpartner bei allen Fragen rund um unternehmensWert:Mensch. Sind alle Förderkriterien erfüllt, erhalten Sie Ihren Beratungsscheck.

2. Prozessberatung

Mit dem Beratungsscheck können Sie Ihre individuelle Prozessberatung bei einem/einer autorisierten Prozessberater/innen in Anspruch nehmen. Die Prozessberatung findet direkt im Unternehmen statt. Für die Prozessberatung stehen dem Unternehmen insgesamt bis zu zehn Beratungstage zur Verfügung, die in einem Zeitraum von neun Monaten genutzt werden können.

3. Ergebnisgespräch

Sechs Monate nach Abschluss der Prozessberatung ziehen Sie mit Ihrer Erstberatungsstelle Bilanz, um den Erfolg der Prozessberatung für Ihr Unternehmen langfristig zu sichern. Auch mögliche weiterführende Unterstützungsangebote können besprochen werden.

Wie hoch ist die Förderung?

Die Erstberatung in einer der Erstberatungsstellen ist kostenlos. Wird bei dieser Beratung ein Beratungsscheck ausgestellt, kann die darauf folgende Prozessberatung finanziell gefördert werden. Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten erhalten bis zu 80 % Zuschuss zu den Kosten der Prozessberatung,

Wer wird gefördert?

Förderberechtigt sind Unternehmen, die folgende Kriterien erfüllen:

- Sitz und Arbeitsstätte in Deutschland
- Jahresumsatz geringer als 50 Mio. € oder Jahresbilanzsumme geringer als 43 Mio. €
- weniger als 10 Beschäftigte (gilt für Unternehmen mit Sitz in Baden-Württemberg, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen)
- mind. eine/n sozialversicherungspflichtige/n Beschäftigte/n in Vollzeit
- mind. zweijähriges Bestehen des Unternehmens

Nähere Informationen unter:
www.unternehmens-wert-mensch.de

Praxisnetze

In der Versorgungslandschaft angekommen?!

Wolfgang Bachmann

Praxisnetze sind als Versorgungsform anerkannt

Jetzt ist es amtlich. Rund 20 Jahre nach Gründung der ersten Ärztenetze in Rendsburg und Bünde ist diese Versorgungsform mit Riesenschritten dabei, sich zu etablieren. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011 wurde durch eine Neufassung des §87b die Grundlage gelegt. Daraus folgend haben KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach §87b Abs. 4 SGB V“ erarbeitet. In dieser sind „Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen“ geregelt. Mit dem nun folgenden Versorgungsstärkungsgesetz wird folgendes geregelt werden: „Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach §87a Absatz 3 gebildet werden.“

Kassen drängen darauf, dass Netze sich entwickeln

In einzelnen Vergütungsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen spielen Praxisnetze schon heute eine Rolle. So hat man sich in Westfalen – Lippe kürzlich darauf verständigt, einen Betrag in Höhe von 5 Mio. € für die Netze vorzusehen. Treiber dieser Entscheidung sollen dem Vernehmen nach die Krankenkassen gewesen sein. Auch in Schleswig – Holstein und Niedersachsen werden Netze als Versorger ernst genommen – auch finanziell. Netze sind eine eigenständige Versorgungsform, deren Aufbau, Strukturierung und Erhaltung nicht im Schlaf und auch nicht nebenbei erfolgt.

Die Finanzierung der Netze darf nicht linke Tasche, rechte Tasche erfolgen

Insofern ist es wünschenswert und folgerichtig, dass hierfür eine Vergütung erfolgt, allerdings nicht linke Tasche – rechte Tasche. Wenn sich Ärzte in Netzen organisieren, tun sie das immer mit dem Ziel, die Versorgung zu verbessern. Und bessere Versorgung kostet nun mal Geld. Daher lautet unser Appell an die Kassenärztlichen Vereinigungen und vor allem an die Krankenkassen, Qualität zu honorieren. Netze haben ihre Hausaufgaben gemacht oder sind derzeit dabei, sie zu machen. Sie stellen sich dem Anerkennungsverfahren durch die KV, d.h. sie strukturieren sich nach klaren Standards. Sowohl die Struktur- als auch die Prozessqualität wird hierbei weiterentwickelt. Dass dies eine Erwartung für einen Gegenwert auslöst, ist logisch und nicht nur das, es ist auch wirtschaftlich unabdingbar. Kein Unternehmen kann auf Dauer Investitionen tätigen, sofern der oder die Leistungsabnehmer nicht bereit sind, den Gegenwert zu bezahlen. Kassen und KVen haben mit der Schaffung der Rahmenvorgabe die Bedingungen für Praxisnetze definiert. Wenn sie wollen, dass eine flächendeckende Umsetzung erfolgt, müssen Finanzmittel folgen.

Netze waren in den vergangenen Jahren genügsam und ideologiegetrieben.

Nach 20 Jahren ist es an der Zeit, die Mühen der Pioniere zu honorieren. Allen Netzen, die bisher noch unschlüssig sind, ob sie sich der Mühe der Netzankerkennung durch die KV stellen sollen, rufe ich zu: Hopp oder top. Der Begriff „Praxisnetz“ ist zwischenzeitlich durch Gesetz und Rahmenvorgabe eindeutig besetzt. Wer sich so nennt, kommt nicht umhin, eine Zertifizierung anzustreben. Wer das nicht will, sollte sich mit dem Gedanken, die Organisation umzubenennen, befassen. Man muss sich nicht zertifizieren lassen, auch Stammtische können großen Nutzen stiften. In diesem Sinne laden wir alle interessierten Netzvertreter zur nächsten Netzkonferenz der GNS eG am 3./4. Juli 2015 in Kooperation mit dem Medizinischen Qualitätsnetz Kinzigtal nach Haslach in Südbaden ein. Folgen Sie den Informationen dieser Ausgabe.

Mitgliedschaft leicht gemacht.

Unsere aktuelle Beitrittserklärung finden Sie auf unserer Website unter www.gnsued.de/home/mitgliedschaft als PDF zum Download und Ausdrucken. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle unter **07391 586 5458** oder unter **service@gnsued.de**

Facettenreich zu mehr Rendite

Wolfgang Schweikert

Die heiße Phase der Finanzkrise 2008 und 2009 erlebten die meisten Deutschen nur über die Medien und zwar in Gestalt abstrakter Größen wie milliardenschwerere Rettungspakete. Die langfristigen Folgen bekommen nun auch normale Bürger zu spüren, weil sich ihr sicher geglaubtes Geld nicht mehr vermehrt.

Politisch gewollte Minizinsen.

Sie wurden nahezu auf Null gesenkt, um die Folgen der Finanzkrise zu bewältigen. Leidtragende sind Sparer und Besitzer von Geldvermögen. Alle Branchenbeobachter sind sich einig, dass die Phase niedriger Zinsen noch lange andauern wird. Die Politik der EZB lasse nichts Gutes für die Altersvorsorge künftiger Rentnergenerationen erwarten, warnt etwa Reinhard Klein, Chef von Deutschlands größter Bausparkasse Schwäbisch Hall.

Wer Risiken scheut wird auf absehbare Zeit keine nennenswerte Rendite mehr erzielen können, im schlechtesten Fall wird sich sein Geld sogar verflüchtigen. Wohl dem, der in den letzten fünf Jahren in Aktien von einem oder mehreren DAX Konzernen investiert hat. Allerdings ist diese Zockerei, wie es auch Kritiker bezeichnen, nicht jedermanns Sache. Andere wohlhabende Zeitgenossen kaufen die zweite und dritte Eigentumswohnung. Doch wann platzt die Blase? Wer jetzt oder in absehbarer Zeit Geld anlegen will, sieht sich vor eine nicht einfache Suche gestellt. Kreativität bei der Suche nach Produkten, die nicht im Fokus stehen sind unser Rat.

Hierzu nachfolgend zwei Vorschläge.

Was halten Sie davon in die Arbeitskraftabsicherung Ihrer Kinder oder Enkelkinder zu investieren?

Vorteile:

- Sie zahlen deutlich weniger als mit laufenden Beiträgen.
- Sie bauen steuerfreies Kapital auf.

Beispiel:

Schüler 17 Jahre, Schlussalter 67, mtl. BU-Rente	1.000,00 €
Bei mtl. Zahlung beträgt der Gesamtzahlbeitrag	33.834,00 €
Ablaufleistung:	0,00 €
Einmalbeitrag:	28.195,30 €
Ablaufleistung:	135.765,98 €*

* Angenommene Wertentwicklung p.a. 3 % aus Fondsanlage

Eine weitere Alternative ist in eine Sterbegeldversicherung zu investieren.

Die versicherte Leistung oder auch garantierte Leistung genannt, wird fällig, wenn die versicherte Person stirbt.

Beispiel:

Eintrittsalter 60 Jahre.	
Einmalanlage:	17.998 €
Garantierte Leistung:	20.000 €
Mögl. Ablaufleistung im Todesfall (bspw. zum 85. Lj.):	41.251 €
Mögl. Ablaufleistung bei Kündigung (z.B. im 10. Jahr):	23.078 €

Tatsache ist, dass folgende in der Vergangenheit gültige Feststellung längst nicht mehr zutrifft:

Wer für seine Bestattung finanziell vorsorgen möchte, kann dies fürs gleiche Geld auch ohne Sterbegeldversicherung tun – in der Regel sogar effizienter.

Beispiel: Der Kunde schließt eine preiswerte Risikolebensversicherung mit niedriger Versicherungssumme ab, die im Lauf der Jahre fällt. So geht er auch im vorzeitigen Todesfall sicher, dass seine Angehörigen ausreichend Geld für die Bestattung ausgezahlt bekommen. Den Rest spart er und legt ihn sicher verzinst an – etwa auf ein Tagesgeldkonto. Im Lauf der Zeit wächst das Ersparte – und damit die Rücklage für die Beerdigung.

Fakt: Um die Sterbegeldversicherung zu schlagen, müsste der Zins beim Tagesgeld in den Bereich von 2 % steigen.

Wer sich mit diesen Vorschlägen nicht anfreunden kann, dem empfehlen wir Produkte mit staatlicher Unterstützung in Form von Zulagen oder Steuererstattung.

Reagieren Sie am besten noch heute, damit wir Ihnen Ihren persönlichen Vorschlag unterbreiten können.

Zur unverbindlichen Anforderung genügt es, wenn Sie uns diese Seite mit Ihrem Praxisstempel und Ihrer e-mail-Adresse zufaxen.

Refax an 07391-586-5451

Praxisstempel

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de, Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Redaktion** Dr. med. Klaus Lenz, Internist **Layout/Covergestaltung/Realisation** ‘pyrus Werbeagentur, Ulm, www.pyruswerbeagentur.de **Anzeigenbuchung** Sekretariat, Fax 07391 5865451, service@GNSued.de **Druck** Druckwerk Süd GmbH & Co KG, www.druckwerk-sued.de **Rechte** © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.** **Hinweis** Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen.

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)
Das nächste Heft erscheint im September 2015

Einladung Netzkonferenz

Datum: Freitag, 03.Juli 2015 – Samstag 04. Juli 2015
Ort: Geschäftsstelle Gesundes Kinzigtal GmbH
Strickerweg 3d, 77716 Haslach i.K.
Uhrzeit: Freitag 16:30 – 19:30 Uhr
Samstag 09:00 – 12:30 Uhr

Die Netzkonferenz der GNS eG ist eine Plattform, zu der alle freien Netze in Baden-Württemberg eingeladen sind. Durch die Einführung des §87b Abs. 4 SGB V ist die Versorgungsform der Praxisnetze etabliert. Durch die Rahmenvorgabe der KBV und des Spitzenverbandes der GKV sind die Bedingungen definiert. In der Netzkonferenz tauschen sich die Netze über die Anerkennungskriterien, die Organisationsentwicklungsbedürfnisse, aktuelle Versorgungsprojekte und aktuelle, spannende Themen aus dem Netzalltag aus. Aufgrund der Themenfülle und der Brisanz findet die 4. Netzkonferenz an zwei Tagen statt. Wir bedanken uns recht herzlich bei dem Medizinischen Qualitätsnetz Kinzigtal e.V. und der Gesundes Kinzigtal GmbH für die Räume, die Mitorganisation und -gestaltung des Treffens und laden alle Netzvertreter recht herzlich zu der Veranstaltung ein.

Ein ausführliches Programm finden Sie unter:
www.gnsued.de/home/fortbildungen-veranstaltungen/fortbildungen-veranstaltungen-gns/netzkonferenz-haslach/
Dort finden Sie auch ein Anmeldeformular.

oder

Sie melden sich telefonisch direkt bei der
Geschäftsstelle des GNS an (Tel.: 07391 586 5458).