hessenmed MAGAZIN
Verbund hessischer Ärztenetze Nr. 01 · 2017
regional vernetzt – hessenweit gemeinsam

Gesundheit gemeinsam verantworten.
Versorgung gemeinsam gestalten.

Leistungserbringerstatus für Ärztenetze!

Pflegeheimmodell Lingen

Sozialversicherungpflicht für Geschäftsführer?

hessenmed

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

DOXS eG
Angersbachstraße 12 · 34127 Kassel
Tel.: 0561-76 62 07-12 · Fax: 0561-76 62 07-20
E-Mail: info@doxs.de · www.doxs.de

PriMa eG – Prävention in Marburg
Deutschhausstr. 19a · 35037 Marburg
Tel.: 06421-590 998-0 · Fax: 06421-590 998-26
E-Mail: info@prima-eg.de · www.prima-eg.de

PIANO eG – Praeventions- und Innovations-Aerztenetz Nassau-Oranien
Offheimer Weg 46a · 65549 Limburg
Tel.: 06431-5 90 99 80 · Fax: 06431-59 09 98 59
E-Mail: info@pianoeg.de · www.pianoeg.de

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

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

ÄNGie e.V. – Ärztenetz Kreis Gießen
Postfach 100107 · 35331 Gießen
E-Mail: info@aengie.net · www.aengie.net
Tel.: 0641-96 97 99 95 · Fax: 0641-96 97 99 94

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
Schleusenweg 22 · 60528 Frankfurt am Main
Tel.: 069-25 78 80 08 · Fax: 069-25 78 80 09
E-Mail: info@gesundheitsnetz-frankfurt.de
www.gnef.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

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

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

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

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

Ärzte mit Zukunft
Förderverein Ärztenetz Rhein-Main
Liebigstraße 2 · 65428 Rüsselsheim
Fax: 06142-950672
E-Mail: info@foerdervereinaerztenetzrhein-main@gmx.de

WeschNetz – Gesundheitsnetz Weschnitztalregion e.V.
Rathausstraße 8 · 64668 Rimbach
Tel.: 06253-61 61 · Fax: 062 53-8 63 19
E-Mail: info@weschnetz.de
www.weschnetz.de

Hessische Urologen eG
Gerloser Weg 20 · 36039 Fulda
Tel.: 0661-24 27 77-0 · Fax: 0661-24 27 77-11 u. 19
E-Mail: info@hessische-urologen.de
www.hessische-urologen.de

Kardiologie-Plattform Hessen eG
Am Roten Tor 101 · 55232 Alzey
Tel.: 06731-9 80 86 · Fax: 06731-9 80 87
E-Mail: Fister.Peter@t-online.de
www.kardiologie-plattform-hessen.de

GALA e.V.
Blücherstr. 26 · 68623 Lampertheim
Tel.: 06206-9 09 52 08 · Fax: 06206-93 77 04
E-Mail: tina.bottwein@gala-lampertheim.de
www.gala-lampertheim.de

Genossenschaft Hessischer Anästhesisten eG
Fritzlaer Straße 14 · 34632 Jesberg
Tel.: 06695 9110032 · Fax.: 06695 919017
E-Mail: andrea.sandin@t-online.de
www.anaesthesie-hessen.de

Inhalt

Editorial 4

Heilmittel-Ausnahmegenehmigungen neu geregelt 5

LEISTUNGSERBRINGERSTATUS

Zeit für den nächsten Schritt 6

Pflegeheimmodell Lingen 8

Agentur deutscher Arztnetze fordert Leistungserbringerstatus für Netze 9

Netzmedizin gestalten 10

JURISTISCHE ECKE

Wann unterliegen Geschäftsführer der Sozialversicherungspflicht? 13

Problematik bei Einzelfallregressen am Beispiel Aggrenox 14

Wie viel ist die Praxis wert? 16

AUS DEN ÄRZTENETZEN

Freiwillige HPV-Schulimpfung 18

Ein Netz scheitert an der Bürokratie der KV 19

Leserbrief:
Mogelpackung EBM: Vergütung der Video-Konsultation 20

Weiterbildungsverbund in Stadt und Landkreis Gießen 21

Patientenlenkung an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär 23

Plattform zum Erfahrungsaustausch 23

Qualitätsmanagement für Netzmitglieder 24

Als viertes Netz in Hessen anerkannt 24

PriMa-Studientag ein voller Erfolg 25

Ordner für den Notfall 25

Blutzuckermesssysteme fördern Therapietreue 25

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),
Vorstand: 1. Vorsitzender Dr. Jörg Simon, Fulda (GNO eG), Dr. Lothar Born, Marburg (PRIMA eG),
Dr. Marina Loebnau, Wiesbaden (HueG), Dr. Stefan Pollmächer, (DOXS eG), Dr. Jörg Odewald,
(Praxisnetz Hochtaunus e.V.)
Redaktion: Gabriele Bleul
Registergericht: Amtsgericht Fulda, VR 2269
Gestaltung: e-bildwerke + andere
Titelbild: e-bildwerke, 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.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Ärztenetze brauchen den Leistungserbringerstatus – dafür setzt sich Hessenmed ein. Denn wir sind überzeugt: Ärztenetze müssen die Möglichkeit haben, Ärzte anstellen zu dürfen, um auf Versorgungsprobleme in einer Region, die nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und Krankenhäuser belasten, besser und schneller eingehen zu können.
Wie Sie wissen, haben sich viele Ärztenetze mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 gegründet. Einige waren vorher rein medizinisch orientierte Ärztenetze – landläufig auch „Ärztestammtische" genannt. Mit der Möglichkeit, integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen abzuschließen, fingen sie an, Geschäftsführer einzustellen und Praxisnetze professioneller zu gestalten. Ein anderer Grund war vielerorts die Gründung großer Krankenhaus-MVZ, die mit ihrer Kaufkraft für die niedergelassene Ärzteschaft vor Ort eine große Konkurrenz darstellen.

→ Gabriele Bleul
Geschäftsführerin Hessenmed eV, Gesundheitsnetz Osthessen eG, Hess. Urologen eG

Durch den zunehmenden Ärztemangel vor allem in ländlichen Regionen, die immer weiter steigenden Anforderungen und Bürokratisierungen im Medizineralltag sowie durch allseitige Einbindung in juristische und ökonomische Verpflichtungen wird die Arbeit in der Freiberuflichkeit immer mehr limitiert.

Ärztenetze sind effizienter

„Das Beste, was wir daraus machen können, ist nach meiner Überzeugung eine gute Medizin, wobei wir die Qualitätskriterien sicher ein Stück weit selbst definieren können, wenn wir dies nur gemeinsam tun. Genau das ist aus meiner Sicht eine der dominanten Aufgaben von Ärztenetzen", so formuliert es Prof. Peter Kern, Fulda*. Gemeint ist damit die Vernetzung ärztlicher Kompetenzen. So gesehen wachsen Ärztenetzen Versorgungsaufgaben zu, die von den etablierten Strukturen nicht wahrgenommen werden können. Ärztenetze sind aufgrund ihrer lokalen Verankerung und kleinteiligen Organisation sowohl den regionalen Problemen als auch den Lösungsmöglichkeiten wesentlich näher und dadurch effizienter.

Ansprechpartner im Praxisalltag

Ein gut funktionierendes Praxisnetz ist Ansprechpartner für vieles, was in einer Arztpraxis auftreten kann, angefangen von kleinen juristischen Problemen mit jeglicher Art von Verträgen über fachübergreifende Probleme bis hin zu günstigerem Einkauf. In der Gemeinschaft sind sowohl neu Niedergelassene als auch die Einzelpraxisinhaber nicht alleine.

Ein Ärztenetz unterstützt die Erhaltung der Freiberuflichkeit mit all ihren Vorteilen für die ärztliche Versorgung. Es sollte aber auch die Möglichkeit bieten, die neuen Herausforderungen – wie derzeit in Pflegeheimen oder auf dem Land – meistern zu können, und dafür muss man Ärzte auch anstellen können, um flexibel auf Versorgungsprobleme eingehen zu können.

Darüber hinaus sorgen kluge transsektorale und interdisziplinäre Versorgungsmodelle für die wirtschaftliche Sicherung der Rechtsform Niederlassung und damit für den Erhalt der selbstständigen Ausübung des freien Arztberufes. Unsere Botschaft: Wir müssen gemeinsam die Möglichkeit haben, Ärzte anstellen zu dürfen.

Dazu aber benötigen wir den
Leistungserbringerstatus
für Ärztenetze bzw. Praxisnetze!

*Prof. med. Peter Kern (Internist, Rheumatologe, Osteologe (DVO)) ist Mitglied im Gesundheitsnetz Osthessen eG, Mitgründer des Rheumanetz Osthessen, Direktor der Medizinischen Klinik IV – Rheumatologie, Immunologie und Osteologie im Klinikum Fulda gAG und MVZ Osthessen gGmbH

TIETZE & POZO
Medizintechnik GmbH
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

Heilmittel-Ausnahmegenehmigungen ab 2017 neu geregelt

Von Christoph Claus

Der Weg bis zur Abschaffung der Regresse ist noch weit. Einstweilen wurden die Heilmittel-Richtlinie geändert und das Verfahren im Umgang mit Langfristverordnungen und Praxisbesonderheiten. Einer 26-seitigen Broschüre der KBV, diversen Informationsschreiben und der Richtlinie selbst sind unter anderem die Krankheitsbilder zu entnehmen, bei denen nach Angabe eines entsprechenden ICD-Kodes eine Verordnung von Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie die Kosten im Fall von Prüfungen mindernd zu berücksichtigen sind.

Dabei gibt es zwei Kategorien: Krankheitsbilder, bei denen von vornherein ein langfristiger Versorgungsbedarf besteht (hier ist eine Genehmigungsverfahren nicht erforderlich), und Krankheitsbilder mit besonderem Versorgungsbedarf (deren Kosten im Fall des Prüfverfahrens rergressmindernd berücksichtigt werden müssen).

Die Kosten für eventuelle Hausbesuche oder die Berichte der Therapeuten sind davon leider ausgenommen, sie belasten uns unabhängig davon, ob die Hauptleistung „in's Budget" eingeht oder nicht. Übrigens: In der neuen hessischen Prüfvereinbarung ersetzt eine Durchschnittsprüfung die bisherige Richtgrößenprüfung, da heißt es verordnen, verordnen, verordnen! Je höher der Schnitt, desto besser! Versöhnlich stimmt, dass die Verordnung bei geriatrischen Krankheitsbildern unter die „besonderer-Bedarf"-Regelung fällt, da hat man in Berlin wohl schon an die neue Geriatrieweiterbildung gedacht.

→ Christoph Claus, Vorstand DOXS eG, Kassel

! Eine Übersicht über Diagnosen mit besonderem Verordnungsbedarf, gültig ab 1.1.2017, und eine Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (§32, 1a SGB V), ebenfalls gültig ab 1.1.2017, finden Sie unter www.hessenmed.de zum download. Bitte leiten Sie die Listen weiter, der Autor hat einer Verbreitung ausdrücklich zugestimmt.

Das Upgrade für Ihre Patienten-aufklärung.

Bei Patientenfragen unterstützt Sie TheraKey® über die Sprechstunde hinaus. Mit gesicherten Informationen. Ärztlich geprüft. Produktneutral.

www.therakey.info

360° Arzt-Patienten-Kommunikation von
BERLIN-CHEMIE MENARINI

TheraKey®
Ihr Patient. Ihre Antwort.

LEISTUNGSERBRINGERSTATUS

Zeit für den nächsten Schritt

Von Olaf Hillenbrand

Ihrer regionalen Verantwortung können Ärztenetze nur umfassend gerecht werden, wenn sie als Leistungserbringer anerkannt werden.

Vor rund fünf Jahren sind Ärztenetze im Versorgungsstrukturgesetz erstmals institutionell anerkannt und mit der Möglichkeit der Förderung durch die Zuweisung eines eigenen Honorarvolumens bedacht worden. Nach einer längeren Hängepartie ist es heute nicht übertrieben zu sagen, dass die fortgeschrittenen Netze die Herausforderungen, die mit einer Zertifizierung nach § 87b SGB V geschaffen wurden, gemeistert haben. Bundesweit wurde etwa 50 Netzen – vier davon aus Hessen – bescheinigt, dass sie die entsprechenden Kriterien erfüllen und mithin eine Netzförderung erhalten können. Zwar ist dies angesichts des immensen Aufgabenspektrums in der regionalen Gesundheitsversorgung bitter nötig, schärft aber gleichzeitig die Wahrnehmung für weiterhin bestehende Hürden. In den Fokus rückt die Notwendigkeit einer Anerkennung der Netze als Leistungserbringer.

Ärztenetze sind im Trend. Rund ein Drittel der niedergelassenen Ärzte in Deutschland haben sich in einem Arztnetz organisiert. Durch die enge Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten haben die Netze für die Patienten einen echten Mehrwert geschaffen und darüber hinaus eine Vielzahl von innovativen Konzepten erarbeitet, um die regionale Versorgung zu stärken oder gerade im ländlichen Raum zukunftssicher zu machen. Neben der regulären Versorgung der Patienten kümmern sich Netze um Versorgungsengpässe in strukturschwachen Gebieten, vermitteln Arztsitze, organisieren regionale Dialoge und Gesundheitstage und sind als kompetenter Ansprechpartner, wenn es um Gesundheit vor Ort geht, so begehrt, dass die politischen Akteure in Mittelhessen unlängst gar die Gründung eines Arztnetzes mitinitiierten. Dass die Netze derartige Aufgaben, die nicht selten von außen an sie herangetragen werden, übernehmen können, liegt neben jahrelanger Erfahrung mit Netzarbeit vor allem an ihrem hohen Professionalisierungsgrad. Wurden die ersten Netze der 90er Jahre noch vom Idealismus und vom Engagement Einzelner getragen, verfügen moderne Netze heute über ein Netzbüro, eine professionelle Verwaltung und über die Möglichkeit, neue Projekte zu konzipieren und dann auch zuverlässig umzusetzen.

Dennoch weisen Netzvertreter seit Jahren darauf hin, dass sie in ihrer Arbeit durch das Fehlen des Leistungserbringerstatus gehindert werden. Leistungserbringer sind nach § 95 SGB V im deutschen Gesundheitssystem diejenigen Personengruppen, die Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen erbringen. Dazu zählen Vertragsärzte, Apotheken, Physiotherapeuten und Hebammen. Leistungserbringer können natürliche Personen (zum Beispiel niedergelassene Ärzte), juristische Personen und Organisationen (zum Beispiel Krankenhäuser) sein. Was auf den ersten Blick wie eine bürokratische Petitesse anmutet, hat für die Arbeit sowie den Gestaltungsspielraum der Ärztenetze manifeste Konsequenzen:

Netze bleiben außen vor

Mittel aus dem neu geschaffenen, mit einem Volumen von 300 Mio. Euro bestückten Innovationsfonds können nur Leistungserbringer beantragen. Zwar passt die Aufgabenstellung des Fonds, nämlich neue Versorgungsformen und deren wissenschaftliche Evaluation zu fördern, fugenlos zum Profil vieler Ärztenetze. Als Institution bleiben die Netze aber außen vor. Theoretisch könnte zwar auch ein einzelner Netzarzt entsprechende Mittel beantragen, hätte dann aber auch das alleinige Haftungsrisiko in Millionenhöhe zu tragen.

Immer öfter müssen Arztnetze hinnehmen, dass insbesondere Hausarztsitze nicht nachbesetzt werden können, obwohl es an Ideen dazu nicht mangelt. Durch den Leistungserbringerstatus würde den Netzen die Möglichkeit eröffnet werden, Arztsitze in solchen Fällen (temporär) aufzukaufen. Denn zum einen scheitern die Verhandlungen zwischen Interessenten und Artsitzinhaber nicht selten an mangelnder Moderation. Zum anderen können Überbrückungsmodelle dafür sorgen, dass die Versorgung der Region gewährleistet bleibt. Mit ihrer exzellenten regionalen Expertise könnten Ärztenetze in vielen Fällen Abhilfe schaffen.

Innovative Modelle

Ähnliches gilt für innovative Modelle zur Versorgung strukturschwacher Gebiete: Unter anderem würde der Leistungserbringerstatus Netze in die Lage versetzen, in eigener Regie Medizinische Versorgungszentren zu betreiben. Dort, wo sich sonst keine Ärzte mehr niederlassen wollen oder die Versorgungssituation lückenhaft ist, ließen sich dann Ärzte anstellen. Teilzeitarbeitsmodelle können dabei auf die Bedürfnisse junger Ärzte eingehen, die in der Familienphase an der Übernahme einer Praxis noch kein Interesse haben. Gerade in Zusammenarbeit mit den Kommunen könnten Ärztenetze gemeinsam mehr Verantwortung übernehmen.

Und schließlich könnten die Netze als Leistungserbringer mit den Kassen Direktverträge abschließen und so die dringend benötigte Basisförderung ihrer Arbeit selber aushandeln. Gegenüber den häufig restriktiv gehaltenen und zeitlich befristeten Selektivverträgen, die den Netzen häufig nur ein Wirtschaften von der Hand in den Mund ermöglichen, hätten Direktverträge das Potenzial, die Arbeit der Netze langfristig auf beide Beine zu stellen.

Während der Verhandlungen zum 2015 verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Leistungserbringerstatus für Netze immerhin diskutiert – aber die große Koalition konnte sich zunächst lediglich zu einem Vorgehen in kleinen Schritten durchringen. Durch die Zertifizierung fortgeschrittener Netze rückt jedoch mehr und mehr in den Blickpunkt, wie vielfältig diese aufgestellt sind und was sie bereits heute zu leisten vermögen. Insofern ist es folgerichtig, dass etliche mit der Sache befasste Kommunal- und Regionalpolitiker die institutionelle Aufwertung der Netze befürworten. Auch die Kassen äußern sich zunehmend positiv. So erklärte etwa Heiner Beckmann, Landesgeschäftsführer der Barmer NRW: „Zur Etablierung von Arztnetzen im Versorgungssystem benötigen sie einen Leistungserbringerstatus sowie eine stabile Basisfinanzierung. Diese sollten an konkrete Versorgungsaufträge gebunden sein.“

Zusammengefasst passen die Intention des Gesetzgebers zur Aufwertung der Netzarbeit, die kommunalen und regionalen Bedarfe nach innovativen Versorgungslösungen sowie der tatsächliche Reifegrad vieler Netze heute nicht mehr zu deren eingeschränkten Handlungsspielraum. Gesundheitsnetze können ihre einmalige Kombination von vernetzten Strukturen, medizinischer Kooperation und lokaler Expertise erst dann angemessen ausspielen, wenn sie in der Versorgung lokaler und regionaler Gesundheitsmärkte nicht länger am Katzentisch sitzen müssen. Beispielsweise planen außerhalb Hessens mehrere Ärztenetze mit den Krankenhäusern gemeinsam koordinierte Bereitschaftsdienstzentralen. Derartige Ansätze, für die die Ärztenetze strukturell geradezu prädestiniert sind, werden durch den fehlenden Leistungserbringerstatus erheblich erschwert.

Dort, wo Einzelakteure keine Lösungen mehr erarbeiten können, gebietet es die politische Vernunft, Netze in die Lage zu versetzen, rasch, gemeinschaftlich und überbetrieblich agieren zu können. Nur für diesen Zweck wurden sie ursprünglich gegründet und nur die strukturelle Fähigkeit, innovative Lösungen erarbeiten und umsetzen zu können, wird auf Dauer ihren Erfolg und ihr Überleben sichern. (hi)

Pflegeheimmodell Lingen

Von Gabriele Bleul und Wolfgang Hentrich

„Die Kooperation und die Koordination innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und zwischen der Vertragsärzteschaft und der jeweiligen Pflegeeinrichtung sind stark verbesserungswürdig.“ So heißt es in einer Veröffentlichung des Arbeitsausschusses Heimversorgung, eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, vom 9.11.2015 nach einer umfassenden Analyse und Problemdarstellung in Bezug auf die (zahn)medizinische Versorgung von überwiegend immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen*.
Das erkannte im Jahr 2012 auch das Ärztenetz Genial in Lingen. Es wurde ein Arbeitskreis ins Leben gerufen, der sich folgende Ziele setzte:

- die freie Arztwahl für Heimbewohner zu erhalten
- einheitliche medizinische Versorgung der Heimbewohner
- Steigerung der Zufriedenheit und Lebensqualität der Bewohner
- Entlastung der Pflegeeinrichtungen
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze
- Verbesserung der Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen
- kassenunabhängige medizinische Versorgung

Gesagt, getan: Es wurde ein Steuerungsgremium ins Leben gerufen, das aus Vertretern des Ärztenetzes sowie den örtlichen Pflegeheimen bestand.

Man entschied, dass die Anstellung eines Arztes bzw. einer Ärztin, der oder die alle Bewohner des Heimes im Auftrag und Austausch mit dem jeweiligen Hausarzt besucht, die optimale Lösung wäre.

Hierbei stießen alle Beteiligten allerdings auf ein Riesenproblem: Das Ärztenetz darf keine Ärzte anstellen, da ein Ärztenetz keinen Leistungserbringerstatus im Sinne des SGBV besitzt. Es musste ein alternativer Weg gefunden werden, den man nach sehr langem Procedere und vielen Gesprächen zusammen mit der KV Niedersachsen über den damals noch geltenden § 73 c SGBV fand (heute also nicht mehr möglich).

Das Projekt lief danach wie folgt an: Die Heimärztin (angestellt beim Ärztenetz) besucht im Auftrag betreuender Hausarztpraxen regelmäßig Bewohner in mehreren Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet von Lingen. Sämtliche Patienten bleiben in der Obhut der betreuenden Hausarztpraxis. Die erforderlichen medizinischen Maßnahmen werden gemeinsam von der Heimärztin und dem Hausarzt festgelegt. Ein Patient wird nur mit seinem Einverständnis von der Heimärztin betreut.

Das Projekt läuft mittlerweile fünf Jahre und alle sind so zufrieden. Die Vorteile liegen klar auf der Hand:

- die teilnehmenden Patienten werden regelmäßig und zu festen Terminen besucht
- die Visiten wurden in Begleitung einer Pflegefachkraft durchgeführt
- regelmäßige Kommunikation mit den Pflegekräften und den teilnehmenden Patienten zu festen Terminen
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegekräften, Heimärztin und Hausarztpraxen
- weniger Krankenhauseinweisungen, da Pflegeheimärztin regelmäßig und im Notfall schnell vor Ort
- regelmäßige Visitenzeiten
- Visiten gemeinsam mit Pflegekräften
- standardisierte Prozesse
- gemeinsam entwickelte Kommunikationsabläufe
- einheitliches Formularwesen

Auf diesem Wege ließe sich dann z. B. auch die Problematik der Polimedikation besser lösen. So ein Modell mit all seinen Vorteilen kann nur funktionieren, wenn professionell geführte Ärztenetze die Möglichkeit erhalten, Ärzte einstellen zu können.

Unsere Forderung: Deshalb brauchen wir die Aufnahme im SGB V als Leistungserbringer.

Gabriele Bleul ist Geschäftsführerin der Gesundheitsnetz Osthessen eG, der Hessischen Urologen eG und von Hessenmed e. V. Wolfgang Hentrich ist Facharzt für Innere Medizin und Vorstandsvorsitzender des Ärztenetz Genial eG, Lingen.

*Beschlüsse/Empfehlungen des Gemeinsamen Landesgremiums ...https://soziales.hessen.de/sites/.../beschluesse_empfehlungen_vom_09.11512.pdf09.11.2015 - Der Arbeitsausschuss Heimversorgung empfiehlt folgenden ... Basis darstellen, die beschriebenen innerärztlichen Probleme der Kooperation .

Agentur deutscher Arztnetze fordert Leistungserbringerstatus für Netze

Wenige Monate vor der Bundestagswahl hat die Agentur Deutscher Arztnetze (ADA) ihre Kernforderungen an die Politik vorgelegt. Anerkannte Netze sollten den Status von Leistungserbringern erhalten, um regionale Versorgungsprobleme besser beheben zu können, so die ADA. Zudem wird eine bundesweit einheitliche Netzförderung angemahnt.

„Regionale integrierte Versorgung ist – insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung – die Gesundheitsversorgung von morgen“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der Netzagentur, Dr. Veit Wambach. Zwar sei das Gesundheitssystem in Deutschland ohne Frage hervorragend, die Versorgungslandschaft sei hingegen extrem heterogen. Sowohl bei den Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen als auch bei den Sterblichkeitsraten lassen sich große regionale Unterschiede beobachten. „In Hamburg beispielsweise besteht zwischen verschiedenen Stadtteilen eine Differenz von bis zu zehn Jahren bei der Lebenserwartung. Das ist ein unhaltbarer Zustand“, stellt Wambach fest. Hier würden Praxisnetze und Gesundheitsverbünde ansetzen, da sie die lokale Situation am besten kennen und nahe an den Menschen seien.

Stärkung der Netze notwendig

Bereits heute gibt es viele hoch entwickelte Arztnetze, die in ihren Regionen wirkungsvoll vorführen, wie durch die Vernetzung von Ärzten und anderen Leistungserbringern die Gesundheitsversorgung vor Ort verbessert werden kann. „Damit dies auch in Zukunft gewährleistet werden kann, tritt die Agentur deutscher Arztnetze für eine weitere Stärkung der Netze ein, damit diese in die Lage versetzt werden, das Versorgungsgeschehen vor Ort weiterhin nachhaltig und qualitativ hochwertig gestalten zu können“, betont Wambach.

Um die regionale Versorgung mitgestalten zu können, bedarf es aus Sicht der Agentur deutscher Arztnetze der Möglichkeit, dass Arztnetze – neben Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren und Kommunen – Arztsitze aufkaufen können. Dafür sollten nach § 87b Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannte Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten, der es ihnen ermöglicht, beispielsweise Ärzte einzustellen. „Einzelne Ärztenetze setzen bereits sehr erfolgreich Projekte mit angestellten Ärzten um – aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen basieren diese Projekte jedoch auf individuellen Einzelabsprachen. Hier bedarf es einer umfassenden Regelung“, so Wambach.

→ Dr. Veit Wambach Vorstandsvorsitzender Netzagentur

Förderpraxis vereinheitlichen

Darüber hinaus müsse der gesetzliche Auftrag der im SGB V initiierten Förderung von Netzen durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich präzisiert werden. Wambach: „Leider gehen die Kassenärztlichen Vereinigungen hier nicht gleich vor. Während einige dieses Thema sehr ernst nehmen, verhindern andere eine substantielle Förderung, was dazu führt, dass Netze nicht über die nötigen Mittel verfügen, um innovative Projekte voranzutreiben. Eine gesetzliche Präzisierung ist deshalb unumgänglich.“

Weiterhin müssten anerkannte Praxisnetze die Möglichkeit erhalten, regionale Versorgungsaufträge zu übernehmen, um bestehende Defizite und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auszugleichen. „Dies wäre beispielsweise über die Beleihung eines regionalen Versorgungsauftrages durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung umsetzbar“, so Wambach. Der Ordnungsrahmen der Selbstverwaltung durch die KVen bleibe dabei erhalten.

Schließlich befasst sich das Papier mit den Themen Digitalisierung und interprofessionelle Kooperation. „Die Digitalisierung bringt viele Herausforderungen mit sich, beinhaltet aber auch enorme Chancen. Sie stellt damit neue Anforderungen an den Arzt und das Selbstverständnis des Arztberufes und verändert die Möglichkeiten und Anforderungen aller beteiligten Professionen sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diesen Wandel wollen wir unterstützend begleiten“, so Wambach abschließend.

→ deutsche-aerztenetze.de

Netzmedizin gestalten

Von Sonja Laag

Ein Arztnetzvorstand wird von einem Politikvertreter gefragt, für welche Medizin sein Netz denn stehe. Der Arztnetzvorstand schaut etwas irritiert, der Politiker hilft nach: „Also, machen Sie zum Beispiel überwiegend Homöopathie?“ Diese Situation mag Netzprofis skurril vorkommen, aber sie weist auf eine Chance hin, nämlich ein medizintheoretisches Konzept für Praxisnetze. So schillernd die Begriffe „Schulmedizin“ oder „Alternativmedizin“ sein mögen, unter ihnen kann sich jeder schnell etwas vorstellen. Aber, was ist eigentlich „Netzmedizin“?

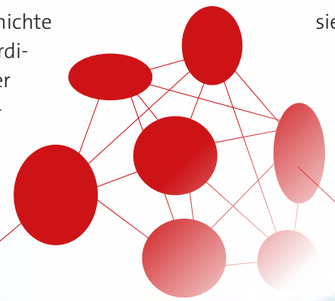
Netzmedizin richtet sich zuerst gegen eine „Flipperkugelmedizin“, in der Patienten ohne erkennbare Behandlungszusammenhänge aufgrund ökonomischer Kriterieneinteilung und Schrotschussdiagnostik zwischen Fachdisziplinen und Versorgungsebenen hin und her geschossen werden. Ohne Koordination kann keine strukturierte Kooperation gelingen und die Patienten nehmen Schaden. Das Problem der Polypharmazie ist ein beredtes Beispiel dafür.

Giovanni Maio
© Superbass / Wikipedia

Netzmedizin wehrt sich gegen eine Laufrichtung, die der Medizinethiker Giovanni Maio als eine Industrialisierung der Medizin beschreibt, in der sich Ärzte von ihrer Haltung entfernen, dem Patientenwohl den Vorrang einzuräumen. Lange schon geht es im Kollektivvertrag auf Honorarebene um „Leistungsmengen“, die quantitativ gesteuert werden, die aber noch nie auf komplexe Behandlungskontexte hinterfragt wurden, weil Letztere kaum entworfen sind.

Netzmedizin ist „Koordinationsmedizin“

Welchem medizinischen Impuls folgen aber die Arztnetze? Netzmedizin ist „Koordinationsmedizin“ und man sollte sich damit auseinandersetzen, ob hier ein neues Kapitel der Medizingeschichte aufgeschlagen wird. Ohne Koordination gibt es jenseits informeller und punktueller Kooperation keine strukturierte. Sie ist ebenso Teil der Behandlung wie das Abhören einer Lunge oder ein operativer Eingriff. Es reicht nicht, ein Insulin oder ein Blutverdünnungsmedikament zu verordnen, Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen und Multimorbidität brauchen eine Heilpraxis, die ein Therapiemanagement verinnerlicht hat.



In der Netzmedizin sind Behandlungsschritte, die von unterschiedlichen Ärzten und Mitarbeitern anderer Gesundheitsberufe erbracht werden, medizinisch an der Evidenzbasierung ausgerichtet, therapeutisch und organisatorisch besprochen, abgewogen und im Rahmen eines gemeinsam verstandenen Behandlungskontextes umgesetzt. Nur durch Koordination können Ärzte, kann die Medizin für Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen wieder ruhigen Gewissens Sorge tragen.

Ein medizintheoretisches Konzept fehlt

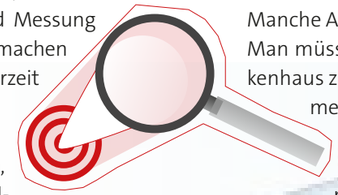
Professionelle Arztnetze haben heute eine Rechtsform, ein Netzbüro, einen Netzmanager, arbeiten in ausgereiften Management- und Kommunikationsstrukturen und verfügen über Controllinginstrumente. Mit der Akkreditierung (§ 87b SGB V Abs. 4), die so etwas wie ein Gütesiegel ist, weisen Arztnetze ihre Managementkompetenz nach. Ein weiterer Unterschied zu 1997 sind die gemachten Erfahrungen dazu, wie Ärzte miteinander bzw. wie sie nicht miteinander arbeiten können. Auch wenn die Integrierte Versorgung nicht zu gravierenden Systemveränderungen geführt hat, wurde aufseiten der Leistungserbringer und auch der Krankenkassen konzeptionell sehr viel gearbeitet. Vieles davon mag unter den „selektiven Produktionsbedingungen“ keine Serienreife erreicht haben können, doch es ist ein wertvolles Konzeptpotenzial entstanden.

Was aber noch fehlt ist ein medizintheoretisch fundiertes Konzept, das der Netzbewegung einen heilkundlichen Sinn gibt und als „innerer“ Kompass und äußerer Leitstern für den Aufbau kooperativer Versorgungstrukturen steht.

Arztnetze sind regionale Versorgungssteuerer

Bis heute schillern Arztnetze prismatisch, da sich viele Aspekte, Themen und Momente in ihnen vermischen. Arztnetze durchzieht eine Unschärfe, die für Gesundheitspolitiker, Krankenkassen, KVen und selbst für vernetzte Ärzte schwer einzuordnen ist. Es fehlt ein klares Versorgungsprofil.

Grund dafür ist, dass für die Entwicklung der Netzmedizin unterschiedliche Themen gleichzeitig und in Abhängigkeit zueinander angegangen werden müssen. Arztnetze müssen sich ihr Werkzeug erst selbst bauen, bevor sie „netzmedizinisch“ arbeiten können. Wenn etwa die Wundversorgung regional organisiert werden soll, braucht es einen Gefäßchirurgen, der von der Bedarfsplanung her aber vielleicht gar nicht vorhanden ist. Somit wird das Problem „Verfügbarkeit von Ärzten“ aufgeworfen, bevor man sich über die Ergebnisqualität und Messung in der Wundversorgung Gedanken machen kann. Netzmedizin entsteht derzeit noch beim „Suchen und Finden“.



Arztnetze haben viele Facetten, weil sie einen komplexen und multidimensionalen Versorgungsanspruch haben. Bei allem Facettenreichtum besitzen sie aber eine Kernidentität, die sich grob gefasst aus drei Aspekten zusammensetzt: Region, Integration und Management.

Regionale „Versorgungsdrehscheibe“

Die Versorgung ist mit ihren rechtlichen und normativen Vorgaben auf Bundes- und Landesebene zu weit weg von den „wirklichen“ regionalen Verhältnissen. Regional gibt es keine Steuerungsebene, die medizinische, pflegerische, soziale und kommunale Aspekte zusammenführt. Weder eine KV noch das Gesundheitsamt wissen um komplexe Versorgungszusammenhänge vor Ort, geschweige denn, dass sie diese steuern könnten. Arztnetze haben ihr Ohr an der Versorgung und „ihr“ klassisches medizinisch-ärztliches Spektrum um die Belange der Public Health erweitert.

Die Agentur Deutscher Arztnetze e.V. (ADA) weist immer wieder darauf hin, wie wichtig es ist, sich für die Gesundheitsversorgung- und -planung auch die sozioökonomischen Disparitäten und soziodemografischen Entwicklungen in den Regionen vor Auge zu führen. Dazu gehören v. a. die Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung und die Darstellung der Morbidität sowie eine Vorstellung davon, wie viele Fachkräfte in der Region verfügbar sind und sein werden. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nach dem SGB V und die regional-kommunalen Belange, für die der Öffentliche Gesundheitsdienst zuständig ist, sind historisch gewachsene Parallelwelten. Der Versuch, diese beiden Bereiche in einen strukturierten Einklang zu bringen, ist bislang nicht gelungen. Für Netzmediziner gehören diese Welten mit Blick auf eine umfassende Versorgung dagegen zusammen.

Integrierte Versorgungsabläufe gestalten

Manche Autoren bezeichnen den EBM als unreformierbar. Man müsse im ambulanten Bereich ähnlich wie im Krankenhaus zu Versorgungspauschalen und Prozeduren kommen. Wie „man“ aber dorthin gelangen will, ist nirgendwo beschrieben. Die Schwierigkeit in der Entwicklung solcher Versorgungspfade besteht nicht nur im sinnvollen „Auffädeln“ und Vernetzen einzelner ärztlicher und versorgungstechnischer Tätigkeiten.

Mühevoll ist auch, in einem zersplitterten und undurchsichtigen EBM-System mit über 3000 Abrechnungsziffern jene Positionen zu identifizieren, die etwas mit dem jeweiligen Pfadthema zu tun haben, und diese mit neuen Elementen in einen Behandlungskontext zu bringen, der dann mit Eurowerten zu hinterlegen ist. Aufgrund ihrer kooperativen und interdisziplinären Ausrichtung können integrierte Versorgungskonzepte gerade in Arztnetzen gut entwickelt werden.

Weitreichende Managementkompetenzen

In professionellen Arztnetzen sind weitreichende Managementkompetenzen vorhanden. Arztnetze haben beispielsweise inzwischen ausgereifte Controlling-Modelle entwickelt, um eine Kooperationsleistung auch honorartechnisch an unterschiedliche Ärzte, die in unterschiedlicher Art und Weise leistungsmäßig beteiligt sind, vergüten zu können. Darüber hinaus sollten Rücksprachen, Visiten, Konzile, Teambesprechungen, „regionale Tische“ etc. einen angemessenen Stellenwert in einer stark fragmentierten Versorgungslandschaft bekommen. Ein weiteres Tätigkeitsfeld, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist das Arztsitzmanagement. Auch hier haben Netze bereits Modelle entwickelt, wie Praxisabgaben- und übernahmen mit Blick auf die regionale Versorgungssituation am besten geregelt werden können.

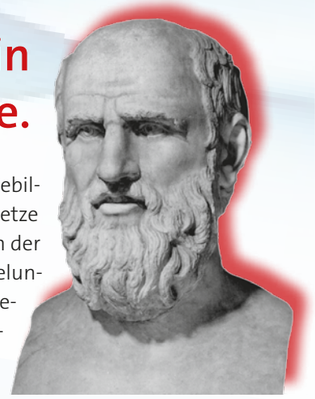
Idealismus, Freiwilligkeit, innere Motivation, keine Hierarchien und Austausch gehören zu den Wesensmerkmalen von Arztnetzen. Ärzte können sich direkt und vielfältig vor Ort einbringen, alleine, aber auch mit anderen Gesundheitsberufen und Akteuren. Arztnetze bieten eine Möglichkeit direkter Partizipation, etwas, was im tradierten Verbände- und Gremiensystem der ärztlichen Selbstverwaltung zu kurz kommt und auch dort für Nachwuchsmangel sorgt. Gute Netzarbeit findet auch an Tischen ohne Tagesordnung statt.
Die Kunst eines professionellen 87-b-Netzmanagements besteht darin, die Graswurzelarbeit engagierter Ärzte nicht mit Formalitäten zu erdrücken, sondern diese gekonnt in die bürokratienäheren Gestaltungsprozesse einzubringen. Akkreditierte Arztnetze sollten ihr Managementvermögen nutzen dürfen, um die „informelle“ Netzarbeit vor Ort in größere Strategien zu integrieren.

Netzmedizin weiterentwickeln

Die Rhetorik und das Verhältnis zwischen Arztnetzen und Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich in den letzten Jahren verändert. Das ehemals scharfe Gegeneinander ist moderaten Tönen gewichen, auch wenn man derzeit nicht weiß, was man wirklich miteinander anfangen soll. Alle, die eine qualifizierte, patientenorientierte sowie wohnortnahe Versorgung vor dem Hintergrund eines Primärarztsystems propagieren, müssen sich intensiver als bisher mit Vernetzungsinitiativen, wie es Arztnetze sind, beschäftigen. Um besser von den Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung, aber vor allem auch von den eigenen Ärzten verstanden zu werden, müssen Arztnetze ihre unterschiedlichen Themenfacetten zu einem theoretisch fundierten Handlungskonzept der „Netzmedizin“ verdichten.

Nur mit einem solchen heilkundlichen Ausgangspunkt erhält ihre Koordinations- und Kooperationsphilosophie eine „innere“ Sinngebung. Arztnetze nach § 87b SGB V haben den Anspruch und die Fähigkeit, ein regionales Versorgungsmanagement umzusetzen. Diese Aufgabe muss gemeinsam mit den etablierten Institutionen weiter konkretisiert werden. Mit der Übernahme von definierten Versorgungsaufgaben auch im Bereich der Koordination und Kooperation, die an einen Leistungserbringerstatus gebunden wären, gehen Rechte und Pflichten einher, die nicht alleine auf der Basis von „Freiwilligkeit“ übernommen werden können. Hybride Gebilde wie Netzwerke – auch Arztnetze – es sind, bedürfen derzeit noch der Klärung grundsätzlicher Regelungen in sozialversicherungs-, berufs-, wettbewerbs- und strafrechtlicher Hinsicht.

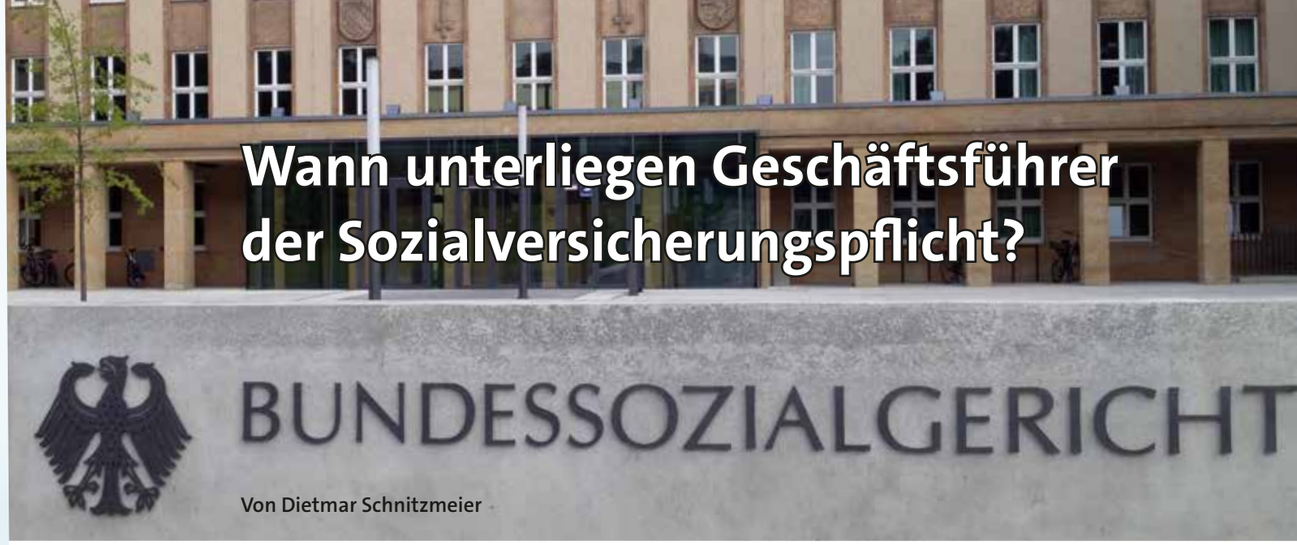
Hippokrates wäre ein Netzarzt der ersten Stunde.



Betrachten wir die Dinge von der anderen Seite, dann stellt sich die Frage, ob es die Arztnetze sind, die für die Versorgung ungeeignet erscheinen, oder ob es das Gesundheitssystem ist, das sich als ungeeignet für die Arztnetze erweist. Netzmedizin ist der innere Aufruhr gegen die Verwerfungen des eigenen Systems, in dem sich der Arzt vom Patientenwohl entfernt. Hippokrates wäre ein Netzarzt der ersten Stunde.

Eine ausführlichere Version dieses Beitrages findet sich in Eble/Kurscheid (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke, Berlin 2016.

→ Sonja Laag ist Dipl.-Gesundheitswirtin, Redakteurin und Arzthelferin. Seit 2010 ist sie Leiterin Versorgungsprogramme der BARMER, Wuppertal. Zuvor war sie dort in den Abteilungen Integrierte Versorgung sowie Gesundheitspolitische Grundsatzfragen tätig.



Wann unterliegen Geschäftsführer der Sozialversicherungspflicht?

Von Dietmar Schnitzmeier

Seit mehreren Monaten ist in zahlreichen Unternehmen und Betrieben nach Lohnsteuerprüfungen die Frage aufgekommen: „Warum wird ein Geschäftsführer, der bisher als selbstständig galt, bei einer Prüfung durch die Rentenversicherung als sozialversicherungspflichtig eingestuft?“ Das Problem für die Unternehmen: In fast allen Fällen müssen die Unternehmen die Sozialabgaben für längstens vier Jahre in voller Höhe nachzahlen; ein Rückgriff bei dem jeweiligen Geschäftsführer ist dabei in nur sehr engen Grenzen möglich.

Grund hierfür ist unter anderem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), die durch drei Entscheidungen aus dem Jahr 2015 nochmals konkretisiert worden ist. Zwar sind diese Entscheidungen im Rahmen der Beurteilung der Sozialversicherungspflicht von GmbH-Geschäftsführern ergangen, sie sind aber auf alle beschäftigten Geschäftsführer übertragbar.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG setzt eine abhängige Beschäftigung im Sinne des § 7 IV SGB voraus, dass der Beschäftigte – auch der Geschäftsführer – persönlich abhängig tätig ist. Bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb ist dies der Fall, wenn der Beschäftigte in den Betrieb eingegliedert ist und dabei einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Demgegenüber ist eine selbstständige Tätigkeit vornehmlich durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet. Ob jemand abhängig beschäftigt ist, hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen. Maßgebend ist stets das Gesamtbild der Tätigkeit. Dieses richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.
Nach seiner neueren Rechtsprechung geht das BSG zwar weiterhin von einer rechtlichen Einordnung anhand des Gesamtbilds der Tätigkeit aus. Die Richter reduzieren die sozialversicherungsrechtliche Zuordnung von Geschäftsführern im Ergebnis aber auf die Frage, ob diese einem Weisungsrecht unterliegen oder ob diese über die Rechtsmacht verfügen, ihnen unangenehme Weisungen jederzeit zu verhindern. Konkret bedeutet dies: Es wird geprüft, ob der jeweilige Geschäftsführer den Weisungen der Gesellschafterversammlung unterliegt. Folglich ist nur der Geschäftsführer, der innerhalb einer Gesellschaft mindestens 50 % der Anteile oder mehr hält, sozialversicherungsfrei.

Für einen Fremdgeschäftsführer, der nicht zugleich Gesellschafter ist, bedeutet dies in der Regel, dass er den Weisungen der Gesellschafterversammlung unterworfen ist, mithin weisungsabhängig im Sinn von § 7 Abs. 1 SGB IV tätig ist und deshalb der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Gleiches gilt auch für den Minderheitengesellschafter-Geschäftsführer, der weniger als 50 % der Anteile hält; dieser ist in der Regel nicht weisungsfrei und somit sozialversicherungspflichtig.

Möglicherweise kann eine solche Weisungsabhängigkeit durch im Gesellschaftsvertrag vereinbarte Sperrminoritäten oder Stimmrechtsvereinbarungen vermieden werden. Im Rahmen solcher „Sonderkonstellationen“ ist aber zu berücksichtigen, dass diese oftmals dazu führen, dass die jeweilige Gesellschaft nicht mehr handlungsfähig ist.

Dietmar Schnitzmeier ist Fachanwalt für Arbeitsrecht und Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht in der Kanzlei Berlinghoff in Bad Nauheim.

→ berlinghoff.net

juristische Ecke

Problematik bei Einzelfallregressen am Beispiel Aggrenox

Von Wibke Köppler

Ärzte sollten bei der Verordnung von Arzneimitteln grundsätzlich prüfen, ob ein Medikament noch zugelassen ist, und sicherstellen, ob das Präparat entsprechend der Arzneimittel-Richtlinie (AMR) in gültiger Fassung zulasten der GKV verordnungsfähig ist. Im Zweifel sollte unbedingt vor der Verordnung ein Kostenübernahmeantrag bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden. Wie wichtig dies ist, zeigt das Beispiel Aggrenox.

Viele Ärzte in Hessen haben sowohl im vergangenen als auch in diesem Jahr ein Anschreiben zu einem festgesetzten Regress in Einzelfällen gemäß § 13 Prüfvereinbarung betreffend das Präparat Aggrenox Retard erhalten.
Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Verordnung von Aggrenox zulasten der GKV seit dem 1. April 2014 unzulässig ist, sodass die vorliegenden Regressbescheide inhaltlich als zutreffend zu bewerten sind. Die Erfolgsaussichten der möglichen Rechtsmittel des Widerspruchs bzw. der späteren Klage vor dem Sozialgericht sind danach eher als nicht gegeben einzuschätzen.

So hat das zuständige Sozialgericht Marburg die Klage wegen der Verordnung der Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol (Aggrenox) bereits mit Gerichtsbescheid vom 13.4.2016 (AZ: S 12 KA 474/15) wegen der deutlichen Rechtslage ohne mündliche Verhandlung abgewiesen. Die Begründung: Bei dem Arzneimittel Aggrenox handele es sich um eine Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol, weshalb das Arzneimittel unter die Regelungen zum Ausschluss fixer Wirkstoffkombinationen falle.

Anträge auf Regress fristgerecht gestellt?

Generell sollte man bei Erhalt eines Schreibens zu Einzelfallregressen immer prüfen, ob die Anträge durch die gesetzlichen Krankenversicherer fristgerecht gestellt wurden, denn gemäß § 13 Absatz 2 der Prüfvereinbarung müssen Anträge auf Regress wegen Einzelverordnungen von Arzneimitteln innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals der Prüfungsstelle vorliegen.
In manchen Fällen kann dem Antrag entgegengehalten werden, dass bislang keine derartige Maßnahme gegen die betroffene Praxis bzw. die dort tätigen Ärzte verfügt wurde und so gemäß § 13 Absatz 5 Prüfvereinbarung bei einer festzustellenden Unwirtschaftlichkeit der Verordnung eine gezielte schriftliche oder persönliche Beratung hätte vorhergehen müssen. Obwohl eine nach § 13 Absatz 5 Prüfvereinbarung vorgesehene Beratung als ausreichend erscheint, da die betroffene Praxis grundsätzlich bemüht ist, hinsichtlich der Verordnungsvorgaben durchgehend auf dem neuesten Informationsstand zu sein und diese einzuhalten, wird die Beratung nicht zwingend vorgeschrieben und steht damit im Ermessen der Prüfungsstelle.

Vermerk auf der Verordnung

Ebenso ist eine Annahme eines Ausnahmetatbestandes scheinbar ausgeschlossen, wenn eine Verordnung nur ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung erfolgen kann und nur unter sehr engen Voraussetzungen zulässig ist, nämlich „ausnahmsweise“, „in medizinisch begründeten Einzelfällen“ und „mit Begründung“. Daher wird angenommen, dass die Begründung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Verordnung abgegeben und nach außen kundgetan werden muss. Dies kann z. B. durch einen entsprechenden Vermerk auf der Verordnung oder eine schriftliche Anfrage bei dem Krankenversicherer geschehen. Würde es hingegen genügen, dass bei einer auf den Ausnahmetatbestand gestützten vertragsärztlichen Verordnung die gesetzlich vorgeschriebene Begründung erstmals in einem viel später durchgeführten Regressverfahren abgegeben wird, liefe das Tatbestandsmerkmal „mit Begründung“ leer, da das Begründungserfordernis auch verlangt, dass die Therapieentscheidung nicht nur intern dokumentiert wird.

Rechtslage war lange unklar

Im Fall der Verordnung des Präparates Aggrenox ist anzumerken, dass sich die Rechtslage für den niedergelassenen Vertragsarzt hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit längere Zeit als unklar darstellte.
Zu Beginn wurde die Verordnungsfähigkeit von Aggrenox zulasten der GKV angenommen. Im Mai 2013 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das Kombipräparat zur Schlaganfallprophylaxe dann von der GKV-Verordnung ausgeschlossen, da das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dem GBA eine negative Nutzenbewertung vorlegte. Der auf Basis dieser umstrittenen Nutzenbewertung des IQWiG erfolgte Verordnungsausschluss wurde jedoch nicht wirksam, da das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Ausschluss zunächst als nicht wirksam erachtete, denn das Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArm) hatte die Wirkstoffkombination hingegen als positiv eingeschätzt.
Daher forderte das Ministerium im Oktober 2013 eine Begründung für das Studiendesign und die Bewertung des IQWiG ein und verlangte im Nachgang noch weitere Stellungnahmen. Zugleich hat der Hersteller gegen den Verordnungsausschluss geklagt und einstweiligen Rechtsschutz gefordert, damit das Präparat weiter zulasten der GKV verordnet werden konnte, bis abschließend gerichtlich über die Klage entschieden wurde.

Endgültiger Versorgungsausschluss zum 2. Quartal 2014 wirksam

Der endgültige Versordnungsausschluss wurde sodann erst am 25.2.2014 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und zum 2. Quartal 2014 wirksam.
So ist es aufgrund der Historie des Verordnungsausschlusses und der zeitlichen Abfolge den Vertragsärzten oftmals leider nicht gelungen, den erst im Jahr 2014 beschlossenen Verordnungsausschluss zeitnah als solchen wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Dafür sprechen auch die erst spät erfolgten Reaktionen der Krankenversicherer, die erstmalig ab dem 1. Quartal 2015 Regresse geltend machten und nicht bereits zum 2. Quartal 2014 tätig wurden.
Diesbezüglich stellt sich auch die Frage, ob einer KV die Pflicht obliegt, über einen solchen Verordnungsausschluss zeitnah zu informieren und darauf aufmerksam zu machen, da gerade bei solchen Präparaten, bei denen über eine längere Dauer hinweg eine gewisse Rechtsunsicherheit betreffend der Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV bestand, dessen endgültige Klärung dem Vertragsarzt oftmals nicht zur Kenntnis reicht.

Nach geltender höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) stellt es sich als unerheblich dar, dass die Mitglieder der KV möglicherweise von der fehlenden oder geänderten Zulassung eines Präparates keine Kenntnis haben. Denn nach der Rechtsprechung des BSG setzen Honorarkürzungen oder Verordnungsregresse kein Verschulden des Vertragsarztes voraus (BSG, Urteil vom 3. Februar 2010, B 6 KA 37/08 R), sodass auch dieses Argument zu keinem anderen Ergebnis der Einschätzung einer Erfolgsaussicht eines möglichen Rechtsmittels gegen den Regress führt.

Ergänzend kann man darauf hinweisen, dass die Regelung des § 73 Abs. 8 SGB V vorsieht, dass die KV – zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise – Informationen und Hinweise für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu geben haben. Aber selbst wenn die KV dieser Pflicht erst zu einem späteren Zeitpunkt oder auch gar nicht nachkommt, eignet sich auch diese mögliche Pflichtverletzung weder zur weiteren Begründung in einem Rechtsmittelverfahren wegen eines Arzneimittelregresses noch in einem Verfahren gegen eine KV wegen Amtshaftung, da der Vertragsarzt grundsätzlich verpflichtet ist, die jeweils geltende Arzneimittel-Richtlinien zu kennen und auch entsprechend zu berücksichtigen.

→ Wibke Köppler, Rechtsanwältin und Fachanwältin im Medizinrecht

Oelmüller & Partner GbR
Rechtsanwälte in Bürogemeinschaft
Sonnemannstraße 3, 60314 Frankfurt am Main
✆069-9055977 0, 🖷 069-9055977 10
-Kanzlei@oelmueller-rechtsanwaelte.de
→oelmueller-rechtsanwaelte.de

OELMÜLLER & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

Rechtsanwaltskanzlei mit Tätigkeitsschwerpunkt im Medizinrecht und Gesundheitswesen

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

Michael Oelmüller
Rechtsanwalt
Wibke Köppler
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Daniela Jelavic-Sako
Rechtsanwältin

Oelmüller & Partner GbR
Rechtsanwälte
Sonnemannstraße 3
60314 Frankfurt
T 069.9055977-0
F 069.9055977-10
kanzlei@oelmueller-rechtsanwaelte.de
www.oelmueller-rechtsanwaelte.de

Wie viel ist die Praxis wert?

Von Margarete Geiger

Ganz egal, ob Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen wollen: Die Frage nach dem Wert ist entscheidend. Viele Faktoren bestimmen den Wert einer Praxis: Die Lage, die Ausstattung sowie die Patienten- und Mitbewerberstruktur sind bei der Preisfindung von großer Bedeutung.

Die sachgerechte Bewertung einer Praxis setzt eine sorgfältige Analyse aller Aspekte, die den Praxiswert beeinflussen, voraus. Neben der Beachtung der individuellen Verhältnisse spielt auch eine fundierte Marktbetrachtung eine große Rolle. Dazu müssen die Immobilie und die Ausstattung der Praxis sowie das soziale Umfeld betrachtet werden. Damit einher geht die Frage, wie es in der Umgebung, aus der zukünftig die Patienten rekrutiert werden sollen, um die Kaufkraft bestellt ist. Hinzu kommt die Bewertung der wirtschaftlichen Situation der Praxis – wie hat sich das Unternehmen in den vergangenen Jahren entwickelt, wie sieht es derzeit aus und wie steht es mit der Prognose hinsichtlich der zukünftigen Gewinne? Außerdem müssen inhaltliche Entwicklungsmöglichkeiten der Praxis und Kooperationsmöglichkeiten im Markt berücksichtigt werden.

Was sind Preis, Wert und Verkehrswert?

Grundsätzlich muss man bei der Bewertung einer Praxis zwischen dem Preis, dem Wert und dem Verkehrswert unterscheiden. Der Preis ist der Geldbetrag, der für ein Gut oder eine Dienstleistung verlangt und bezahlt wird. Der Wert ist hingegen der Nutzen, den ein Gut stiftet. Der Nutzen eines Unternehmens spiegelt sich üblicherweise in seinen (zukünftigen) wirtschaftlichen Vorteilen wider. Der Verkehrswert beziffert den Preis, der bei einer Veräußerung der Praxis oder eines Praxisanteils an einem Stichtag unter konkret betroffenen, unabhängigen Partnern zu erlösen wäre (auch wahrer Wert, gemeiner Wert oder pretium commune genannt).

Wie erfolgt eine Praxisbewertung?

Die Bewertung ist ein ökonomisches Modell, das zu Hilfe genommen wird, um zu überlegen, ob die Praxis finanzierbar ist beziehungsweise betriebswirtschaftlich gute Perspektiven aufweist. Das kann mit einer Unternehmensplanung festgestellt werden. Diese Planung für das Bewertungsobjekt (die Praxis) wird anlassbezogen erstellt, das heißt, es gibt einen Unterschied, ob man den Kauf einer Einzelpraxis bewertet oder den Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis.

Welche Unterlagen werden benötigt?

Um die Bewertung durchzuführen, werden einige Dokumente benötigt. Dazu zählen:

- Jahresabschlüsse der vergangenen drei bis fünf Jahre inklusive Anlagenspiegel
- aktuelle betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA)
- aktuelles Lohnjournal
- KV-Abrechnungsunterlagen der vergangenen drei Jahre
- Mietvertrag und Praxisgrundriss
- Leasing-, Mietkauf- und Wartungsverträge
- Kaufrechnungen von „Großgeräten“
- Gesellschaftsvertrag bei Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft

Unter den verschiedenen Bewertungsmethoden hat sich in den vergangenen Jahren die modifizierte Ertragswertmethode etabliert. Sie ist betriebswirtschaftlich valide als Methode zur Bewertung von Freiberuflerpraxen. Dabei wird der sogenannte Sachwert berücksichtigt, das heißt, sämtliche Wirtschaftsgüter werden auf den Übernehmer übertragen und sparen diesem dann Investitionen für die Praxisfortführung. Aus einer Praxisplanung werden zukünftig erzielbare Gewinne abgeleitet und daraus ein Gegenwartswert gebildet. Um der hohen Personenbezogenheit Rechnung zu tragen, wird ein beschränkter Ergebniszeitraum eingeführt.

Heilberufespezialist gibt erste Orientierung

Die HypoVereinsbank hat in diesem Zusammenhang Zugriff auf eine Reihe von hilfreichen Daten und Tools. Eines davon ist der von Prof. Dr. Wolfgang Merk entwickelte Praxiswertrechner, der als erste Indikation für die Richtigkeit eines Praxiswerts dienen kann. Prof. Dr. Wolfgang Merk ist ein öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Unternehmen und Praxen im Gesundheitswesen. Auf der Basis der eingegebenen Informationen wird mithilfe der modifizierten Ertragswertmethode zunächst ein betriebswirtschaftlicher Wert kalkuliert. Darüber hinaus greifen wir nicht nur auf unser eigenes Know-how zurück, sondern wir nutzen für Ihre erfolgreiche Übernahme die Erfahrung ausgewählter Partner und Sachverständiger aus der Gesundheitswirtschaft. Für individuelle Einschätzungen des Praxiswerts, insbesondere bei größeren Praxen oder im rechtlichen Kontext (z. B. Abfindungsfragen, Zugewinnausgleich etc.), empfehlen wir ein Gutachten eines renommierten Sachverständigen.

„Mediziner, die ihre Praxis abgeben möchten, und natürlich auch solche, die sich mit dem Gedanken einer Praxisübernahme bzw. -gründung tragen, finden bei uns fundierte Unterstützung. Hierzu zählt nicht nur die Bereitstellung eines Geschäftskontos oder Kredites. Unseren Kunden können wir als besonderen Service z. B. den Praxisvergleichsrechner bieten. Damit verschaffen wir Ihnen einen Überblick, wo Sie wirtschaftlich und finanziell im Vergleich zu Mitbewerberpraxen mit ähnlicher Größe stehen. So erkennen Sie evtl. Optimierungs- bzw. Handlungsbedarf.“

Margarete Geiger
Heilberufe Rhein-Main
Telefon 0661 83 85 26
margarete.geiger@unicredit.de

Ärztenetze 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.

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

hessenmed

Pilotprojekt

Freiwillige HPV-Schulimpfung

Das „Gesundheitsnetz der Ärzteschaft Lampertheim e.V.“ (GALA) beteiligt sich am Pilotprojekt „Freiwillige HPV-Schulimpfung“. Dabei werden jetzt schon im zweiten Jahr Schülerinnen der 4. Grundschulklassen in Lampertheim durch Dr. Bergner, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, geimpft.

An dem Projekt, das vom Gesundheitsnetz der Metropolregion Rhein-Neckar und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration ins Leben gerufen wurde, sind auch der Berufsverband der Frauenärzte und der Verband der Kinderärzte aktiv beteiligt. Die freiwillige Schulimpfaktion soll auf das ganze Bundesgebiet ausgeweitet werden. In Zukunft sollen auch Jungen geimpft werden.

Gebärmutterhalskrebs: Pro Jahr erkranken 5.000 Frauen

Der Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland die dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen im Alter zwischen 15 bis 44 Jahren. Pro Jahr erkranken etwa 5.000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, davon sterben fast 1.600 an der Krankheit. Weiterhin werden mehr als 90.000 Operationen durchgeführt, um Krebsvorstufen zu entfernen.

Vor Einführung der jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen starben über 2.600 Betroffene pro Jahr. Der Nobelpreisträger Prof. Dr. med. Dr. h.c. Harald zur Hausen erkannte, dass die Hauptursache für Gebärmutterhalskrebs humane Papillomviren (menschlichen Papillomviren), abgekürzt HPV, sind.

Diese Viren sind sehr weit verbreitet. Die meisten Männer und Frauen kommen im Laufe ihres Lebens mit ihnen in Kontakt. Die Übertragung erfolgt über Berührung mit infizierten Körperregionen (Haut, Schleimhaut) – hauptsächlich bei sexuellen Kontakten. Da diese Viren auch Schleimhäute befallen, schützen Kondome nicht.

HPV: derzeit keine medikamentöse Behandlung

Die HPV lösen auch Genitalwarzen und andere Krebserkrankungen im Genital- und Analbereich aus. Derzeit gibt es keine medikamentöse Behandlung der bösartigen Erkrankungen, die durch das Papillomvirus verursacht werden. Auch eine schon durchgemachte Infektion mit dem Papillomvirus bietet keinen Schutz. Der einzige bis heute bekannte Schutz besteht in der HPV-Impfung.

Über 15 Jahre Forschung zeigen, dass der Impfstoff zu fast 100 Prozent vor einer Erstinfektion mit den hochriskanten HPV-Typen 16 und 18 schützt. Diese sind die Hauptursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs.

Erfolge mit Impfungen in Australien

In Australien gibt es seit 2007 ein staatlich finanziertes HPV-Schulimpfprogramm. In diesem Zeitraum wurden bereits über 6 Mio. HPV-Impfungen an Mädchen und Frauen verabreicht. Die Ergebnisse zeigen einen Rückgang der Zahl der Zellveränderungen, die das Krebsrisiko erhöhen, bei Mädchen unter 18 Jahren um ein Drittel innerhalb von drei Jahren. In einem Zeitraum von fünf Jahren waren die Anzahl der Fälle von Genitalwarzen bis zu 90 Prozent rückläufig.

Aufgrund dieser und weiterer Erfahrungen aus anderen Ländern wurde das Pilotprojekt „Freiwillige HPV-Schulimpfung“ ins Leben gerufen. Durch eine flächendeckende Impfung soll der Gebärmutterhalskrebs seinen Schrecken verlieren. Da es weitere Ursachen, wenn auch nur im geringen Maße, gibt, die Gebärmutterhalskrebs auslösen können, ist es trotz Impfung wichtig, jährlich die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen.

Kooperationsvertrag Pflegeheim

Ein Netz scheitert an der Bürokratie der KV

Von Dr. Karl-Wilhelm Klingler

Im Sommer 2016 kamen die Meldungen, dass es für die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten und Pflegeheimen in Zukunft eine Vergütung geben wird. Voraussetzung hierfür sind Verträge, die von der KV Hessen zu genehmigen sind.

Von Anfang an hatte das Gesundheitsnetz der Ärzteschaft Lampertheim (Gala e.V.) die Idee, mit den drei ortsansässigen Pflegeheimen in Lampertheim keine einzelnen Verträge zu schließen, sondern einen gemeinsamen Kooperationsvertrag mit den im Netz verbundenen Ärzten. Die drei angesprochenen Pflegeheime sowie ein weiteres in Bürstadt waren sofort von der Idee überzeugt: Auch aus ihrer Sicht schien es sinnvoll, nur einmal die Formalitäten durchzuführen und nicht mit jedem einzelnen Arzt. Seitens der Pflegeheime wird die ärztliche Versorgung sehr positiv gesehen, sodass die Heime uns auf diesem Weg auch unterstützen wollten, für unsere Arbeit eine kleine zusätzliche Vergütung generieren zu können.

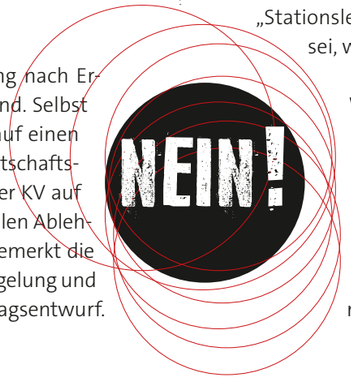
Was wir alle für eine gute und innovative Idee hielten, stieß jedoch von Anfang an bei der KV auf Widerstand. Die Auseinandersetzungen mit dem „Team Antragsverfahren“ haben sich jetzt über mehr als sechs Monate hingezogen. Schon zu einem frühen Zeitpunkt mussten wir uns entscheiden, lediglich die Hausarztgruppe (Mitglieder des hausärztlichen Qualitätszirkels von Gala) im 1. Schritt zu vertreten, um die Sache nicht zu kompliziert für die KV zu machen. Wir sprechen von 23 Hausärzten in 13 Arztpraxen, die teils wenige, teils viele Patienten in unseren drei Pflegeheimen betreuen.

Am Anfang stand die absurde Forderung nach Erreichbarkeit bis 22:00 Uhr im Vordergrund. Selbst beste Argumentationen und Hinweise auf einen gut funktionierenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) im Jahre 2016 stießen bei der KV auf taube Ohren und führten zu einer offiziellen Ablehnung im Dezember. Dann, oh Wunder, bemerkt die übergeordnete KBV den Unsinn dieser Regelung und die KV Hessen ändert ihren Muster-Vertragsentwurf.

Also ein neuer Versuch: Jetzt werden wir verpflichtet, die Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit von 7 bis 19:00 Uhr zu bestätigen und einen festgelegten Vertreter (für die nächsten Jahre? Wer vertritt mich übernächstes Jahr an Ostern?) zu benennen. Auch unser Hinweis, dass jeder im „Team Antragsverfahren“ doch genau weiß, dass kein Hausarzt in Hessen an fünf Tagen in der Woche zwölf Stunden erreichbar ist, entbindet uns nicht von dieser Pflicht.

Wir weisen darauf hin, dass wir durch die kollegiale Vertretung und die Organisation von sogenannten Komplementärdiensten in unserem Netz für die Randzeiten gerade diese Gewährleistung von fünf Tagen in der Woche erfüllen können. Müssen wir aber trotzdem aus dem Vertragsentwurf streichen – mit der Argumentation: denkbare unzulässige Leistungsausweitung! (Eine Leistungsausweitung im Rahmen der aufwendigen Pflegeheimbetreuung, absurd!) Man wolle uns vor späteren Vorwürfen der Krankenkassen schützen! Merke: Wer solche Freunde in der KV hat, braucht die Feinde der Kassen nicht zu fürchten!

Nächste Forderung: Wir müssen im Vertrag seitens der Pflegeheime jeden einzelnen Ansprechpartner auf der Station mit Name und Telefonnummer benennen, um auch eine Verbindlichkeit seitens der Pflegeheime darzustellen. Unser Einwand, dass dies den Vertragspartner bürokratisch überlastet, dass dadurch vielleicht bereits nach drei Wochen der Vertrag in seiner Form nicht mehr stimme und dass doch besser eine abstrakte Bezeichnung wie „Stationsleiterin und Vertretung etc.“ zu verwenden sei, wird nicht akzeptiert.



Weitere kontroverse Vorstellungen zu unseren Formulierungen im Vertrag wollen wir den Lesern ersparen.

Doch zum Schluss die Krönung: Die Idee mit dem gemeinsamen Vertrag des Netzes finde man ja sehr gut, aber letztlich müsse doch jeder einzelne Arzt mit dem

Pflegeheim einen einzelnen Vertrag abschließen. Anders gehe es nicht. Man bedauere.

Honni soit qui mal y pense!

Fazit: Wenn man diese fehlende Flexibilität und Bürokratie bei unserer Service-KV und den Mitarbeitern unserer Standesorganisation betrachtet, so braucht man sich nicht zu wundern, warum der Beruf des Hausarztes im Vertragsarztwesen aussterben wird und Netze zum Scheitern verurteilt sind.

Anmerkung: Wir haben mittlerweile für unsere eigene Praxen einzeln die drei Anträge gestellt und unter guter Zusammenarbeit mit dem Team Antragsverfahren auch problemlos genehmigt bekommen.

Gesundheitsnetz der Aerzteschaft LAmpertheim e.V.
Blücherstraße 26 | 68623 Lampertheim | ✆ 06206-9095208 | 🖷 06206-937704
sekretariat@gala-lampertheim.de | → gala-lampertheim.de

Leserbrief

Mogelpackung EBM: Vergütung der Video-Konsultation

Überall spricht man sich dafür aus, die Digitalisierung in Deutschland und insbesondere auch im Gesundheitswesen voranzutreiben. Doch die Beschlüsse der EBM-Verantwortlichen, einschließlich der Kassen und der KBV, hierzu sprechen dem Hohn. Wie schon der elektronische Arztbrief wird auch die Video-Konsultation an der unzureichenden Vergütung scheitern. Es hat uns bei dem Riesenaufwand zum elektronischen Arztbrief maximal demotiviert, nur mit der Hälfte der bisherigen Vergütung für die Versendung eines Briefs abgespeist zu werden. Jetzt feiert sich die KBV dafür, mit neuen EBM-Positionen die Video-Konsultation voranzutreiben.

Welche Milchmädchenrechnung!

Wie immer steckt bei der Implementierung eines solchen neuen Systems für die Anwender der Teufel im Detail. Wir dürfen gar nicht an den Aufwand bis zur Installation und die dabei entstehenden Kosten denken!
Dennoch würden wir den Aufwand durchaus gerne betreiben, da wir den neuen Techniken sehr offen gegenüberstehen und die Vorteile für die Patienten sehen. Wenn wir aber wieder mit einem Dumpingpreis, wie jetzt beschlossen, abgespeist werden, so können wir nur noch traurig festhalten: ohne uns!

Der Bewertungs-Ausschuss für den EBM gaukelt uns vor, dass bereits zwei Videosprechstunden pro Woche sich rechnen würden. Man geht von Fixkosten von circa 100 € pro Quartal aus. Maximal dürfen aber nur 200 € pro Quartal an Video-Sprechstunden erbracht werden.
Hat man denn komplett die Kosten einer Arztpraxis vergessen?? Müssen wir auf diese EBM-Ziffern keine KV-Verwaltungsgebühren bezahlen? Muss der Raum, in dem wir sitzen, nicht geheizt werden?
Es ist doch unbestritten, dass die Praxiskosten von, sagen wir einmal, 40 % auf sämtliche Einnahmen anfallen, egal woher sie kommen. Oder lügt sich die KBV mit den sogenannten „Eh da"-Kosten ins Fett? Ei, der PC und die Kamera sind doch eh schon da, da muss man die Kosten nicht kalkulieren?

Ein seriös rechnender Arzt und Unternehmer/Arbeitgeber muss also von den maximal möglichen 200 € Umsatz für die Videosprechstunde mindestens die Kosten von 80 € abziehen. Dann bleiben noch 120 € übrig. Dafür die kalkuliertem Fixkosten von 100 € abzuziehen gibt einen maximalen Gewinn bei dem beschriebenen Aufwand von 20 €. (Wenn sonst wirklich keine Kosten entstehen!)
Für diese 20 € sollen wir also 47,5 Video-Sprechstunden abhalten? Von denen jede zum Beispiel mit Rüstzeiten etc. mit etwa fünf bis zehn Minuten zu kalkulieren ist? Bis zu 475 Minuten oder etwa vier bis acht Stunden Arbeitszeit für 20 €? Und danach umsonst?

So schlecht darf kein Arzt rechnen, dann hätte er noch nicht einmal sein Abitur bestanden. Will sagen: Wer solche unethischen Vergütungen anbietet, macht sich strafbar an den Interessen der Patienten, der digitalen Weiterentwicklung und damit auch an der Zukunft Deutschlands!

Für das Gesundheitsnetz der Ärzteschaft Lampertheim (Gala e.V.)

Dr. Karl-Wilhelm Klingler

Weiterbildungsverbund in Stadt und Landkreis Gießen

Um dem für die nächsten Jahre absehbaren Hausärztemangel im Landkreis Gießen aktiv entgegenzuwirken und eine flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung auch der ländlichen Bevölkerung sicherzustellen, engagiert sich das Ärztenetz Kreis Gießen (ÄNGie e. V.) im Bereich der Ausbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin. Viele Mitglieder des ÄNGie e. V. bilden schon seit vielen Jahren Absolventen aus.

Die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin umfasst fünf Jahre, dauert in der Realität jedoch oft sehr viel länger, unter anderem weil entsprechende Ausbildungsstellen im klinischen Bereich fehlen oder die Anschlüsse zwischen unterschiedlichen Weiterbildungsabschnitten nicht gewährleistet sind.

Im letzten Jahr fanden, angeregt durch das Ärztenetz, mehrere Arbeitskreistreffen mit Vertretern der regionalen Kliniken – Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH, Asklepios Klinik Lich GmbH, St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung gemeinnützige GmbH und Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH – statt, um Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung und Abstimmung bei der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner zu diskutieren. Alle Teilnehmenden waren sich von Beginn an einig darüber, dass eine Kooperation auf diesem Gebiet erstrebenswert wäre.

Probleme bei der Weiterbildung angehender Allgemeinmediziner wurden besprochen, unter anderem die in der Relation niedrige Förderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Weiterbildungsassistenten in den Kliniken: Die Assistenten sind im Stellenpool integriert, und da die Krankenhäuser daran interessiert sind, auch für sich selbst auszubilden, ziehen sie die Assistenten vor, die sich für die Arbeit in der Klinik entscheiden wollen. Dies bedeutet jedoch, dass nicht alle Absolventen, die Allgemeinmediziner werden wollen, dies auch bei ihrer Bewerbung angeben. Dadurch entgeht den Krankenhäusern die entsprechende Förderung – und die ÄiW erhalten möglicherweise nicht die umfassende Ausbildung, die sie als Hausärzte brauchen.

In zwei Arbeitsgruppen, bestehend aus niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten, wurden Curricula für die Weiterbildungsassistenten abgesprochen, es wurde festgehalten, wie viele der durch die LÄK vor der Zulassung zur Prüfung geforderten Untersuchungen im Krankenhaus abgeleistet werden können.

In einem nächsten Schritt unterzeichnen die Akteure in diesem Frühjahr eine entsprechende Kooperationsvereinbarung, um einen gemeinsamen Weiterbildungsverbund für angehende Hausärzte im Kreis Gießen ins Leben zu rufen. Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sollen im Weiterbildungsverbund bis zu ihrer Facharztqualifikation begleitet und durch ein gutes regionales Weiterbildungsprogramm dazu bewegt werden, sich im Anschluss auch im Landkreis Gießen niederzulassen. Die Begleitseminare und das Mentoring-Programm des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin können die ÄiW ebenfalls wohnortnah absolvieren.

Der Weiterbildungsverbund wird die Vermittlung von passenden Stellen und den Verlauf der Weiterbildung organisieren und koordinieren. Die Organisation des Ablaufes der Weiterbildung wird dabei über die Geschäftsstelle von ÄNGie abgewickelt werden. Auf der Webseite des Netzes können sich die teilnehmenden Krankenhäuser und Praxen vorstellen und über eine Jobbörse Stellen für die Weiterbildungsassistenten ausschreiben.

Über Flyer und Poster soll in den nächsten Monaten an der Gießener Universität und im Umland unter den Studierenden der Medizin gezielt für den Weiterbildungsverbund geworben werden.

Informationen → aengie.net/weiterbildungsverbund

Ärztenetz Kreis Gießen – ÄNGie e.V.
Bergstraße 10a | 35428 Langgöns
Dr. phil. Petra Porto | Geschäftsleitung
p.porto@aengie.net | ✆ 0641-96979995
mobil: 0176-61833583
Sekretariat | info@angie.net | → www.aengie.net

VIACORAM®

Ihre optimierte First-Line Therapie in der Hypertonie

Kontrolliert nach unten

VIACORAM®

Perindopril Arginin/ Amlodipin – Essentielle Hypertonie

Von Anfang an mehr Patienten im Zielbereich

1x täglich

Kombinierte Viacoram 3,5 mg/2,5 mg – Viacoram 7 mg/5mg Pflichtinformation. Viacoram 3,5 mg/2,5 mg Tabletten. Viacoram 7 mg/5mg Tabletten. Zusammensetzung: Viacoram 3,5 mg/2,5 mg enthält 2,378 mg Perindopril (entspr. 3,5 mg Perindopril-Arginin) u. 3,4675 mg Amlodipinbesilat (entspr. 2,5 mg Amlodipin). Viacoram 7 mg/5 mg enthält 4,756 mg Perindopril (entspr. 7 mg Perindopril-Arginin) u. 6,935 mg Amlodipinbesilat (entspr. 5 mg Amlodipin). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, mikrokrist. Cellulose (E460), hochdisp. Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat (E4708). **Anwendungsgebiete:** Viacoram wird angewendet zur Behandlung der essentiellen Hypertonie b. Erwachsenen. **Dosierung und Art der Anwendung:** Viacoram 3,5 mg/2,5 mg: First-Line-Therapie b. Pat. m. art. Hypertonie. Empf. Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg 1x tägl. Nach mind. 4 Wo. Beh. kann Dosis auf 7 mg/5 mg 1x tägl. erh. werden, wenn Blutdruck mit 3,5 mg/2,5 mg nicht ausr. kontr. *Eingeschr. Nierenfkt.:* kontraind. b. schw. Nierenfkt.stör. (Cl <30 ml/min). Bei Cl 30 ml/min - 60 ml/min ist empf. Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg jed. 2. Tag. Wenn Blutdruck nicht ausr. kontr., kann 3,5 mg/2,5 mg 1x tägl. geg. werden. Falls erf., kann Dos. erhöht werden. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. *Eingeschr. Leberfkt.:* Vorsicht b. schw. Leberfkt.stör. *Ältere Pat.:* Abh. v. Nierenfkt. Vorsicht b. Behand.beg. Vor Dosiserh. Nierenfkt. überprüfen, v.a. b. Pat. ≥75 Jahre. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. *Kinder u. Jug.:* Sicherh. u. Wirks. nicht erw. **Gegenanzeigen:** Überempf. gegen Wirkstoffe, ACE-Hemmer, Dihydropyridinderivate o. einen d. sonst. Bestandteile; schwere Nierenfkt.stör.; Angioödem in Anamnese im Zus.hang mit vorausgegangener ACE-Hemmer-Therapie; hereditär. o. idiopath. Angioödem; 2. u. 3. Schwangerschaftstrimester; schwere Hypotonie; Schock, einschl. kardiogener Schock; Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts (z. B. hochgradige Aortenstenose); hämodynamisch instabile Herzinsuff. nach akutem Myokardinfarkt; gleichz. Anw. m. Aliskiren b. Diabetes mell. o. Nierenfkt.stör. (GFR <60 ml/min/1,73 m²); Extrakorporale Behandlungen, b. denen Blut mit neg. geladenen Oberflächen in Kontakt kommt; signifikante bilaterale Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere. **Warnhinweise:** Bes. Warnhinw.: *Überempf./ Angioödem/Intest. Angioödem:* Beh. absetzen u. Überwachung bis Sympt. vollst. abgekl. In Verb. mit Kehlkopfödem kann Angioödem tödl. sein. Bei gleichz. Einn. v. mTOR-Inhib. erhöhtes Risiko f. Angioödem mögl. *Anaphylaktoide Reakt. währ. Desensib.:* vorüberg. Absetzen d. Beh. Reakt. traten b. versehentl. erneuter Einn. wieder auf. *Neutropenie/ Agranulozytose/ Thrombozytopenie/ Anämie:* Äußerste Vorsicht b. kollagenösen vask. Erkr., immunsuppr. Ther., Allopurinol o. Procainamid, regelm. Kontr. d. Leukozytenzahl empf. *Duale Blockade RAAS:* gleichz. Anw. von ACE-Hemmern, AT$_1$-Antagonisten o. Aliskiren kann Risiko f. Hypotonie, Hyperkaliämie u. Abnahme d. Nierenfkt. (einschl. akutes Nierenversagen) erhöhen. Duale Blockade v. RAAS nicht empf. ACE-Hemmer u. AT$_1$-Antagonisten b. diabet. Nephropathie nicht gleichz. anw. *Primärer Hyperaldosteronismus:* nicht empf. *Schwangersch:* Anw. beenden u. auf altern. blutdrucksenk. Beh. umstellen. *Eingeschr. Nierenfkt.:* moderate Nierenfktstör. (Cl 30 ml/min - 60 ml/min) Anf.dos. 3,5 mg/2,5 mg jed. 2. Tag. Regelm. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. Bei bilat. Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere Harnstoff- u. Kreatininspiegel mögl. erhöht. Bei gleichz. renovask. Hypertonie Risiko f. schwere Hypotonie u. Niereninsuff. erhöht. *Nierentransplantation:* nicht empf. *Renovask. Hypertonie:* Risiko f. Hypotonie u. Niereninsuff. bei bilat. Nierenarterienstenose o. Arterienstenose b. Einzelniere erhöht. *Eingeschr. Leberfkt.:* ACE-Hemmer selten mit Syndrom in Zus.hang gebracht, das m. cholestat. Ikterus beginnt, sich zu schwerer hepat. Nekrose entwickelt u. (manchmal) z. Tod führt: Absetzen der Beh. b. Gelbsucht o. deutlich erh. Leberenzymwerten. *Ältere Pat.:* Beh.beginn u. Dosiserh. m. Vorsicht, abh. von Nierenfkt. Kontr. v. Kreatinin u. Kalium. Vorsichtsmaßn. für Anw.: *Hypertensive Krise:* Sicherh. u. Wirks. nicht bestätigt. *Herzinsuffizienz:* Vorsicht. *Hypotonie:* Kontr. Blutdruck, Nierenfkt. u. Kalium b. hohem Risiko für symptomat. Hypotonie (reduz. Plasmavol. o. schwerer Renin-abh. Hypotonie), ischäm. Herzerkr. o. zerebrovask. Erkr. Eine vorüberg. Hypotonie ist keine Kontraind. f. weitere Dosen, sobald Blutdruck nach Vol.expansion wieder erhöht. *Aorten-u. Mitralklappenstenose/ Hypertrophe Kardiomyopathie:* Vorsicht. *Ethn. Unterschiede:* B. Pat. m. schw. Hautfarbe ist Perindopril möglicherw. weniger wirksam u. verursacht häufiger Angioödeme. *Nicht-produktiver Husten. Chir. Eingriff/Anästhesie:* Beh. 1 Tag vor Eingriff absetzen. *Hyperkaliämie:* Regelm. Kontr. v. Kalium b. Niereninsuff., verschlecht. Nierenfkt., höherem Alter (>70 Jahre), Diabet. mell., Dehydratation, akuter kardialer Dekomp., metabol. Acidose u. gleichz. Ein. v. kaliumspar. Diur. u. Kaliumsuppl. *Diabetiker:* Kontr. Blutzuckerspiegel während 1. Therapiemonat. Enthält Lactose. **Wechselwirkungen:** *Kontraindiziert:* Aliskiren, extrakorp. Beh. *Nicht empf.:* Estramustin, mTOR-Inhibitoren (z.B. Sirolimus, Everolimus, Temsirolimus), kaliumspar. Diuretika (z.B. Triamteren, Amilorid), Kalium(salze), Lithium, Dantrolen (Infusion). *Bes. Vorsicht:* Antidiabetika (Insulin, orale hypoglyk. AM), Baclofen, nicht-kaliumspar. Diuretika, kaliumspar. Diuretika (Eplerenon, Spironolacton), NSAR inkl. ASS ≥3 g/Tag, CYP3A4-Ind., CYP3A4-Inhib. *Gewisse Vorsicht:* Antihypertensiva (wie z.B. Betablocker) u. Vasodilat., Gliptine (Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin), trizykl. Antidepressiva, Antipsychotika, Anästhetika, Sympathomim., Kortikoide, Tetracosactid, Alphablocker (Prazosin, Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin, Terazosin), Amifostin, Gold, Grapefruit, Tacrolimus, Ciclosporin. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Anw. im 1. Schwangerschaftstrimester u. währ. Stillzeit nicht empf. Anwendung während 2. u. 3. Schwangerschaftstrimesters kontraind. **Fertilität:** Revers. biochem. Veränd. d. Spermatozoen b. einigen m. CCB behandl. Pat. **Verkehrstüchtigkeit und Bedienen von Maschinen:** Kann bei Schwindel, Kopfschmerzen, Ermüdung, Abgeschlagenheit o. Übelkeit beeinträchtigt sein. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Ödeme. *Häufig:* Benommenheit, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit (v.a. zu Behandlungsbeginn), Geschmacksstörungen, Parästhesie, Sehstörungen, Diplopie, Tinnitus, Vertigo, Palpitationen, Flush, Hypotonie (u. Folgeerscheinungen einer Hypotonie), Husten, Dyspnoe, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie, Diarrhö, Verstopfung, veränderte Darmentleerungsgewohnheiten, Ausschlag, Exanthem, Pruritus, Gelenkschwellungen (Knöchelschwellungen), Muskelkrämpfe, periphere Ödeme, Ermüdung, Asthenie. *Gelegentlich:* Rhinitis, Eosinophilie, Überempfindlichkeit, Hyperkaliämie, Hyperglykämie, Hyponatriämie, Hypoglykämie, Stimmungsschwankungen (einschl. Angst), Schlaflosigkeit, Depression, Schlafstörungen, Synkope, Hypästhesie, Tremor, Tachykardie, Arrhythmie (einschl. Bradykardie, ventrikulärer Tachykardie u. Vorhofflimmern), Vaskulitis, Bronchospasmen, Mundtrockenheit, Schwitzen, Alopezie, Purpura, Hautverfärbung, Pemphigoid, Angioödem des Gesichts, der Gliedmaßen, Lippen, Schleimhäute, Zunge, Glottis und/oder des Kehlkopfes, Urtikaria, Lichtempfindlichkeitsreaktionen, Erythema multiforme, Rückenschmerzen, Arthralgie, Myalgie, Störungen beim Wasserlassen, Nykturie, Pollakisurie, Nierenversagen, erektile Dysfunktion, Gynäkomastie, Thoraxschmerzen, Unwohlsein, Schmerzen, Gewicht erhöht, Gewicht erniedrigt, Blutharnstoff erhöht, Kreatinin im Blut erhöht, Leberenzymwerte erhöht. *Sehr selten:* Leukopenie/ Neutropenie, Agranulozytose o. Panzytopenie, Thrombozytopenie, hämolytische Anämie b. Pat. mit kongenitalem G6PD-Mangel, Hypertonie, periphere Neuropathie, zerebrovaskulärer Insult, Angina pectoris, Myokardinfarkt (beides mögl. als Folgeerscheinung einer übermäßigen Hypotonie b. Hochrisikopat.), eosinophile Pneumonie, Gingivahyperplasie, Pankreatitis, Gastritis, Ikterus, Hepatitis, entweder zytolytisch o. cholestatisch, Quincke-Ödem, SJS, exfoliative Dermatitis, akutes Nierenversagen, Hämoglobin u. Hämatokrit erniedrigt. *Unbekannt:* Syndrom einer unangemessenen antidiuretischen Hormonsekretion (SIADH), extrapyramidale Stör. (extrapyr. Syndrom). Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Les Laboratoires Servier; 50, rue Carnot; 92284 Suresnes cedex, Frankreich Örtlicher Vertreter: Servier Deutschland GmbH, Elsenheimerstr. 53, D-80687 München, Tel: +49 (0)89 57095 01. Stand: Februar 2017

SERVIER

Patientenlenkung an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär

ÄNGie-Vertreter treffen regelmäßig am Runden Tisch mit Vertretern der regionalen Krankenhäuser zusammen. Bei den letzten Sitzungen waren sich die Teilnehmer einig, dass es wünschenswert wäre, ein Modell der Patientensteuerung zu entwickeln und damit beispielsweise die Notfallambulanzen für tatsächliche Notfälle freizuhalten. Es wurde dabei die Einrichtung einer Arbeitsgruppe angeregt, die sich 2-3 Mal im Jahr treffen und u. a. Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation suchen, klare Strukturen schaffen und Ansprechpartner definieren soll.
Am 22. Februar 2017 kam die Arbeitsgruppe, bestehend aus niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Verantwortlichen aus den Notfallambulanzen der Krankenhäuser im Kreis, zum ersten Mal zusammen.
Es kam zu einer angeregten Diskussion, in der unterschiedliche Problempunkte aufgegriffen wurden. Die Klinikärzte klagten über eine wachsende Zahl von Patienten, die sie zu Unzeiten (abends, nachts, Wochenende, Brücken-/Feiertage) behandeln müssten: Immer mehr Patienten suchten die Kliniken ohne vorherige Konsultation des Ärztlichen Notdienstes oder ihrer behandelnden Hausärzte auf und blockierten mit Bagatellerkrankungen das System.
Die Anwesenden berichteten darüber hinaus, dass sich Patienten über Probleme bei der Erreichbarkeit der Telefonnummer 116 117 und die häufig langen Wartezeiten in den Bereitschaftspraxen und Notfallambulanzen beklagten und teilweise bereits aus dem Wartebereich heraus Beschwerden einreichten.

Die Arbeitsgruppe einigte sich zunächst auf zwei wesentliche Punkte: Zum einen soll Aufklärungsarbeit in der Presse und in den Arztpraxen geleistet und auf die unterschiedlichen Aufgaben von ÄBD und Notfallambulanz sowie – da viele Patienten angeben, keinen Hausarzt zu besitzen – die Sinnhaftigkeit einer hausärztlichen Behandlung hingewiesen werden. Zum anderen ist die Einladung eines Vertreters der Kassenärztlichen Vereinigung zu einem der nächsten Arbeitskreistreffen geplant.

GHA Plattform zum Erfahrungsaustausch

Genossenschaft Hessischer Anästhesisten eG

Als Gruppe der niedergelassenen Anästhesisten wahrgenommen zu werden und Einfluss auf Entscheidungen in den Berufsverbänden und politischen Gremien zu bekommen, das ist das Ziel der Genossenschaft Hessischer Anästhesisten (GHA). Die 2007 gegründete Genossenschaft bietet Kolleginnen und Kollegen eine Plattform zum fachlichen und persönlichen Erfahrungsaustausch. Sie ist Ansprechpartner bei Problemen, eröffnet operativ tätigen Kollegen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Anästhesisten und bietet Hilfe bei kurz- bzw. langfristigen anästhesiologischen Vertretungen.
Hervorzuheben ist das jährlich stattfindende Forum für ambulante Anästhesie in Marburg (FAAM). Die zunächst eintägige Veranstaltung mit Vorträgen, die besonders für niedergelassene Anästhesisten ausgewählt wurden, hat sich inzwischen zu einer über Hessen hinaus bekannten zweitägigen Veranstaltung mit Workshops entwickelt. Neben der fachlichen Weiterbildung besteht an diesen Tagen die Möglichkeit des kollegialen Austauschs.
Weiterhin ist die GHA in ständigem Kontakt mit anderen ärztlichen Interessenvertretungen. Durch die Mitgliedschaft im Anästhesienetz Deutschland (AND) mit Sitz in Berlin findet ein reger Austausch zu sieben weiteren Zusammenschlüssen niedergelassener Anästhesisten aus anderen Bundesländern statt. Somit ist die GHA zu allen Themen aktuell informiert und berufspolitisch bundesweit vertreten.
Über die Mitgliedschaft im AND besteht für Mitglieder der GHA die Möglichkeit einer kostenlosen Unfallversicherung und einer einmaligen kostenfreien Rechtsberatung.
Persönliches Kennenlernen ist möglich beim jährlichen Betriebsausflug, der 2017 aus Anlass des zehnjährigen Bestehens der GHA nach Bonn ins Anästhesiemuseum führen wird.
Eine Interessenvertretung ist umso stärker, je größer die Mitgliederzahl ist. Deshalb freuen wir uns über jedes neue Mitglied.

Genossenschaft Hessischer Anästhesisten eG
Lerchenweg 2 | 35094 Lahntal
→ anaesthesie-hessen.de
Kontaktbüro: Andrea Sandin | Fritzlarer Straße 14 | **34632 Jesberg** ✆ 06695-9110032 | Mobil: 0151 62946629
🖷 06695-919017 | E-Mail: andrea.sandin@t-online.de

GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt/Main

Qualitätsmanagement für Netzmitglieder

Das Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG bietet seinen Netzmitgliedern ein Qualitätsmanagement (QM) für seine Praxen an, wobei jede Praxis dort abgeholt wird, wo sie sich in ihrem jeweiligen QM befindet.

Ziele:

- Implementierung der gesetzlichen Mindestanforderungen in den Praxen
- Erfolgreiche Durchführung der Selbstbewertung auf Basis des Selbstbewertungsbogens der KBV
- Möglichkeit auf Basis des implementierten QM-Systems eine Erweiterung auf ein zertifizierbares QM-System in der Praxis aufzubauen
- Netzpraxen zum Austausch motivieren

Zum GNEF-Qualitätsmanagement werden sechs Workshops angeboten, in denen die Grundlagen zu den jeweiligen Workshop-Themen übermittelt, Einzel- und Gruppenarbeit in Bezug auf die eigene Praxis angeboten, Vorbereitungen zu den jeweiligen Aufgaben bis zum nächsten Workshop gegeben sowie die Vorstellung der gestellten Aufgaben mit Besprechung und Hilfestellung im Teilnehmerkreis angeboten werden.

Am Ende der Workshop-Reihe hat jede Praxis ihr individuelles Qualitätsmanagement nach den gesetzlichen Mindestanforderungen und dem Stand der neusten QM-Richtlinien fertig erstellt.
Die Teilnehmer werden mit einen QM-Ordner der GNEF, in dem sich die Vorlagen der QM-Dokumentation befinden, sowie einer Vorlagen-CD zur Bearbeitung in den Praxen ausgestattet.

GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG
Schleusenweg 22 | 60528 Frankfurt am Main
✆ 069-25788008 | 🖷 069-25788009 | info@gnef.de
→ www@gnef.de

piano Praeventions- und Innovations-Aerztenetz Nassau-Oranien eG

als viertes Netz in Hessen anerkannt

Die Basisstufe ist geschafft: Die KV Hessen hat PIANO eG am 17. Mai 2017 als „förderungswürdiges Praxisnetz“ anerkannt. Ein Schritt in die richtige Richtung, denn PIANO stellt – wie andere Netze auch – viel auf die Beine und hat eine solche Anerkennung verdient.
Im Januar 2016 hatte PIANO den Anerkennungsantrag nach den Vorgaben der KV Hessen gestellt. In den folgenden fast eineinhalb Jahren mussten jede Menge Formulare und Unterlagen für den Antrag zusammengestellt werden, es gab Nachforderungen seitens der KV, denen man nachkommen musste, und viele Telefonate mit dem Team Bedarfsprüfung/Sicherstellung der KV.

Nun ist ein wichtiges Ziel erreicht. Vielen Dank an Hessenmed und Frau Bleul für die Unterstützung bei der Antragstellung!
Bettina Spriestersbach-Möhler
Leiterin der PIANO eG-Geschäftsstelle

Praeventions- und Innovations-Aerztenetz
Nassau-Oranien eG
Offheimer Weg 46a | 65549 Limburg an der Lahn |
✆ 06431-590998-0 | Mobil: 0151-51932718 |
🖷 06431-590998-59 | b.spriestersbach@pianoeg.de
→ pianoeg.de

PriMa-Studientag ein voller Erfolg

Die Ärztegenossenschaft PriMa e.G. bündelt die Interessen von über 80 Prozent der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in der Region Marburg-Biedenkopf. Die Genossenschaft unterstützt die weitere Verbreitung und Vertiefung dv-gestützter Anwendungen bei ihren Mitgliedern. Damit wird die immer wichtiger werdende Vernetzung in der medizinischen Versorgung gefördert. Allerdings sind damit auch neue Risiken verbunden, deren Beherrschung beim diesjährigen Studientag der PriMa besondere Beachtung fand.
Der PriMa-Vorstand konnte zu seinem 9. Studientag am 25. März im Erwin-Piscator-Haus/Stadthalle Marburg rund 140 Mitglieder von inzwischen etwa 300 Mitgliedern begrüßen. Von 9:00 bis 15:00 Uhr beschäftigten sich die PriMa Haus- und Fachärzte diesmal nicht nur mit den neuesten medizinischen Erkenntnissen und Therapiekonzepten bei diversen Krankheitsbildern, sondern auch mit Fragen der Vernetzung von Arztpraxen, der IT- und Datensicherheit in der Praxis sowie der Unterstützung durch den Computer bei der Diagnosefindung. Praktiker aus der Rechtsberatung, der Informationstechnologie und dem Versicherungswesen referierten über die aktuelle Rechtsprechung zum Datenschutz sowie zur Pflege und Wartung der IT-Anlagen in der Arztpraxis und gaben Tipps für die niedergelassenen Ärzte.

Verschiedene Firmen informierten über neueste Entwicklungen bei der Diagnosefindung und neue therapeutische Ansätze, insbesondere bei den sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes, COPD und Asthma sowie kardiologischen Erkrankungen. Für die Praxisteams wurde auch diesmal ein Reanimationskurs angeboten. Nicht zuletzt boten die Vortragspausen Gelegenheit zum gegenseitigen besseren Kennenlernen und zum fachlichen Austausch.

PriMa FÜR IHRE GESUNDHEIT

Praxistestament: Ordner für den Notfall

PriMa steht für Prävention in Marburg – nach dem Selbstverständnis von Vorstand und Aufsichtsrat gilt das nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für alle Mitglieder der Genossenschaft PriMa. Der erste Satz in der Präambel der PriMa-Satzung lautet dann auch: „Die Genossenschaft PriMa eG beruht auf dem Gedanken der solidarischen Berufsausübung und organisierter Selbsthilfe im Gesundheitswesen“ – und als ein Ziel der PriMa wird die „Stärkung der freien und finanziell gesicherten Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte“ genannt.

Der Vorstand der PriMa hat sich mit dem Thema „Praxistestament“ befasst, um PriMa-Mitgliedern Hinweise zu geben, sich und die Familie präventiv für den Fall unerwarteter schwerer Krankheit oder den Todesfall rechtlich und finanziell abzusichern.

Der PriMa-Vorstand hat dazu Ende 2016 in Zusammenarbeit mit Spezialisten einen Ringbuchordner entwickelt, in den ein Praxisinhaber neben persönlichen Daten und Angaben für den Notfall, etwa hinsichtlich eines Praxisbevollmächtigten, wichtige Daten, wie Praxisverträge, Versicherungspolicen, Bankverbindungen, Miet-, Pacht- und Leasingverträge, Schlüsselverzeichnisse und private Urkunden, Verträge und ein Testament ablegen und Verfügungen treffen kann. Nicht zuletzt wurden die Wirkung und Unverzichtbarkeit einer Unternehmer-Vollmacht für den niedergelassenen Arzt und die Besonderheiten bei Gemeinschaftspraxen, wenn ein Kollege dauerhaft ausfällt, thematisiert und geeignete Vorsorgeregelungen beschrieben und erläutert. Der Ordner steht allen PriMa-Mitgliedern zur Verfügung.

Die einzelnen Punkte wurden sorgfältig recherchiert, eine Fortschreibung ist jederzeit möglich. Auch gibt es weitergehende Hinweise zur Möglichkeit der Hinterlegung von Unterlagen, ggf. auch in elektronischer Form, und Tipps, mit welchen Angelegenheiten Rechtsanwälte und Notare befasst werden sollten.
Der Ringbuchordner kann bei der PriMa von hessenmed-Mitgliedern gegen eine Schutzgebühr von 20 € angefordert werden.
Vorsitzender des Vorstandes: Dr. med. Hartmut Hesse
Geschäftsführer: Dr. rer. pol. Hans-Joachim Conrad

PriMa e.G.
Deutschhausstraße 19a | 35037 Marburg
✆ 06421-590998-0 | 🖷 06421-590998-26
info@prima-eg.de | → prima-eg.de

1. Rychlik R, Kreimendahl F: Incremental innovation in asthma/COPD management. 7th IPCRG World Conference 2014, Athen, Abstract ORLB-003, http://www.theipcrg.org/download/attachments/12386428/ORLB-003.pdf?version=1&modifi cationDate=1399911883000&api=v2. Letzter Zugriff: 17.01.2017.
2. Plusa T, Bijoš P: Features of an ideal inhaler in testing a new inhaler device. Int Rev Allergol Clin Immunol Family Med 2015; 21(1):21–24.

Aerivio® Spiromax® 50 Mikrogramm/500 Mikrogramm Pulver zur Inhalation
Zusammensetzung: Jede abgemessene Dosis enth. 50 Mikrogramm Salmeterol (als Salmeterolxinafoat) und 500 Mikrogramm Fluticason-17-propionat. Jede abgegebene Dosis (die über das Mundstück abgegebene Dosis) enth. 45 Mikrogramm Salmeterol (als Salmeterolxinafoat) und 465 Mikrogramm Fluticason-17-propionat. **Sonst. Bestandt.:** Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Aerivio Spiromax ist angezeigt zur Anwendung bei Erw. ab 18 J. Asthma: zur regelm. Behandl. von Pat. mit schwerem Asthma, bei denen die Anwendung eines Kombinationspräparates (inhalatives Kortikosteroid und langwirksamer β_2-Agonist) angezeigt ist: Pat., die mit einem Kortikosteroid-haltigen Kombinationspräparat geringerer Stärke nicht ausr. eingestellt sind od. Pat., die mit einem hoch dosierten inhalativen Kortikosteroid und einem langwirksamen β_2-Agonisten ausr. eingestellt sind. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD): Aerivio Spiromax ist angezeigt für die symptomatische Behandl. von Pat. mit COPD mit einem FEV_1 < 60 % des Normwertes (vor Anwendung eines Bronchodilatators) und wiederholt aufgetretenen Exazerbationen in der Vorgeschichte, die trotz regelm. bronchienerweiternder Therapie signifikante Symptome aufweisen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. die Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestandt. **Warnhinw.:** AM enth. Lactose! **Schwangerschaft/Stillzeit:** Währ. Schwangerschaft Anwendung nur in Betracht ziehen, wenn Nutzen für die Mutter größer ist als jedwedes mögl. Risiko für den Fötus. Nutzen-Risiko-Abwägung in der Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Candidiasis im Mund- und Rachenraum, Pneumonie (bei Pat. mit COPD), Bronchitis, ösophageale Candidiasis. Überempfindlichkeitsreaktionen mit den folgenden Erscheinungen: Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, Angioödem (überwiegend faziales und oropharyngeales Ödem), Atembeschwerden (Dyspnoe), Atembeschwerden (Bronchospasmus), anaphylaktische Reaktionen einschl. anaphylaktischer Schock. Cushing-Syndrom, cushingoide Erscheinungen, Nebennierensuppression, Wachstumsverzögerung bei Kdrn. und Jugendl., Vermind. der Knochendichte. Hypokaliämie, Hyperglykämie. Angst, Schlafstör., Verhaltensänd., einschl. psychomotorischer Hyperaktivität und Reizbarkeit (überwiegend bei Kdrn.), Depression, Aggression (überwiegend bei Kdrn.). Kopfschmerzen, Tremor. Katarakt, Glaukom. Palpitationen, Tachykardie, kardiale Arrhythmien (einschl. supraventrikuläre Tachykardie und Extrasystolen), Vorhofflimmern, Angina pectoris. Nasopharyngitis, Irritation der Rachenschleimhaut, Heiserkeit/Dysphonie, Sinusitis, paradoxer Bronchospasmus. Blutergüsse. Muskelkrämpfe, traumatische Frakturen, Arthralgie, Myalgie. **Dosierung:** Die Pat. sollten darauf hingewiesen werden, dass Aerivio Spiromax für den optimalen Behandlungserfolg tgl. angewendet werden muss, auch wenn sie symptomfrei sind. Erw. ab 18 J.: Zweimal tgl. eine Inhalation mit 50 Mikrogramm Salmeterol und 500 Mikrogramm Fluticasonpropionat. **Verschreibungspflichtig. Stand:** August 2016. **Zulassungsinhaber:** Teva B.V., Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Niederlande.

DuoResp® Spiromax® 160 Mikrogramm/4,5 Mikrogramm Pulver zur Inhalation
DuoResp® Spiromax® 320 Mikrogramm/9 Mikrogramm Pulver zur Inhalation
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede abgegebene Dosis (die Dosis, die das Mundstück des Spiromax verlässt) enth. 160 Mikrogramm; 320 Mikrogramm Budesonid und 4,5 Mikrogramm; 9 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.). Dies entspr. einer abgemessenen Dosis von 200 Mikrogramm; 400 Mikrogramm Budesonid und 6 Mikrogramm; 12 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.). **Sonst. Bestandt.:** Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Erw. ab 18 J.: Asthma: Regelm. Behandl. von Asthma, wenn die Anwendung eines inhalativen Kortikosteroids und eines lang wirksamen β_2-Adrenozeptor-Agonisten in Komb. angezeigt ist: bei Pat., die mit inhalativen Kortikosteroiden und kurz wirksamen β_2-Adrenozeptor- Agonisten zur bedarfsw. Inhalation nicht ausr. eingestellt sind od. bei Pat., die bereits mit inhalativen Kortikosteroiden und lang wirksamen β_2-Adrenozeptor-Agonisten in Komb. ausr. eingestellt sind. COPD: Symptomatische Behandl. von Pat. mit schwerer COPD (FEV_1 < 50 % des vorhergesagten Normwertes) und wiederholten Exazerbationen in der Vorgeschichte, die trotz einer regelmäßigen Therapie mit lang wirksamen Bronchodilatatoren erhebl. Symptome aufweisen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. die Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestandt. **Warnhinw.:** AM enth. Lactose! **Schwangerschaft/Stillzeit:** Nutzen-Risiko-Abwägung. **Nebenwirkungen:** Candida-Infektionen des Oropharynx, Pneumonie (bei COPD-Pat.). Sofortige und verzögerte Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. Exanthem, Urtikaria, Pruritus, Dermatitis, Angioödem und anaphylaktische Reaktion. Cushing-Syndrom, Nebennierensuppression, Wachstumsverzögerung, Verring. der Knochendichte. Hypokaliämie, Hyperglykämie. Aggression, psychomotorische Hyperaktivität, Angst, Schlafstör., Depression, Verhaltensänd. (vorrangig bei Kdrn). Kopfschmerzen, Tremor, Schwindel, Geschmacksstör. Katarakt und Glaukom. Palpitationen, Tachykardie, Herzrhythmusstör., z. B. Vorhofflimmern, supraventrikuläre Tachykardie, Extrasystolen, Angina pectoris, QTc-Intervall-Verläng. Blutdruckschwankungen. Leichte Reizungen im Rachen, Husten, Heiserkeit, Bronchospasmus, paradoxer Bronchospasmus. Übelkeit. Blutergüsse. Muskelkrämpfe. Beschreibung ausgewählter NW: Erhöhte Anfälligkeit für Infektionen und Beeinträchtigung der Anpassung an Stresssituationen. Erhöhte Konz. von Insulin, freien Fettsäuren, Glycerol und Ketonkörpern im Blut. **Wechselwirkungen**: Starke CYP3A4-Hemmer (z. B. Ketoconazol, Itraconazol, Voriconazol, Posaconazol, Clarithromycin, Telithromycin, Nefazodon und HIV-Proteasehemmer), Beta-adrenerge Blocker (inkl. Augentr.), Chinidin, Disopyramid, Procainamid, Phenothiazinen, Antihistaminika (Terfenadin), Monoaminoxidase-Hemmern und trizyklische Antidepressiva, L-Dopa, L-Thyroxin, Oxytocin und Alkohol, MAO-Hemmer, Anästhetika mit halogenierten Kohlenwasserstoffen, and. Beta-adrenerge und anticholinerge AM, Digitalisglykoside. **Dosierung:** Erw. (ab 18 J.): Asthma: Erhaltungsdosis: 1–2 Inhalation(en) bzw. 1 Inhalation je nach Stärke zweimal tgl. Bei manchen Pat. können bis zu max. 4 Inhalationen bzw. 2 Inhalationen zweimal tgl. erforderl. sein. DuoResp Spiromax 320 Mikrogramm/9,0 Mikrogramm sollte ausschl. als Erhaltungstherapie angewendet werden. Erhaltungs- und Bedarfsdosis (Spiromax 160 Mikrogramm / 4,5 Mikrogramm): Entspr. den Symptomen 1 zusätzl. Inhalation zur Erhaltungsdosis nach Bedarf anwenden. Zu einem Anwendungszeitpunkt dürfen nicht mehr als 6 Inhalationen angewendet werden. Normalerweise ist eine tgl. Gesamtdosis von mehr als 8 Inhalationen nicht notwendig. Für einen begrenzten Zeitraum können jedoch auch bis zu 12 Inhalationen tgl. angewendet werden. COPD: 2 Inhalationen bzw. 1 Inhalation zweimal tgl. **Verschreibungspflichtig**. **Stand:** Juli 2016. **Zulassungsinhaber:** Teva B.V., Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Niederlande.

Blutzuckermesssysteme fördern Therapietreue

Wussten Sie, dass mehr als die Hälfte der insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes Typ-2 nichts unternehmen, wenn ihre Blutzuckerwerte hoch oder niedrig sind? Mithilfe der OneTouch® Blutzuckermesssysteme mit 3-farbiger Bereichsanzeige können Sie Ihre Patienten ermutigen, einen aktiven Einfluss auf ihre Therapietreue zu nehmen.

Bewährte 3-farbige Bereichsanzeige für mehr Therapietreue

Hoher Patientenkomfort und Sicherheit stehen beim OneTouch Select Plus Flex™ im Vordergrund. Dazu gehört eine einfache Interpretation der Messwerte. Die bewährte 3-farbige Bereichsanzeige des neuen OneTouch Select Plus Flex™ zeigt auf einen Blick, ob die Messwerte innerhalb der Bereichsgrenzen liegen: Sie legen mit Ihren Patienten die oberen und unteren Bereichsgrenzen fest. Ein Prinzip, das ankommt, Insulinpatienten bestätigten, dass sie ihre Blutzuckermessergebnisse dank 3-farbiger Bereichsanzeige einfacher interpretieren und einordnen konnten als ohne 3-farbige Bereichsanzeige. Sichern Sie sich die Therapietreue Ihrer Patienten mit dem neuen OneTouch Select Plus Flex™.

Das erste OneTouch® Blutzuckermesssystem mit Bluetooth-Konnektivität im wirtschaftlichen Preissegment

Als erstes OneTouch Blutzuckermesssystem im wirtschaftlichen Preis-Segment ermöglicht der OneTouch Select Plus Flex™ eine einfache Übertragung der Messwerte auf ein mobiles Endgerät via Bluetooth. Die Kompatibilität mit der OneTouch Reveal® App automatisiert das Tagebuchführen Ihrer Patienten durch ein Online-Tagebuch, ermöglicht die automatische Organisation der Werte über einen Zeitraum von bis zu 90 Tagen, zeigt Trends und Vergleichswerte. Durch die Erinnerungsfunktion behalten Ihre Patienten stets den Überblick und ergreifen selbstständig die richtigen Maßnahmen zur rechten Zeit. Durch die Option des E-Mail-Versands der Patienten-Messdaten haben Sie bei Bedarf sofort alle Informationen Ihres Patienten vorliegen und können den Therapieverlauf zuverlässig, schnell und sicher kontrollieren.

Wirtschaftliche Teststreifen

Die zugehörigen OneTouch Select Plus®Teststreifen unterstützen Sie bei der wirtschaftlichen Verordnungsweise: Der Teststreifen ist bei Ersatzkassen in der wirtschaftlichen Preiskategorie B bzw. bei der Barmer in der Spezialpreiskategorie 1 gelistet. Auch bei der AOK Hessen ist der OneTouch Select Plus® Teststreifen eine wirtschaftliche Alternative für die Versorgung aller insulinpflichtigen Patienten.

Bestellmöglichkeit

Mit dem neuen OneTouch® Messsystem können Sie Patienten ermutigen, einen aktiven Einfluss auf ihre Therapietreue zu nehmen. Empfehlen Sie den neuen OneTouch Select Plus Flex™ und bringen Sie Ihre Patienten in den grünen Bereich. Das neue Blutzuckermessgerät ist über die Website www.onetouch.de oder den OneTouch® Kundenservice unter 0800 70 77 007 (Mo.-Fr. 08:00-17:00 Uhr) erhältlich. Die OneTouch Reveal® Mobile App kann kostenfrei im App-Store oder Play-Store heruntergeladen werden.

Hier ist Platz für Ihre Botschaft!

hessenmed e. V. | Gerloser Weg 20 | 36039 Fulda | 0661-242777 | info@hessenmed.de

ETL | ADVISA Mittelhessen
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Meine Spezialisierung ist Ihr Erfolg!

Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH)

Vertrauen Sie unserer mehr als 10-jährigen Erfahrung
und unserem zertifizierten Fachwissen:

- **Spezialisierte steuerliche Beratung**
- **Praxisgründungsberatung**
- **Begleitung bei Praxiskäufen und -verkäufen**
- **Erstellung von Praxisbewertungen**
- **Erstellung von Standortanalysen**
- **Investitions- und Expansionsplanung**
- **Umsatz- und Ertragsplanung mit Liquiditätsanalyse**
- **Zusammenarbeit mit Fachanwälten für Medizinrecht**
- **Beratung zum Krisenmanagement im Erbfall**
- **Fachspezifische betriebswirtschaftliche Auswertung**

ETL ADVISA Mittelhessen GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Beratungsstelle Gladenbach
Markstraße 13 · 35075 Gladenbach
Telefon: (06462) 917 20
post@etl-mittelhessen.de
www.etl-mittelhessen.de

ETL | Qualitätskanzlei
Ein Unternehmen der ETL-Gruppe