hessenmed : MAGAZIN

Verbund hessischer Ärztenetze 2021

Quo vadis Niedergelassene?

Ärztenetze: zertifiziertes Erfolgsmodell

Gesundheitspolitik im Wahljahr

Keine Wertschätzung für Niedergelassene?

hessenmed

GNN e.V. – Gesundheitsnetz Nordhessen
Goethestr. 70 · 34119 Kassel
Tel.: 0561-77 38 82 · Fax: 0561-77 38 82
E-Mail: info@g-n-n.de · www.g-n-n.de

PriMa eG – Prävention in Marburg
Zu den Sandbeeten 5 · 35043 Marburg
Tel.: 06421-590 998-0 · Fax: 06421-590 998-26
E-Mail: info@prima-eg.de · www.prima-eg.de

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

GPS e.V. – Gesundheit – Prävention – Schulung Mittelhessen
Neue Mitte 10 · 35415 Pohlheim
Tel.: 06403-97 72 80 · Fax: 06403-9 77 28 28
E-Mail: kontakt@gpsev.de
www.gpsev.de

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

SMQ e. V. – Sachsenhäuser Medizinisches Qualitätsnetz
Offenbacher Landstr. 350 · 60599 Frankfurt
Tel.: 069-65 18 87 · Fax: 069-65 65 88
E-Mail: drfreise@web.de

Ärztenetz Rhein-Main e.V. - Ärzte mit Zukunft
Schulstr. 70 · 65474 Bischofsheim
foerdervereinaerztenetzrhein-main@gmx.de
www.aerztemitzukunft.de

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

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

GALA e.V.
Gaußstraße 25 · 68623 Lampertheim
Tel.: 06206-9 51 17 84 · Fax: 06206-9 51 17 78
E-Mail: sekretariat@gala-lampertheim.de
Internet: www.gala-lampertheim.de

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

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

ÄNGie e.V. – Ärztenetz Kreis Gießen
Postfach 100107 · 35331 Gießen
Tel.: 0176 618 33583 · Fax: 0322-39 55 40
E-Mail: info@aengie.net · www.aengie.net

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

Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried e.V.
Ludwigstr. 26 · 64584 Biebesheim
Tel.: 06258-8 19 22
E-Mail: aeqrsekretariat@gmail.com
www.aerzte-im-ried.de

Praxisnetz Hochtaunus e. V.
Kisseleffstr. 45 · 61348 Bad Homburg
Tel.: 06172-265 45 50 · Fax: 06172 265 4551
E-Mail: info@pnht.de
www.praxisnetzhochtaunus.de

Inhalt

„Mit einer Stimme sprechen“ 5

Ärztenetze – zertifiziertes Erfolgsmodell 6

Vor- und Nachteile eines Beitritts 12

Gesundheitspolitik im Wahljahr:
Was wollen die Parteien? 15

Grüne Gesundheitsregionen:
Gut gemeint, aber auch gut? 16

Dein-Sternenkind 18

Interview mit Dr. Thomas Sitte:
„Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ 19

Erfahrungen als Gesellschafter
eines Corona-Impfzentrums 21

Faktencheck mRNA-Impfstoffe 23

PriMa: Mehr Lebensqualität für
Patienten mit Herzinsuffizienz 24

GNEF: Versorgungsprojekt für demenzkranke Patienten 26

HUeG: Vergütung der Hygienekosten unangemessen 27

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: Rosemarie Wagner, Bad Camberg (Piano eG), Dr. Ortwin Schuchardt, Marburg (Ärztenetz PriMa), Dr. Thomas Sitte, Fulda (GNO eG)
Redaktion: Gabriele Bleul
Registergericht: Amtsgericht Fulda, VR 2269
Gestaltung: e-bildwerke + andere
Titelbild: damrong/stock.adobe.com
Anzeigen: hessenmed e.V., Tel.: 0661-24 27 77-0
Erscheinungsweise: 1-mal pro Jahr / Druckauflage: 8.400 Stück
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. Verantwortlich für die Artikelinhalte sind die zeichnenden Autoren, deren Meinung nicht zwingend die der Redaktion ist. Termin- und Adressangaben sind ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Weil Teamgeist unsere Stärke ist!

Die Vertrauensbank der Heilberufler

Weil uns mehr verbindet.

deutsche apotheker- und ärztebank

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gab es im letzten Jahr außer Corona eigentlich sonst noch etwas? Sicher, Donald Trump ist nicht mehr Präsident, aber die Pandemie hat doch alles überschattet. Das Pflegepersonal wurde beklatscht, der öffentliche Gesundheitsdienst aufgerüstet und über die Krankenhäuser ein Rettungsschirm gespannt. Und irgendwann ist ganz kurz mal aufgeblitzt, dass die Hauptarbeit bei der Bewältigung dieser Gesundheitskrise in der ambulanten Versorgung geleistet wird.

Wer aber gehofft hatte, dass diese Erkenntnis zu Verbesserungen für unsere tägliche Arbeit führen würde, sieht sich enttäuscht: Im anlaufenden Superwahljahr wird über permanente Förderungen der Krankenhäuser, die Schaffung von Gesundheitszentren und einen erneuten Corona-Bonus für die stationäre Pflege nachgedacht. Niedergelassene tauchen in der politischen Diskussion gar nicht auf, nicht einmal, wenn es um eine Beschleunigung der Corona-Impfungen geht. Nur bei weiteren Hygienevorschriften, Datenschutzauflagen und bei der Zwangsdigitalisierung werden wir großzügig bedacht – mit höheren Kosten und zunehmender Gängelung!

Rosemarie Wagner

Bevor Sie jetzt frustriert unser Magazin wieder aus der Hand legen: Der Weg mag lang und steinig sein, aber gemeinsam können wir etwas bewegen. Gerade in Zeiten wie diesen benötigt die Gesellschaft zur Krisenbewältigung Vertrauen – dieses Vertrauen bringen uns unsere Patientinnen und Patienten entgegen. Ihre Wertschätzung unserer Leistungen stärkt uns den Rücken, wenn wir über die Netze, aber auch in persönlichen Gesprächen den politisch Verantwortlichen die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer funktionierenden ambulanten Gesundheitsversorgung vor Augen führen.

Dr. Thomas Sitte

Dr. Ortwin Schuchardt

Lassen Sie es uns zusammen angehen!
Ihr Hessenmed-Vorstand

„Mit einer Stimme sprechen“

Als Dachverband hessischer Ärztenetze will Hessenmed der mangelnden Wertschätzung der niedergelassenen Praxen durch die Politik entgegenwirken.

Die Wertschätzung der Patienten für die niedergelassenen Ärzte ist unverändert hoch. Das ergab die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im vergangenen Jahr. Ein Ergebnis, das sich in der Bundespolitik nicht widerspiegele, kritisiert Hessenmed: An den Entscheidungen der Bundesregierung sei „eine vergleichsweise geringe Wertschätzung erkennbar“, so der Dachverband hessischer Ärztenetze.

„Niedergelassene Ärzte sind das Rückgrat und die Basis der Gesundheitsversorgung. Es gab während der Corona-Pandemie zwar Applaus für die Ärzte und Mitarbeiter auch in den niedergelassenen Praxen, aber Taten folgen leider nicht“, sagt Hessenmed-Vorstand Dr. Thomas Sitte. Die ungleiche Entwicklung gegenüber Krankenhäusern sehe man unter anderem seit Jahren an immer strenger werdenden Vorschriften.

„Kliniken erhalten zusätzlich zu den Erlösen aus ihrer Tätigkeit Gelder zur Finanzierung ihrer Infrastruktur und eine Corona-Sonderprämie, während die niedergelassenen Ärzte sämtliche Ausgaben und Investitionen von den Betriebserlösen bestreiten müssen. Man wundert sich nicht, warum immer mehr Praxen aufgeben“, so Dr. Sitte.

Ist dies politisch gewollt? Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV, die für niedergelassene Ärzte verantwortlich sind, sind Anstalten öffentlichen Rechts und können dadurch nur bedingt die Interessen der niedergelassenen Mediziner vertreten.

Hessenmed plädiert dafür, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte endlich mit einer Stimme sprechen. „Wir geben die Hoffnung nicht auf und werden auch mit unseren Ärztenetzen darum kämpfen, dass auch die Politik uns und unseren Mitarbeitern eines Tages die nötige Wertschätzung entgegenbringt und auch Taten folgen lässt“, so die Vorstandsvorsitzende von Hessenmed, Rosemarie Wagner.

ZERTIFIZIERTES ERFOLGSMODELL

Die Entfaltungsmöglichkeiten für Ärztenetze haben sich in den vergangenen Jahren verbessert

von Olaf Hillenbrand

In den vergangenen beiden Jahrzehnten hat sich die Anzahl der Ärztenetze verdoppelt. Rund 400 Netze mit etwa 30.000 Mitgliedern bereichern die deutsche Gesundheitslandschaft. In ihnen tauschen sich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten interdisziplinär miteinander aus, erweitern das Leistungsspektrum ihrer Praxen und verbessern die Qualität und Effizienz der Versorgung ihrer Patienten bei gleichzeitiger Bewahrung ihrer Selbstständigkeit. In Zielsetzung, Professionalisierungsgrad und Größe fallen die Netze unterschiedlich aus. Seit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes besteht für fortgeschrittene Netze die Möglichkeit der Zertifizierung durch die KVen und damit verbunden der finanziellen Förderung. So ist vorgezeichnet, dass die Zahl der Netze und deren Grad an Professionalisierung weiter ansteigt.

Ärztenetze sind Investitionen in bessere Versorgungsstrukturen

Der Bedarf an kooperativen Strukturen steigt in vielen Regionen an. Strukturwandel und Überalterung dünnen das Netz der niedergelassenen Ärzte gerade in ländlichen Regionen aus. Ärztinnen und Ärzte können vom Abschied ihres Einzelkämpferdaseins ebenso profitieren wie ihre Patientinnen und Patienten. Ohne Zweifel gibt es gute Gründe für die Etablierung von Kooperationsstrukturen in der regionalen Gesundheitsversorgung. Dennoch scheuen viele Mediziner davor zurück. Das Engagement über die eigene Praxis hinaus kostet zunächst Zeit, Mühe und natürlich Mitgliedsbeiträge. Und die Etablierung eines neuen Ärztenetzes ist ungleich schwieriger als der Beitritt zu einem bereits vorhandenen. Warum sollte man sich so etwas antun?

Netzgründung ist machbar

Ärztenetze sind oft eine direkte Reaktion auf konkrete Herausforderungen. Sie entstehen etwa, um die fachübergreifende Versorgung besser organisieren zu können oder um regionale Versorgungsengpässe zu überbrücken, um gemeinsame Interessen gegenüber Krankenkassen und der Politik zu bündeln, um die Marktposition der niedergelassenen Ärzte zu sichern, um neue Vertragsmöglichkeiten zu nutzen oder um bessere Einkaufsmöglichkeiten zu erhalten.

Angesichts des Erfolges etablierter Netze heißt es oft resignierend: „Wir brauchen

so etwas eigentlich auch in unserer Region“; gleichzeitig schrecken der zu erwartende Aufwand und die Hindernisse viele Ärztinnen und Ärzte von einer Neugründung ab. Dabei sei es auch heute möglich, ein Ärztenetz aufzubauen, so Hessenmed-Geschäftsführerin Gabriele Bleul, die selbst über langjährige Erfahrungen beim Netzaufbau verfügt. „Wenn der politische Wille da ist und eine entsprechende Finanzierung gesichert ist, lässt sich innerhalb von fünf Jahren in jedem Landkreis ein zertifiziertes Arztnetz verwirklichen.“

Entscheidend für den Erfolg eines Netzes, das mehr erreichen möchte als gelegentlichen Meinungsaustausch, ist die professionelle Organisation der Netzarbeit von Anfang an. Gründer, die ein Ärztenetz wie ein Liebhaberprojekt betreiben, geraten schnell in einen Zustand der Überforderung. Bleul hat Netze kommen und gehen sehen. Sie rät vehement dazu, die Erfahrungen anderer zu nutzen und von Anfang an nicht zu klein zu denken. „Ohne einen professionellen Geschäftsführer, eine vorfinanzierte Struktur und politische Strukturen, die das ermöglichen, bleiben die Möglichkeiten begrenzt.“

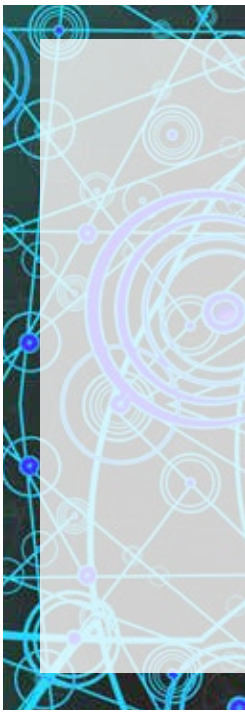
Beispiel ÄnGie

Wie rasch und erfolgreich ein Netzaufbau funktionieren kann, zeigt in Hessen beispielhaft ÄnGie, das Ärztenetz Gießen. Mit angestoßen vom Gesundheitsdezernenten des Landkreises und in der Anfangsphase konzeptionell begleitet von Hessenmed, gründete sich das Netz 2013. Wesentliches Gründungsziel war die dauerhafte Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum trotz absehbarer demografischer Probleme. Um gemeinsame Projekte zur Gesundheitsversorgung entwickeln zu können, benötigten die Lokalpolitiker einen starken, handlungsfähigen Ansprechpartner. Dies stieß sofort auf reges Interesse der niedergelassenen Ärzte. In den folgenden Jahren entwickelte sich eine bundesweit beachtete Kooperation zwischen dem Landkreis und dem Ärztenetz. Nur fünf Jahre nach seiner Gründung wurde ÄnGie am 10. Oktober 2018 als eines von bisher sechs hessischen Netzen zertifiziert.

Kampf um Förderung: Wo stehen Ärztenetze heute?

Bezogen auf Anzahl, Netzinfrastrukturen und die Handlungsmöglichkeiten der Ärztenetze Anfang 2021 kann man das vergangene Jahrzehnt als Epoche des Aufstiegs und des Bedeutungsgewinns bezeichnen. Vieles, wofür sich die Netze jahrelang einsetzten, ist heute zur politischen Realität geworden. Ein gerader Weg ist dies freilich nicht gewesen. Durchbrüche und Rückschläge wechselten sich miteinander ab und neben erfolgreichen Modellprojekten in einzelnen Bundesländern und Regionen gab und gibt es immer auch das Scheitern einzelner Netze.

Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen



Dass die Ärztenetze das Gesundheitssystem dort bereichern konnten, wo konkrete regionale Aufgabenstellungen vorlagen, wussten in den vergangenen Jahren immer mehr gesundheitspolitische Akteure zu würdigen. Lange hatten sie sich jedoch taub gestellt, wenn es darum ging, die Netze darin zu unterstützen, sich professioneller aufzustellen. Dies änderte sich in Etappen:

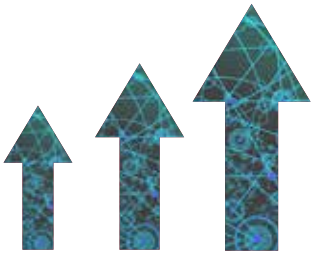
- Im 2012 erlassenen Versorgungsstrukturgesetz wurden Ärztenetze erstmals erwähnt – und ihnen wurde die Möglichkeit einer Förderung durch Zuweisung eines eigenen Honorarvolumens eingeräumt.

- Ein Jahr später erließ die KBV eine Rahmenvorlage, die die heute noch gültigen Kriterien und die drei Anerkennungsstufen für fortgeschrittene Ärztenetze festlegte. Da die meisten KVen diesem Vorhaben reserviert gegenüberstanden und keine Anstalten machten, Mittel aus der MGV zuzuweisen, erwies sich die Rahmenvorlage in den meisten Bundesländern zunächst als Papiertiger.

- 2015 änderte sich das. Im Versorgungsstärkungsgesetz strich die Bundesregierung unter anderem die Kann-Regelungen bei der Förderung fortgeschrittener Ärztenetze und setzte den KVen eine Frist zur Umsetzung der Zertifizierung und der damit verbundenen Netzförderung bis zum 23. Oktober des Jahres.

2019 verlieh die aktuelle Bundesregierung ihrer Wertschätzung für die Arbeit der Netze Ausdruck, indem sie eine jahrelang von den Netzen vorgetragene politische Forderung umsetzte: Im Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) verankerte sie in § 95, dass zertifizierte Arzt- und Praxisnetze berechtigt sind, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Der Pferdefuß: „verlieren diese Netze ihre Zertifizierung, darf auch das MVZ nicht mehr weiterbetrieben werden".

Anzahl der anerkannten Netze steigt



Die Voraussetzungen für eine Anerkennung entsprechen der KBV-Rahmenvorgabe und sind bundesweit gleich. Anfang 2021 waren 81 Ärztenetze in Deutschland nach § 87b SGB V von einer der 17 KVen zertifiziert, die meisten in der sogenannten Basisstufe. Dazu müssen sie geeignete Managementstrukturen vorweisen und dauerhaft drei Versorgungsziele erfüllen (Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung, verbesserte Effizienz). Für diese Netze sieht der Gesetzgeber „gesonderte Vergütungsregeln" vor. 26 Netze erfüllen die höheren Anforderungen der Stufe 1, drei davon sind in Stufe 2 zertifiziert.

Anerkennungsstufen der KBV-Rahmenvorgabe

Die Anerkennung eines Praxisnetzes erfolgt durch die KVen. Diese prüfen, ob das Netz die Struktur- und Qualitätsanforderungen erfüllt. Sie ist in drei Stufen möglich: Basis-Stufe, Stufe 1 und Stufe 2. Die Anforderungen steigen von Stufe zu Stufe und bauen aufeinander auf. Es besteht keine Pflicht zur Weiterentwicklung in die nächsthöhere Stufe.

In Unterstützung, Förderpraxis und -höhe unterscheiden sich die KV-Regionen erheblich. Es scheint so, als ob einige KVen Ärztenetze als willkommene regionale Ergänzung betrachten und deren Zertifizierung aktiv unterstützen, während andere KVen nach Auffassung von Veit Wambach, dem früheren Vorsitzenden der Agentur deutscher Arztnetze, eine substanzielle Förderung verhindern. Unter den 17 KVen sticht die KV Westfalen-Lippe besonders hervor, die Ärztenetze als Innovationspool der Versorgung sieht, deren Weiterentwicklung aktiv vorantreibt und vergleichsweise großzügig fördert (siehe Kasten).

INFO

Netzförderung im „Land der Arzt- und Praxisnetze"

Wie effizient die gesetzlichen Vorgaben zur Zertifizierung und zur Förderung fortgeschrittener Praxisnetze ausfallen, hängt neben den gesetzlichen Regelungen davon ab, inwieweit die KVen hinter den Ärztenetzen stehen. Positiv sticht hier die KV Westfalen-Lippe (KVWL) hervor, die den Nutzen der Netzarbeit schon früh erkannte. Während andere KVen bei der Umsetzung der KBV-Vorgaben zögerten, betrachtete die KVWL Kooperation und Austausch als „westfälische Antwort" auf zahlreiche Herausforderungen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung, etwa in den ländlichen Regionen, bei der Nachbesetzung von Arztsitzen oder der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Durch die konsequente Unterstützung und Förderung der Netze wurde Westfalen-Lippe zum „Land der Arzt- und Praxisnetze" (KVWL-Eigenwerbung). 24 Netze befinden sich in dieser KV-Region. Acht Netze (von 26) haben die Anerkennungsstufe 1 und ein Netz (von 3) die Stufe 2 erreicht.

Schon früh schuf die KV einen eigenen Stabsbereich für Praxisnetze und kooperative Versorgungsmodelle. Bereits 2012 setzte sie mit den Netzen gemeinsame Projekte um. Nur einen Monat nach dem Erlass der KBV-Rahmenvorgabe anerkannte die KVWL das erste Praxisnetz und richtete wenig später eine eigene Geschäftsstelle „Neue Versorgungsformen und Praxisnetze" ein. 2015 handelte die KVWL ein Extrabudget zur Förderung von Praxisnetzen in Höhe von 5 Mio. Euro aus – das entsprach mehr als dem 8-fachen der maximal möglichen Fördersumme in Hessen.

Wo andere KVen restriktiv oder zumindest zögerlich agierten, unterstützte die KVWL die Netze aktiv im Prozess der Netzanerkennung, der Begleitung von Verträgen und Projekten und der finanziellen Förderung von Strukturen und Projekten. Zudem förderte sie den Austausch der anerkannten Praxisnetze untereinander und vertrat deren Interessen auf Landes- und Bundesebene. Um die Qualität der Netze zu sichern, bietet die KVWL in Kooperation mit der FOM Hochschule für Oekonomie und Management eine eigene Qualifizierung zum „Netzmanager im Gesundheitswesen" an.

Die finanzielle Förderung der Netze ist laut KVWL dauerhaft gesichert und mittlerweile im Honorarverteilungsmaßstab der KVWL festgeschrieben. Anerkannte Netze werden mit 100.000 € pro Jahr in der Basisstufe und mit jeweils weiteren 100.000 € für die Stufen 1 und 2 gefördert. Hinzu kommt eine quartalsweise Förderung in Höhe von 25.000 € zur Aufrechterhaltung der richtlinienkonformen Netzstruktur. Den anerkannten Netzen attestierte KV-Vorstand Thomas Müller, dass sie sehr effektiv arbeiten und regionale Lücken in der Versorgung schließen.

In Hessen sind insgesamt sechs Netze nach § 87b SGB V zertifiziert, drei davon (Gesundheitsnetz Osthessen, Gesundheitsnetz Frankfurt, Prävention in Marburg) bereits in der ersten Anerkennungsstufe. Im Vergleich zu anderen Regionen fällt die Netzförderung mit einer jährlichen Verwaltungskostenpauschale von 100 Euro pro Netzarzt in der Basisstufe bzw. 200 Euro in der ersten Anerkennungsstufe vergleichsweise restriktiv aus. Hessenmed wies bereits zum Start der Anerkennungspraxis darauf hin, dass die Höhe der Förderung in Hessen unzureichend sei, allein wenn man die für die Erreichung der ersten Stufe nötigen Aufwendungen der Netze gegenrechnet.

Leistungserbringerstatus eröffnet neue Möglichkeiten

Der jahrelange Kampf um die Anerkennung als Leistungserbringer bringt auf den Punkt, wofür sich die Ärztenetze und deren Verbände jahrelang einsetzten. Nur durch ausreichende ökonomische Handlungs- und Planungssicherheit können temporär geförderte Einzelprojekte der Netze zu modernen sektorübergreifende Versorgungsstrukturen ausgebaut werden. Durch die neue Regelung in § 95 TSVG können zertifizierte Ärztenetze eigene MVZ gründen und erhalten die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte anzustellen. Dies bietet mehrere Vorteile:

- Es können passgenaue Lösungen gefunden werden, um die medizinische Versorgung in unterversorgten Regionen zu sichern.

- Angestellte MVZ-Ärzte können von Management und Bürokratie entlastet werden und an eine spätere Freiberuflichkeit herangeführt werden.

- Zudem können in den Ruhestand gehende Netz-Ärzte, die keinen Nachfolger finden, ihre Praxis zunächst an ein gemeinsames MVZ abgeben. Die Arztsitze fallen so nicht an Krankenhäuser oder Investoren und können jederzeit an niederlassungswillige Ärzte zurückgegeben werden.

Im Ergebnis können die Netze so ihren regionalen Ansatz einer besser koordinierten, kooperativen ärztlichen Versorgung von Fall zu Fall ergänzen und gleichzeitig der Übernahme von Arztsitzen durch Investoren entgegenwirken.

Achillesferse Finanzierung – Integrierte Versorgung als Zukunftschance

Ärztenetze haben derzeit nur sehr wenige Finanzierungsmöglichkeiten, was einer Professionalisierung oft im Wege steht. Antikorruptionsgesetze, die für Ärzte gelten, gelten i. d. R. auch für Ärztenetze. Netze haben bis heute keinen Leistungserbringerstatus, aus diesem Grund dürfen sie nur mit begrenzten, oft zeitlich limitierten Verträgen an der Versorgung teilnehmen. Das macht eine langfristige sichere Personalplanung fast unmöglich.

Eine dieser wenigen Vertragsmöglichkeiten der Ärztenetze sind Verträge mit Krankenkassen, zum Beispiel in den Bereichen Integrierte Versorgung. Darüber hinaus gibt es derzeit eine Beteiligung am AOK-Programm „QuATRo“ (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten).

Einen weiteren Impuls versprechen sich die Ärztenetze von den 2020 bekannt gewordenen Plänen des Gesetzgebers zur Flexibilisierung von Selektivverträgen in § 140a SGB V. Demnach soll Krankenkassen erlaubt werden, kassenübergreifende Verträge abzuschließen oder bestehenden Verträgen beizutreten. Der Entwurf sieht unter anderem vor, regionale Versorgungsaufträge in die selektivvertragliche Versorgung aufzunehmen. Ärztenetze sind geborene Ansprechpartner für solche Vorhaben und könnten erheblich davon profitieren, wenn Selektivverträge nicht mehr einzeln mit den Kassen ausgehandelt werden müssten und berechenbarer würden.

Weiterentwicklung der Netze vorgezeichnet

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass der Erfolg der Netze bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ihren Regionen den Ausgangspunkt für die politischen Verbesserungen der Rahmenbedingungen bildete, die ihnen wiederum eine Weiterentwicklung ermöglichten. Dank ihrer steigenden Professionalisierung

NEUE ZULASSUNG:
Symptomatische chronische Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion*,[1]

FORXIGA®:

ERSTER und **EINZIGER** SGLT-2 Inhibitor mit 2 Zulassungen:

- ✓ **TYP-2-DIABETES**
- ✓ **HERZINSUFFIZIENZ** (HFrEF)*,[1] mit und ohne Typ-2-Diabetes

NEU

HEUTE FÜR MORGEN

* Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (LVEF ≤ 40 %, NYHA Klasse II-IV) in Ergänzung zu anderen medikamentösen Therapien der Herzinsuffizienz bei erwachsenen Patienten.

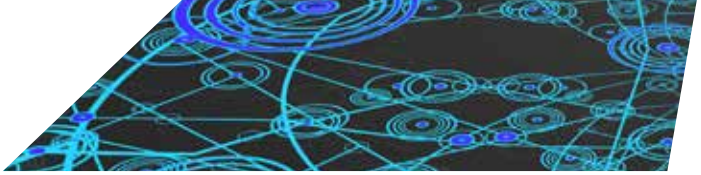
1. Fachinformation FORXIGA®, Stand November 2020.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.
Wirkstoff: Dapagliflozin Verschreibungspflichtig.**Zusammensetzung**: 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H_2O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H_2O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O. **Anwendungsgebiete:** *Forxiga® 5 mg und 10 mg:* Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2- Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformationen. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. *Forxiga® 5 mg:* Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ 1 Diabetes mellitus in Ergänzung zu Insulin bei Patienten mit einem BMI ≥ 27 kg/m², wenn Insulin allein den Blutzucker trotz optimaler Insulintherapie nicht ausreichend kontrolliert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, diabetische Ketoazidose (bei Typ 1 Diabetes), Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ 2 Diabetes). *Sehr selten:* Angioödem, nekrotisierende Fasziitis des Perineums (Fournier-Gangrän). **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, 22876 Wedel, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: November 2020.

DE-31643/21

AstraZeneca

forxiga
(dapagliflozin)



waren viele Ärztenetze in der Lage, zusätzlich zum Alltagsgeschäft der kooperativen regionalen Gesundheitsversorgung innovative Lösungen zu entwickeln und Leuchtturmmodelle zu schaffen, die das Potenzial der interdisziplinären Netzarbeit verdeutlichen und zur Nachahmung anregen:

- Das seit 2012 laufende Modellprojekt Pflegeheimmodell Lingen, bei dem das örtliche Ärztenetz Genial eG mit den örtlichen Pflegeheimen eng kooperiert und einen Arzt angestellt hat, der im Auftrag und im Austausch mit dem jeweiligen Hausarzt die Heimbewohner besucht.
- Das Innovationsfondsprojekt RubiN, das neue Wege im Care- und Case-Management in fünf Modellregionen für ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld in fünf Modellregionen erprobt.
- Das Kinderarzt-MVZ des bayerischen Ärztenetzes „MainArzt", das den Verlust des Arztsitzes für Kinderheilkunde erfolgreich überbrückt und attraktive Arbeitszeitmodelle für drei angestellte Kinderärzte bietet.

Lippenbekenntnisse über den Nutzen und die Effizienz nützen den Netzen nicht, solange sie in ihrer Arbeitspraxis nicht entsprechend unterstützt werden. Insofern spielen Gesetzesänderungen, Zertifizierungen und Fördermöglichkeiten zwar eine wichtige Rolle; die Entwicklungen der vergangenen Jahre haben aber gezeigt, dass der tatsächliche politische Gestaltungswille oft der entscheidende Treiber für innovative Gesundheitspolitik ist. Folgerichtig hat mit der steigenden Professionalisierung der Netze auch ihre politische Artikulationsfähigkeit zugenommen. Dies gilt sowohl auf der Ebene der Länder und KV-Bereiche als auch bei der Gestaltung der regionalen Versorgung im Zusammenspiel mit den lokalen Akteuren aus der Politik und dem Gesundheitsbereich.

Zukunft der Netzarbeit

Hessenmed-Geschäftsführerin Gabriele Bleul betont, dass die Gesundheitsnetze auch in Zukunft ihre Aufgabe als regionale Experten und Versorger ausfüllen wollen. Damit die Ärztenetze Versorgung erfolgreich gestalten können, unterstreicht sie vier zentrale Forderungen für die politische Netzarbeit (siehe unten). „Im Grunde genommen geht es darum, dass wir in einer sich verändernden Gesundheitslandschaft über die notwendigen Instrumente verfügen müssen, um eine hochqualitative regionale Versorgung vorhalten zu können." Ärztenetze, so Bleul, brauchen keine Almosen und Ausnahmegenehmigungen. Gestärkt werden sie durch einen verlässlichen finanziellen Rahmen und dementsprechende politische Strukturen.

VIER Forderungen zur Gestaltung der Versorgung durch Ärztenetze

1 Bundeseinheitliche Zertifizierungsvorgaben für Praxisnetze

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 3 als „verpflichtende Vorgabe", als bundeseinheitliche Vorgabe ohne landesspezifische Änderungsmöglichkeiten der einzelnen KVen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen zu bestimmen.

2 Institutsermächtigung für Praxisnetze zur Beseitigung lokaler Versorgungsprobleme

Der Zulassungsausschuss muss Praxisnetze, die nach § 87b SGB V anerkannt sind, für das entsprechende Fachgebiet, in dem ein lokaler Versorgungsbedarf eingetreten ist oder in absehbarer Zeit einzutreten droht, auf deren Antrag zur Erbringung entsprechender Leistungen ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

3 Gleiche Vergütungsregelungen – weg von der Willkür!

Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden, welche die dauerhafte Aufrechterhaltung der Strukturvoraussetzungen sichern.

4 Gesetzlicher Anspruch auf Care- und Casemanagement

Wir fordern einen im SGB V verankerten gesetzlichen Anspruch auf ein Care- und Casemanagement für komplex erkrankte Patienten. Der Arzt „diagnostiziert" neben der Erkrankung einen erhöhten, koordinationsbedürftigen Versorgungsbedarf und „verordnet" ein strukturiertes, assessmentgestütztes Card- und Casemanagement. Nach § 87b SGB V anerkannte Ärztenetze haben die strukturellen Voraussetzungen und sind mit ihrer regionalen Expertise prädestiniert dafür, diese Koordinationsleistung anzubieten und Care- und Casemanager zu beschäftigen.

Ärztenetze

Vor- und Nachteile eines Beitritts

Von Dr. Hans-J. Conrad, Geschäftsführer des Ärztenetzes PriMa eG (Marburg)

Für Ärztenetze gibt es verschiedene Erfolgsfaktoren, die sehr unterschiedliche Bedeutung haben können. Welche Vor- oder Nachteile hat es für einen einzelnen Arzt, sich einem Ärztenetz anzuschließen? Die Analyse zeigt, dass die Vorteile eindeutig überwiegen.

Niedergelassene Ärzte haben sich in den vergangenen Jahren zunehmend zu Ärztenetzen zusammengeschlossen. Hintergrund ist der Wunsch, bestimmte Aufgaben und Anforderungen an die ärztliche ambulante Tätigkeit besser oder kostengünstiger bewerkstelligen zu können oder die kollektiven Vertragsstrukturen zu ergänzen. So entstanden Zusammenschlüsse, die die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr negieren konnten, zumal die Forderung erhoben wurde, Ärztenetze als Leistungserbringer zuzulassen und damit Vergütungsansprüche für Ärztenetze zu generieren.

Grundsätzlich stützte der Gesetzgeber solche Entwicklungen. Kassenärztliche Vereinigungen mussten die Möglichkeit zur Zertifizierung von Ärztenetzen nach § 87 b (4) SGB V schaffen und deren Leistungen gesondert honorieren. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erhalten Ärztenetze seit einigen Monaten die Möglichkeit, direkt als Leistungserbringer im Gesundheitswesen tätig zu sein.

Für einzelne Ärzte stellt sich oft die Frage, ob sie einem Ärztenetz beitreten sollten. Daher sollen im Folgenden die Vor- und Nachteile einer solchen Entscheidung beleuchtet werden.

In der Praxis gibt es unterschiedliche Formen von Ärztenetzen, die sich insbesondere in der Geschäftsidee, den Schwerpunkten der Tätigkeit, der Größe des Netzes, der Professionalität des Managements und der Rechtsform, aber auch im Engagement der Funktionsträger, der Verlässlichkeit der Erfüllung der Aufgaben, in Mitgliederbetreuung und Kommunikation, öffentlicher Präsenz und nicht zuletzt beim wirtschaftlichen Erfolg teils stark unterscheiden. Im Folgenden soll die Frage diskutiert werden, welche der oben genannten Faktoren in welcher Ausprägung den Beitritt zu einem Ärztenetz nahelegen.

Geschäftsidee oder auch strategische Erfolgsposition

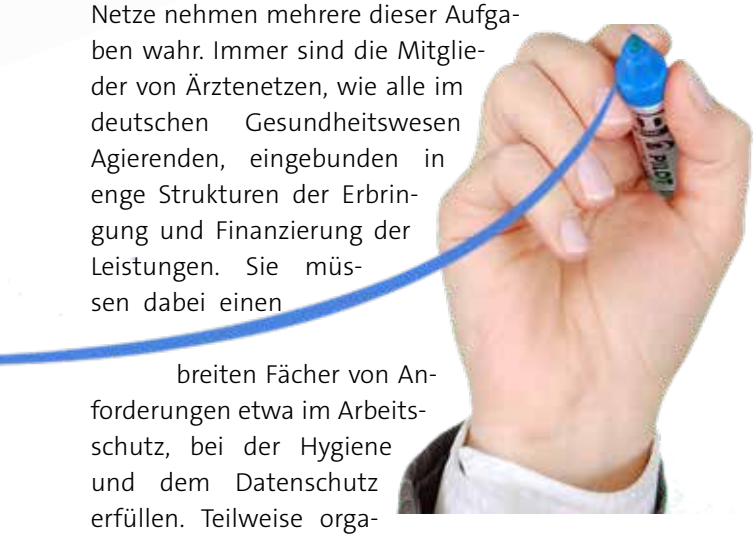
Hierunter versteht man, ähnlich wie im allgemeinen Geschäftsleben, eine spezifische Fähigkeit, deren Umsetzung überdurchschnittliche Ergebnisse verspricht. Diese sollte einzigartig und schwer nachahmbar sein und einen hohen „Kundennutzen“ bieten. Bei einem Ärztenetz könnte dies die Herstellung einer Broschüre mit allen Mitgliedern des Ärztenetzes und deren Verteilung im Einzugsgebiet sein, was einen Anreiz beinhaltet, mit dabei sein zu wollen. Ein anderer Ansatz könnte das ortsnahe Angebot von für die Ärzte verpflichtenden regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen sein.

Wird dies ggf. gekoppelt mit finanziell wirksamen Gutschriften auf den Mitgliedsbeitrag nach Beteiligung an Aktivitäten, die wiederum – je nach Beteiligung der Mitglieder – von Sponsoren unterstützt werden, so hat man ein sich in Grenzen selbst regulierendes System, das ein möglicherweise ausschlaggebender Erfolgsfaktor für ein Ärztenetz ist. Ein derartiges Konzept weist für den einzelnen Arzt sehr viele Vorteile auf. Seine erfolgreiche Umsetzung ist ein starkes Argument für den Beitritt zum Ärztenetz.

Schwerpunkte der Tätigkeit

Ärztenetze haben unterschiedliche Schwerpunkte. Teils sind sie im gemeinsamen Einkauf oder in der Aus- und Weiterbildung tätig, teils sehen sie ihre Aufgabe im Abschluss von Verträgen für ihre Mitglieder mit Sozialleistungsträgern, wobei sie nur auf Haus- oder nur auf Fachärzte konzentriert sein können. Andere Netze agieren schwerpunktmäßig in bestimmten Versorgungsgebieten oder -bereichen, wie die ärztliche Versorgung von Altenheimen oder von Palliativpatienten und Ähnlichem und ergänzen kollektive Vertragsstrukturen.

Soziale Events wie sommerliches gemeinsames Grillen oder eine Weihnachtsfeier fördern den zwanglosen Austausch und das bessere Kennenlernen unter den Mitgliedern, was insbesondere die reibungslose Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten verbessern kann. Manche Netze nehmen mehrere dieser Aufgaben wahr. Immer sind die Mitglieder von Ärztenetzen, wie alle im deutschen Gesundheitswesen Agierenden, eingebunden in enge Strukturen der Erbringung und Finanzierung der Leistungen. Sie müssen dabei einen



breiten Fächer von Anforderungen etwa im Arbeitsschutz, bei der Hygiene und dem Datenschutz erfüllen. Teilweise organisieren oder unterstützen Ärztenetze auch genau diese Aufgaben für die angeschlossenen Praxen. Auch dies ist ein starkes Argument, einem Ärztenetz beizutreten.

Größe

Die Größe eines Ärztenetzes kann durch die Zahl der Mitglieder oder durch wirtschaftliche Kennzahlen wie Umsatz oder Bilanzsumme bestimmt werden. Zweifelsohne ist die Größe ein Erfolgsfaktor für ein Ärztenetz, da mit zunehmender Größe die wirtschaftliche Basis wächst und damit professionelle Managementstrukturen ermöglicht werden und die Aufgaben und die Arbeit, die die Entwicklung eines Ärztenetzes erfordert, auf zusätzliche Schultern verteilt werden können. Gegenläufig für den Erfolg kann sich jedoch die mit zunehmender Größe steigende Interessenvielfalt auswirken, was auch von einem Beitritt abhalten kann.

Management und Rechtsform

Das Management bzw. die innere Struktur und die Rechtsform einer Institution hängen eng zusammen, da die Rechtsform oft Führungs-, Aufsichts- und Haftungsfragen regelt, was sich dann in der Managementstruktur der Institution abbildet. Bewährt hat sich dabei eine Aufgabenteilung zwischen Vorstand, ggf. unterstützt von einem Geschäftsführer, der das operative Geschäft leitet und verantwortet, dem Aufsichtsrat, im Wesentlichen zuständig für die strategische Unterstützung des Vorstandes und die Aufsicht sowie die Gesellschafterversammlung, Letztere als oberstes Entscheidungsgremium. Deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie viele technische Details finden Ausdruck in der Satzung der jeweiligen Gesellschaft. Dabei wird erwartet, dass sich Mitglieder eines Ärztenetzes hinreichend einbringen, was Zeit kostet und von einem Beitritt abhalten kann.

Ärztenetze können ihre Rechtsform weitgehend frei wählen, gängige Rechtsform ist die Genossenschaft. Der genossenschaftliche Prüfungsverband ist dann per Gesetz gehalten, den wirtschaftlichen Geschäftsgang zu begleiten und zu prüfen, ob Gesetz und Satzung eingehalten werden. Sicherlich gibt es Rechtsformen und Managementstrukturen von Ärztenetzen, die je nach Schwerpunkt der Tätigkeit als geeignet oder weniger geeignet anzusehen sind. So können sich die Managementstruktur und die Rechtsform fördernd oder hemmend auf den Erfolg auswirken.

Ob Management erfolgreich ist, ist jedoch maßgeblich von Effizienz und Effektivität der handelnden Personen und hinreichend überzeugenden Ausprägungen der unternehmerischen Faktoren, wie Geschäftsidee, Aufgabenfelder etc., abhängig. Nicht zuletzt braucht es ausreichend stabile finanzielle Grundlagen und ein wirksames Risikomanagement für den Erfolg.

Engagement der Funktionsträger

Zur Ausfüllung der eben genannten Funktionen sind Personen erforderlich. Bei Ärztenetzen werden diese in der Regel aus den Mitgliedern auf Zeit gewählt und unterstützt von ausführenden und in großen Ärztenetzen auch angestelltem leitenden Personal. Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat sind selbstredend aus dem Kreis der Mitgesellschafter bzw. Eigentümer zu besetzen. Vorstand bzw. Geschäftsführer können Externe sein. Da niedergelassene ÄrztInnen zwar Mitglieder eines Ärztenetzes sein können, aber nach deutscher Berufsstruktur immer als Selbstständige agieren, bleiben sie weisungsunabhängig.

Um die Vorstellungen eines Ärztenetzes realisieren zu können, sollten daher auch Mitglieder des Ärztenetzes den Vorstand bilden, da diese sich in der gleichen Situation befinden und eher überzeugen können. Diese Ärzte können und sollten von einem erfahrenen Geschäftsführer mit kaufmännischer Ausbildung unterstützt werden.

Dieser wird dann auch die wesentlichen Entscheidungen unter formalen, finanziellen und organisatorischen Aspekten vorbereiten und die Geschäftsstelle führen, sodass der Arbeitsaufwand des Vorstandes minimiert werden kann.

Verlässliche Erfüllung der Aufgaben, Mitgliederbetreuung und Kommunikation

Diese Faktoren erfordern eine professionelle Organisation, die oft rein ehrenamtlich nicht geleistet werden kann. Eine professionelle Betriebsstruktur ist jedoch nur ab einer gewissen Mindestgröße des Netzes und damit verbundener stetiger Einnahmen möglich. Hier wird man weniger von einem Erfolgsfaktor als von einer Selbstverständlichkeit sprechen, die allerdings auch durchgängig zu leisten ist – was in der einen oder anderen Situation durchaus anspruchsvoll sein kann. Die Netzmitglieder erwarten ein rechtzeitiges Aufgreifen drängender Probleme, etwa hinsichtlich der im letzten Jahr in Kraft getretenen Datenschutzgrundverordnung. In diesen Fällen braucht das Netzmanagement oft externe Unterstützung; kann aber so auch seine Leistungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit unter Beweis stellen und für seine Mitglieder oft kostengünstige Lösungen anbieten, ein Grund für den Beitritt zu einem Ärztenetz.

Von grundsätzlicher Bedeutung für eine verlässliche Erfüllung der Aufgaben ist für alle Beteiligten ein Organigramm, in dem Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar geregelt werden. Umfragen zur Zufriedenheit mit der Netzarbeit unter den Mitgliedern sollten regelmäßig durchgeführt werden, um Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen.

Öffentliche Präsenz

Produkte und Dienstleistungen brauchen einen großen Bekanntheitsgrad, um nachgefragt zu werden. Ein Ärztenetz ist demgegenüber ein Zusammenschluss einer eher geringen Zahl von Personen mit gleicher oder zumindest nicht sehr unterschiedlicher Zielsetzung, strukturiert durch eine verbindliche Satzung. Ärztenetze brauchen daher nur bedingt eine öffentliche Präsenz, jedoch sollten sie ein positives Image in der Region haben, da dies die Attraktivität der Mitgliedschaft steigert und öffentliche Funktionsträger wie Bürgermeister oder Landräte für sie einnimmt. Es sollte für einen niedergelassenen Arzt eine Auszeichnung sein, Mitglied im Ärztenetz zu sein. Dementsprechend sollte die öffentliche Präsenz des Ärztenetzes durch regelmäßige Presseinformationen, etwa über Spenden oder Laienveranstaltungen zum Impfen oder ähnliche Themen, gefördert werden. Das Ärztenetz kann eigene Qualitätskriterien formulieren und eine zertifizierte Praxis dementsprechend einen Aushang zur Information ihrer Patienten machen und Ähnliches mehr. Soweit das Ärztenetz ein positives Image hat, überträgt sich dies auch auf seine Mitglieder.

Wirtschaftlicher Erfolg

Der wirtschaftliche Erfolg eines Ärztenetzes ist in der Regel das Ergebnis seiner Aktivitäten und mittelfristig erforderlich, um seine Existenz zu sichern. Andererseits ist er auch ein Erfolgsfaktor für das Netz, da so neue Aktivitäten ermöglicht werden und andere Erfolgsfaktoren wie professionelles Management oder öffentliche Präsenz gefördert werden können.

Kurz nachgeschaut

Gesundheitspolitik im Wahljahr
Was wollen die Parteien?

Die Parteien haben ihre Wahlprogramme bzw. ihre gesundheitspolitischen Positionen der nächsten Jahre zum Redaktionsschluss unseres Magazins noch nicht vorgelegt. Grund genug, für eine erste Orientierung einmal auf den Homepages nachzuschauen:

CDU/CSU: Die beiden Volksparteien setzen sich für eine bessere regionale Versorgung ein und tendieren zu vermehrten und verbesserten, sektorenübergreifenden Modellen. Die Einführung einer Bürgerversicherung hat die Union stets abgelehnt.

Die SPD wird auch im kommenden Wahlkampf wieder das Thema Bürgerversicherung in den Ring zu werfen. Ihre alte Tendenz, auch die ambulante Versorgung mehr und mehr bei den Krankenhäusern angesiedelt zu sehen, ist ungebrochen.

Laut FDP-Homepage tritt die Partei für die freie Arzt-, Krankenhaus-, Therapie- und Krankenkassenwahl ein und will allen Menschen eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sichern. Dabei setzt sie auf die Möglichkeiten der Selbstverwaltung und des Wettbewerbs für effektive Lösungen. Die Bürgerversicherung hingegen wird abgelehnt.

Die Grünen haben bisher auch zur Bürgerversicherung tendiert. Bei der Versorgung sehen sie derzeit Modelle wie „Gesundheitsregionen“ oder regionale Gesundheitszentren als innovative Lösungsmöglichkeiten. (Siehe hierzu auch unseren Artikel „Grüne Gesundheitsregionen“)

Laut AFD-Homepage will die Partei sicherstellen, dass auch ländliche Regionen medizinisch gut versorgt sind und dass sich dort wieder mehr Ärzte niederlassen. Die Kommunen und Landkreise werden aufgefordert, hier Anreize zu schaffen. Die Trägervielfalt im Krankenhauswesen soll unterstützt werden, die Entwicklung hin zur Monopolbildung wird abgelehnt.

Ihr Wahlprogramm aus dem Jahr 2017 sagt: „wir wollen den Wettbewerb zwischen den und innerhalb der Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhauslandschaft und Apotheken zurückdrängen. Die Versorgungsfunktion, die ihnen im Gemeinwohlinteresse per Gesetz zugeteilt wurde, muss wieder in den Mittelpunkt rücken.“

Generell kann man jedem niedergelassenem Arzt nur raten, sich unbedingt auch mit den gesundheitspolitischen Aussagen der Parteien zu befassen, in seinem ureigenem Interesse. In einer Demokratie liegt es in jedermanns Interesse, sein Schicksal mitzubestimmen und sein Wahlrecht auszuüben.

Eine Polemik aus Sicht der hessischen Ärztenetze

Grüne Gesundheitsregionen: Gut gemeint, aber auch gut?

„Aufbruch für eine bessere Gesundheitsversorgung" nennt ihr hessischen Grünen euer neues Gesundheitskonzept. Für eine bessere Gesundheitsversorgung sind wir hier oben in Fulda immer zu haben. Aber schon der erste Satz lässt uns mit den Augen rollen: „Das heutige Gesundheitssystem behindert eine abgestimmte Versorgung, fördert ökonomische Egoismen und folgt einer unzeitgemäßen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen." Schon klar, was damit gemeint ist, aber ist das in dieser apodiktischen Dramatisierung tatsächlich richtig? Insbesondere wenn man weiter liest: „Demnach verengen die Grenzen zwischen den Sektoren und die getrennten Vergütungssysteme den Blick der Leistungserbringer auf das jeweils eigene wirtschaftliche Ergebnis – was vor allem chronisch kranken Patienten schadet."

Für die erfahrene Netzarbeiterin und den erfahrenen Netzarbeiter sind solche Denkansätze alles andere als neu. Gleichzeitig ist die Behauptung einer Verengung auf das wirtschaftliche Ergebnis für alle von der KV zertifizierten Ärztenetze eine schallende Ohrfeige. Gibt es da in § 87b SGB V nicht Kriterien wie Patientenzentrierung, die fortgeschrittene Netze erfüllen müssen? Sind die hervorragenden Resultate, die Ärztenetze in punkto interdisziplinärer Zusammenarbeit, Sicherung der ländlichen Versorgung oder beim Lotsen der Patienten durch den Gesundheitsdschungel erreicht haben, immer noch nicht überall in Wiesbaden angekommen? Kann das sein?

Um die „unhaltbaren Zustände" in unserem Gesundheitssystem zu verbessern, schlagt ihr die Gründung von Gesundheitsregionen vor. „In diesen arbeiten unterschiedliche Berufe im Team zusammen. Ein gemeinsames regionales Budget fördert zusätzlich eine optimale Versorgung und den Blick für das Ganze. Durch Gesundheitsregionen können Kommunen stärker integriert und ihre Kompetenzen beispielsweise bei der Gesundheitsförderung genutzt werden. Durch diese regionale Verankerung entstehen mehr Möglichkeiten, die Versorgung abseits starrer Regelungen von der Bundesebene vor Ort zu gestalten."

Dies klingt gar nicht verkehrt, aber wieder wundert man sich: Leben genau das die rund 400 Netze in Deutschland nicht seit Jahren vor? Sicher, die Förderung der regionalen Zusammenarbeit fällt bislang auch unserer Meinung nach zu sparsam aus. Gar kein schlechter Gedanke, mehr für die Regionen zu tun. Aber noch einmal: Warum kommen wir Ärztenetze hier so gar nicht vor? Wer sonst hätte denn eine vergleichbare Expertise, was die je unterschiedlichen Probleme der Gesundheitsversorgung in einer Region angeht; übrigens in der Arbeitspraxis selbstverständlich in enger Zusammenarbeit und mit der Unterstützung der Kommunen.

Und wie sollen die Gesundheitsregionen umgesetzt werden? Die grüne Bundestagsfraktion wünscht sich kommunale Gesundheitszentren, die aus den heutigen MVZ entstehen sollen. Träger sollen die Kommunen sein, die „bei der Nachbesetzung von Arztsitzen nicht länger benachteiligt werden sollen". Kommunale Krankenhäuser sollen übrigens „künftig auch in der ambulanten Versorgung eine größere Rolle spielen. Damit könnten Hürden zwischen den Sektoren abgebaut und doppelt vorhandene, damit auch unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen vermieden werden". Sorry, aber das klingt ein bisschen wie ein recycelter Entwurf der Krankenhauslobby. Wenig erstaunlich, dass diejenigen sich die Haare raufen, die seit Jahren die Vernetzung leben und vorantreiben, die innovative Modelle entwickeln und die tatsächlich in die Bresche springen, wenn das Versorgungsnetz auf dem Lande dünnmaschiger wird.

Und dann sind da noch die regionalen Gesundheitskonferenzen. Dort sollen die Angebote der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsversorgung besser koordiniert und am Bedarf der Regionen ausgerichtet werden. Netzexperten winken ab: Das gibt es doch in

Hessen alles bereits seit zehn Jahren. Erfolgreich? Na klar, Austausch untereinander ist natürlich zunächst einmal immer gut – aber die Ergebnisse vieler Gesundheitskonferenzen waren nicht wirklich, sagen wir: innovativ.

Kurzum, so richtig beeindruckt sind wir vom Dachverband Hessischer Ärztenetze nicht. Das ist schade, weil wir mit euren Anliegen prinzipiell einverstanden sind, aber auch im x-ten Aufguss alter Krankenhaus-Kamellen einfach keinen Fortschritt erkennen können. Die Sektorengrenze kann man ja überwinden wollen, auch wenn viele sagen, sie habe sich bis zum heutigen Tage durchaus bewährt. Auch sind wir Ärztenetze in Hessen bestrebt, die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten vertragsärztlichen Sektor und der stationären Versorgung zu verbessern, und das, wie bereits erwähnt, nicht erst seit gestern!

Alle unsere zertifizierten Ärztenetze haben sich nach anderthalb Jahrzehnten harter Netzarbeit tatsächlich zu Spezialisten entwickelt, wenn es darum geht, unter optimaler Ausnutzung der vorhandenen Strukturen die Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gerade in den Bereichen zu verbessern, wo dies auch heute noch nicht optimal gelingt. Und auch das gilt in so vielen Regionen: Die lokalen Ärztenetze, die sich in den letzten Jahren etabliert haben und bereits jetzt durch ihre Tätigkeit die Versorgung erheblich verbessert haben, sind der eigentliche Ansatzpunkt für den Fortschritt – das hören wir jedenfalls aus den Kommunen und Landkreisen. Beispiele gefällig: Das Rheumanetz Osthessen, das Herzinsuffizienznetz, ein Psychosomatiknetzwerk als Projekt des Ärztenetzes GNO in Zusammenarbeit mit den örtlichen Krankenhäusern; ein Demenznetz des Ärztenetzes GneF in Frankfurt, Innofondsprojektbeteiligungen in PriMa Marburg und GNeF Frankfurt u. v. m. In der Zukunft wollen wir in vielen Regionen ganz im Sinne des Bestrebens der Landesregierung dieses Erfolgsmodell noch ausbauen. Allerdings brauchen wir hierfür politische Unterstützung in den Regionen.

Ein kostenintensives stationäres Gesundheitszentrum brauchen wir dazu nicht. An seiner Stelle erfüllt ein virtuelles dezentrales Gesundheitszentrum ebenso diese Vision. In ihm werden schwierige und komplexe Fälle in Konferenzen von Ärzten der verschiedensten Disziplinen besprochen und eine strukturierte Abklärung und Behandlung unter Einbindung der verschiedenen Akteure organisiert. Hier kann unter Ausnutzung der bereits geschaffenen Ressourcen in der Zusammenarbeit von ambulantem und vertragsärztlichem Sektor und dem stationären Sektor mit den verschiedenen, auch unterschiedlich spezialisierten Krankenhäusern eine deutliche Verbesserung erzielt werden. Komplexe Krankheitsbilder erfahren so schnellere und effektivere Versorgung als jemals zuvor. So kann in guter Zusammenarbeit auch über die Sektorengrenze hinweg ein deutlicher Gewinn an Lebensqualität für die Bevölkerung erreicht werden.

Nicht böse sein, liebe Grünen, aber wir glauben nun einmal an Lösungen, die am Bedarf orientiert sind, in die wir all unsere Expertise und nicht selten unser Herzblut hineingesteckt haben und die seit Jahren funktionieren. Am besten, ihr kommt mal auf einen Kaffee vorbei und wir sprechen über alles.

Euer Hessenmed e. V.
Dachverband Hessischer Ärztenetze

ETL | ADVISA Mittelhessen

Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH)

Vertrauen Sie unserer mehr als 15-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
Marktstraße 13 · 35075 Gladenbach
Tel.: 06462 9172-0
Fax: 06462 9172-29
E-Mail: post@etl-mittelhessen.de
www.etl-mittelhessen.de

ETL | Qualitätskanzlei
Ein Unternehmen der ETL-Gruppe

Dein-Sternenkind

Foto: Christina Kratz

Würden Sie ein totes Kind fotografieren? Ehrenamtliche von Dein-Sternenkind bilden ab, was auf den ersten Blick undenkbar scheint.

Sie machen schöne Bilder von toten Kindern. Erinnerungsfotos. Für Eltern, wenn ein winziges Herz zu schlagen aufgehört hat oder der Tod des Neugeborenen unausweichlich ist. Ein unglaubliches Geschenk für Eltern, die das Wichtigste im Leben verloren haben, bevor sie es ganz erleben durften. Über 600 Fotografen schenken so ihre Zeit rund 3.500 Eltern im Jahr. Manchmal verschwinden die Bilder lange in der Schublade. Sie sind Gott sei Dank dann da, wenn sie gebraucht werden. Denn irgendwann möchten alle Eltern diese Bilder anschauen.

„Wir fotografieren nicht den Tod. Wir fotografieren sehnlichst erwartetes Leben." *Birgit Walther-Lüers*

Was diese Bilder so kostbar macht?
Sie sind ...
... die ersten und letzten.
... Zeugnis der Elternschaft.
... Beweis für die Liebe zum Kind.
... Zeugnis der Existenz des kleinen Menschen.
... Bestätigung, dass das Kind zur Familie gehört.
... Stütze für eine verblassende Erinnerung.
... Verbindung von Erinnerung und Gefühl.
... Hilfe, die Trauer mit anderen zu teilen.
... Hilfe, um die Trauer zu ertragen.

„Es gibt nichts, das mich emotional und fachlich so fordert wie ein Fotoauftrag für Dein Sternenkind. Und es gibt nichts, das zugleich befriedigender, schöner wäre." *Thomas Sitte*

4/7-Notruf. Sofort und ehrenamtlich. In ganz Deutschland und darüber hinaus. www.dein-sternenkind.eu

Foto: Christina Kratz

„Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“

Interview mit Dr. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung

In die Diskussion um Sterbehilfe ist Bewegung gekommen. 2015 hatte der Bundestag die Sterbehilfe-Regelung verschärft. Die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ bedrohte Sterbehelfer in § 217 StGB mit Haft. Ärzte werden darüber hinaus im Falle der Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen auch in ihrer Berufsordnung mit dem Verlust ihrer Approbation bedroht. Eine Gruppe von Sterbehelfern, Ärzten und Betroffenen klagte dagegen. In seinem Urteil vom Februar 2020 kippte das Bundesverfassungsgericht das Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe. Demnach garantiert das absolute Recht auf Selbstbestimmung auch die uneingeschränkte Möglichkeit, bei der Selbsttötung Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch, wenn ein Mensch völlig gesund und lebenssatt ist. Anfang 2021 wurden dem Bundestag zwei Gesetzentwürfe zur Suizidassistenz vorgelegt. Sie sehen eine verpflichtende Beratung des Suizidwilligen sowie Wartefristen vor, bevor diesem etwa durch die Verschreibung des Medikaments Natrium-Pentobarbital ein „humanes Sterben“ ermöglicht werden kann. Im Gespräch mit dem Hessenmed-Magazin erläutert der Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte, warum er das für einen gefährlichen und falschen Weg hält.

Dr. Thomas Sitte

:: Herr Dr. Sitte, wie bewerten Sie das letztjährige Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe?

Den Ausdruck „Sterbehilfe“ verwende ich nicht gern, denn es geht in Wirklichkeit um lebensverkürzende Maßnahmen. Wir müssen klar differenzieren, was gemeint ist: Beistand für Sterbende? Maßnahmen zur Leidenslinderung? Beihilfe zur Selbsttötung? Mich besorgt, dass die Diskussion um lebensverkürzende Maßnahmen auf die schiefe Ebene gerät. Das Bundesverfassungsgericht hat das Selbstbestimmungsrecht über den Schutz des Lebens gestellt. Aus der berechtigten Forderung zur Leidenslinderung wird Beihilfe zur Selbsttötung, und es wird schon über die Tötung auf Verlangen diskutiert.

:: Können Sie dazu ein Beispiel geben?

Wir gehen normalerweise von Menschen aus, die ihren Todeswunsch klar und unmissverständlich artikulieren können. Wie verfahren wir mit einer Person, die früher einmal gesagt hat, sie wolle auf gar keinen Fall dement sein? Aber dann passiert möglicherweise genau das irgendwann. Ich sehe die Gefahr, dass es in absehbarer Zeit denkbar wird, dass die dann notwendige Tötung durch Verfügungen möglich wird. Das wäre aber Tötung ohne Verlangen.
Wollen wir ernsthaft Dementen ohne sichtbaren Leidensdruck das Lebensrecht absprechen? Wollen wir wirklich schwerst-mehrfachbehinderten Menschen das Lebensrecht absprechen? Wie weit sind wir dann noch von Mitleidstötungen entfernt? Ich finde, wir dürfen kein Leben verlängern, wenn der Patient nicht einwilligt. Sterben zuzulassen nach dem Patientenwillen ist Arztpflicht. Töten ist eine völlig andere Kategorie. Eine Patientenverfügung hilft bei Entscheidungen, aber wir müssen auch jeden Tag neu danach fragen, was der Wille des Patienten in diesem Moment ist.

:: Viele Menschen befürworten Suizidbeihilfe, weil sie Angst vor einem Lebensende voller Leid haben.

Das Hauptproblem ist dabei die unerwünschte Lebensverlängerung durch die moderne Medizin. Die meisten haben dazu keine Ahnung von den Möglichkeiten der Palliativmedizin! Hier

§ 216 StGB Tötung auf Verlangen: Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. Der Versuch ist strafbar.

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung: Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

hat sich in den vergangenen Jahren enorm viel getan. Heute müsste kein Patient mehr unerträgliches körperliches Leid ertragen. Wir wissen, dass etwa 10 % der Schwerstkranken irgendwann sagen, dass sie ihr Leben verkürzen wollen. Aber man kann ja immer etwas tun! Nichts ist medizinisch leichter, als z. B. Atemnot zu lindern. Schmerzen bekommt man in den weitaus meisten Fällen in den Griff. So gut wie alle diese Fälle kann die Palliativmedizin so behandeln, dass ihr Leid erträglich wird. Wenn es also um Leidenslinderung geht, brauchen wir keine Suizidassistenz. Meine Erfahrung nach 40 Jahren des Umgangs mit Sterbenden ist, dass mit dem Verschwinden des Leides auch der Wunsch nach Lebensverkürzung weitgehend verschwindet. Das Problem ist, dass dieses Wissen nur langsam durchdringt. Wenn alle wüssten, was wir Experten wissen, würde die Debatte um Sterbehilfe ihre Brisanz verlieren.

Gibt es denn in Hessen überhaupt ein flächendeckendes Angebot?

Das kann ich definitiv bestätigen. Hessen war Vorreiter in der ambulanten Palliativversorgung, es ist da seit 15 Jahren weit vorn. Wenn Versorgung nachgefragt wird, gibt es eine landesweite Abdeckung, sowohl zu Hause als auch in Pflegeheimen oder Hospizen – und auch die Krankenhäuser holen auf.

Aber was ist mit denen, die trotzdem sterben wollen und dies klar und unmissverständlich formulieren?

Gegenfrage: Wie beurteilt man eine freie, verantwortliche Entscheidung? Der Wille des Patienten ist höchst volatil; und die allermeisten Suizide sind situativ oder durch psychische Erkrankungen bedingt. Sterbewünsche können auch Folge des enormen Leidensdrucks der Patienten sein. Eine wesentliche Rolle spielt der soziale Kontext. Falle ich jemandem zur Last? Wie kann ausgeschlossen werden, dass hilfs- und pflegebedürftige Menschen sich zu einem Suizid gedrängt fühlen? Und wenn der Tötungswunsch aus Lebensüberdruss heraus kommt, warum sollte ich dann als Arzt, als Palliativmediziner fürs Töten zuständig sein?

Diejenigen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen, können das in den weitaus meisten Fällen schon heute. Dazu braucht es niemals Natrium-Pentobarbital. Viele Medikamente, die zum Tod führen können, sind in Apotheken erhältlich. Auch will ich die Beihilfe zum Suizid nicht verbieten, ich finde aber, dies sollte keine normale Behandlungsoption werden. In ganz seltenen Ausnahmen muss jeder dem Gewissen folgen, da könnten auch Ärzte sich vor Gericht verantworten. Übrigens sollten wir auch keine Zerrbilder transportieren: Die Beihilfe zum Suizid war im Einzelfall noch nie verboten. Kein einziger Arzt in Deutschland wurde bisher deswegen bestraft oder erhielt deswegen Berufsverbot.

Was informiert Ihre Patienten noch besser als TheraKey?

Der neue TheraKey!

Entdecken Sie den verbesserten Therapiebegleiter für Ihre Patienten – jetzt noch individueller, interaktiver und intuitiver.

www.therakey.info

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

TheraKey®
Ihr Patient. Ihre Antwort.

Der Bundestag sollte nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts reagieren. Anfang 2021 wurden ihm zwei Gesetzentwürfe vorgelegt. Sie sehen eine Beratungslösung und Fristen vor, vergleichbar mit dem § 218. Was ist Ihre Meinung dazu?
Meine Bedenken wachsen. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die Erleichterung des Suizides zu einer steigenden Nachfrage führen wird, und das ist eindeutig eine erwartete Nebenwirkung des Gerichtsurteils. Wollen wir wirklich Menschen die Umsetzung der Selbsttötung erleichtern?

In der jetzigen Situation gilt § 217 StGB nicht mehr. In diesem ungeregelten Zustand könnten Ärzte also ohne falsche Ängste gemäß ihrer ethischen Haltung agieren. Ich bin mir nicht sicher, ob man § 217 überhaupt neu regeln sollte. Denn alles, was man regelt, erweckt den Eindruck einer Normalität. Insbesondere die Suizidassistenz darf aber für Ärzte nicht normal sein. Wenn man dies trotzdem neu regelt, dann soll man die Regeln einfach und klar halten. Es darf keine Sonderregelungen für Ärzte geben. Stattdessen könnte man, wenn überhaupt, spezielle Tötungshelfer ausbilden. Der Gesetzgeber muss in diesem Kontext darüber nachdenken, wie der Staat den Schutz des menschlichen Lebens weiterhin gewährleisten kann.

Dringenden Handlungsbedarf sehe ich beim Berufsrecht. Nicht zuletzt der unterschiedliche Umgang mit Suizidassistenz unter den Landesärztekammern hat das frühere Gesetz kippen lassen. Notwendig ist ein bundeseinheitlich angeglichenes Berufsrecht in Fragen der Behandlung am Ende des Lebens. Vermutlich wird es nicht durchsetzbar sein, dass Ärzten die Suizidassistenz versagt bleibt. Umgekehrt sollte es aber auch keine Strafandrohung für Ärzte geben, die sich daran beteiligen. Deshalb muss auch in Hessen die Berufsordnung angepasst werden:
Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe!

Das Gespräch führte Olaf Hillenbrand

Erfahrungen als Gesellschafter eines Corona-Impfzentrums

Seit Jahren sind wir als Ärztenetz in Fulda immer mit dabei, wenn es um Versorgungsprobleme in der Region geht, bei denen Ärzte Abhilfe schaffen können. So zum Beispiel in der Flüchtlingskrise oder als zwei Praxen (mit 3,5 KV-Sitzen) auf dem Land im Abstand von 15 Kilometern innerhalb von drei Monaten plötzlich schließen wollten und dort die Versorgung in Gefahr war.

Als Corona im März 2020 zuschlug, war es nicht anders. Wir organisierten Kommunikationsplattformen in der Region, Schutzkleidung und vieles mehr. Als wir gefragt wurden, ob wir gemeinsam mit dem DRK Fulda, dem DRK Hünfeld und dem Klinikum Fulda bei der Impfzentrum GmbH mitmachen würden, haben all unsere Gremien sofort Ja gesagt. Zu helfen, die Pandemie zu besiegen, als zertifiziertes Ärztenetz bei der Versorgung dabei sein, das begeisterte uns.

Das Problem: Als Ärztenetz haben wir Teilzeitmitarbeiter, die bis auf die Geschäftsführung alle nur stunden- bis tageweise arbeiten, da Personalkosten teuer für ein Netz sind. So konnten wir keinen Geschäftsführer stellen. Wir waren im operativen Geschäft als Gesellschafter nur maximal beratend involviert. Aber aus Sicht der niedergelassenen Ärzte waren wir an vielem, was vermeintlich schlecht lief, mit schuld. Sei es die Impfpriorität, die nicht zuließ, dass die Ärzte früher geimpft werden können, sei es die Honorartätigkeit, die durch die Haftung für Scheinselbstständigkeit für die Geschäftsführer zu riskant war, sei es die Honorierung, Informationen an Bewerber, die nicht schnell genug gingen, usw.

Fazit: Wir wollten helfen, wir wollten, dass die Niedergelassenen politisch mit dabei sein können, aber bisher überwog der Ärger statt der Freude, mit dabei zu sein.

Trotzdem sind wir der Meinung, dass wir als Ärztenetz auch bei der nächsten Krise wieder Einsatz zeigen sollten.

Gabriele Bleul
Geschäftsführender Vorstand
Gesundheitsnetz Osthessen eG
Gerloser Weg 20, 36039 Fulda
Tel. 0661 / 242 777 0
info@gesundheitsnetzosthessen.de

Gabriele Bleul

STIKO
Empfehlung [1]

Sequenzielle Pneumokokken-Impfung für Hochrisikopatienten* **mit Prevenar 13®****

* z. B. bei Krebs · Rheuma · Chronische Darmerkrankungen · HIV · Psoriasis · Immunsuppressiva · Nierenerkrankung

DIE **WELLE** IST DA. HANDELN SIE **JETZT**!

Während der Grippewelle ist die Gefahr einer **Pneumokokken-Infektion** für **Hochrisikopatienten*** besonders groß.[2]

DESHALB **JETZT** GEGEN PNEUMOKOKKEN IMPFEN.

** Sequenzielle Impfung = Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6 bis 12 Monaten

1 Empfehlung der Ständigen Impfkommission, Epidemiologisches Bulletin 34/2020

2 Klein E et al., The frequency of influenza and bacterial coinfection: a systematic review and meta-analysis, 05/2016, DOI:10.1111/irv.12398

Prevenar 13® Injektionssuspension
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (13-valent, adsorbiert)
Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 Dosis (0,5 ml) enth.: Pneumokokkenpolysaccharid, Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F: je 2,2 µg; Serotyp 6B: 4,4 µg; jeweils konjugiert a. CRM_{197}-Trägerprotein, adsorbiert a. Aluminiumphosphat. 1 Dosis (0,5 ml) enth. etwa 32 µg CRM_{197}-Trägerprotein u. 0,125 mg Aluminium. Sonst. Bestandteile: Natriumchlorid, Bernsteinsäure, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anwendungsgebiete:** Säugl., Kdr. u. Jugendl. i. Alter v. 6 Wo.–17 J.: Aktive Immunisier. z. Prävention v. invasiven Erkrank., Pneumonie u. akuter Otitis media, d. durch S. pneumoniae verursacht werden; Erw. ≥ 18 J. u. ältere Pers.: Aktive Immunisier. z. Prävention v. invasiven Erkrank. und Pneumonien, d. durch S. pneumoniae verursacht werden. Anw. sollte auf Basis offizieller Empfehl. erfolgen u. Risiko von invasiven Erkrank. u. Pneumonien i. d. versch. Altersgruppen, bestehende Grunderkrank. sowie epidemiolog. Variabilität d. Serotypen i. d. untersch. geograph. Gebieten berücksichtigen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoffe, gg. e. d. sonst. Bestandteile od. gg. Diphtherie-Toxoid. Bei schwerer akuter fiebriger Erkrank. Impfung verschieben. **Nebenwirkungen:** Säugl. u. Kdr. i. Alter v. 6 Wo.–5 J.: *NW i. klin. Studien: Sehr häufig:* vermind. Appetit; Fieber; Reizbark.; Erythem, Verhärt./Schwell. od. Schmerz/Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle; Schläfrigk.; mangelh. Schlafqualität; Erythem, Verhärt./Schwell. v. 2,5–7,0 cm a. d. Inj.-stelle (nach Boosterdosis u. bei 2–5 J. alten Kdrn.). *Häufig:* Erbrechen; Durchfall; Ausschlag; Fieber ≥ 39 °C; eingeschr. Beweglichk. a. d. Inj.-stelle wg. Schmerzen; Erythem, Verhärt./Schwell. v. 2,5–7,0 cm a. d. Inj.-stelle (nach Grundimmunisier. bei Säugl.). *Gelegentlich:* Krampfanfälle einschl. Fieberkrämpfe; Urtikaria od. Urtikaria-ähnl. Ausschlag; Erythem, Verhärt./Schwell. > 7,0 cm a. d. Inj.-stelle; Weinen. *Selten:* Überempfindlichk.-reakt. einschl. Gesichtsödem, Dyspnoe, Bronchospasmus; hypoton-hyporesponsive Episode. Apnoe bei extrem Frühgeborenen (≤ 28. SSW). Kdr. u. Jugendl. i. Alter v. 6–17 J.: *NW i. klin. Studien: Sehr häufig:* vermind. Appetit; Reizbark.; Erythem, Verhärt./Schwell. od. Schmerz/Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle; Schläfrigk.; mangelh. Schlafqualität; Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle (einschl. eingeschr. Beweglichk.). *Häufig:* Kopfschm.; Erbrechen; Durchfall; Ausschlag; Urtikaria od. Urtikaria-ähnl. Ausschlag; Fieber. Weitere NW, d. bei Säugl. u. Kdr. i. Alter v. 6 Wo.–5 J. auftraten, sind mögl. Bei Pat. m. Sichelzellkrankh., HIV-Infekt. od. hämatopoet. Stammzelltranspl. traten Kopfschm., Erbrechen, Durchfall, Fieber, Müdigk., Arthralgie u. Myalgie sehr häufig auf. Erw. ≥ 18 J. u. ältere Pers.: *NW i. klin. Studien: Sehr häufig:* vermind. Appetit; Kopfschm.; Durchfall; Erbrechen (bei Erw. zw. 18 u. 49 J.); Ausschlag; Kälteschauer; Müdigk.; Erythem, Verhärt./Schwell. od. Schmerz/Berührungsempfindlichk. a. d. Inj.-stelle (starke Schmerzen/Berührungsempfindlichk. sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 39 J.); eingeschr. Beweglichk. d. Arms (starke Beeinträcht. d. Beweglichk. d. Arms sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 39 J.); Arthralgie; Myalgie. *Häufig:* Erbrechen (bei Erw. ≥ 50 J.); Fieber (sehr häufig bei Erw. zw. 18 u. 29 J.). *Gelegentlich:* Übelk.; Überempfindlichk.-reakt. einschl. Gesichtsödem, Dyspnoe, Bronchospasmus; Lymphadenopathie i. Bereich d. Inj.-stelle. Bei HIV-Infizierten traten Fieber u. Erbrechen sehr häufig u. Übelk. häufig auf. Bei Pat. m. hämatopoet. Stammzelltranspl. traten Fieber u. Erbrechen sehr häufig auf. NW nach Markteinführ. v. Prevenar 13: *Häufigk. nicht bekannt:* Lymphadenopathie (lokalis. i. Bereich d. Inj.-stelle); anaphylakt./anaphylaktoide Reakt. einschl. Schock; Angioödem; Erythema multiforme; Urtikaria, Dermatitis, Pruritus a. d. Inj.-stelle; Hautröt. (i. Gesicht u./od. a. Körper). **Warnhinweise:** Nicht intravaskulär injizieren. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** November 2020. b-0v10pv13-sui-0

Pfizer

Was für eine Zeit! Im letzten Jahr waren wir skeptisch, ob es im Frühjahr 2021 überhaupt einen Impfstoff gegen SARS-CoV-2 geben könnte. Dann stellte sich heraus, dass BioNTech tatsächlich einen mRNA-Impfstoff noch bis Ende 2020 zur Marktreife bringen würde. Nun wurden Bedenken laut, dieser könne das Erbgut verändern (wie war das noch mal mit DNA und RNA?), weshalb man lieber auf einen anderen Impfstoff warten wollte. Mit dem Vektor-Impfstoff von AstraZeneca ist ein solcher jetzt verfügbar, da möchten sich viele Zeitgenossen mit diesem „schwachen" Impfstoff mit „vielen Nebenwirkungen" lieber doch nicht impfen lassen …

mRNA-Impfstoff

Vektor-Impfstoff

Vielleicht noch einmal ganz kurz die Fakten: Die neuen mRNA-Impfstoffe enthalten in einer Lipidhülle die „Bauanleitung" für Virusantigene, die der Körper dann selbst herstellt und damit eine spezifische Immunantwort auslöst. Vektor-Impfstoffe schleusen nach bewährtem Prinzip über nicht vermehrungsfähige Viren RNA ein, die – über die Bildung von mRNA – ebenfalls eine Antigenproduktion hervorruft. Als häufigste Impfreaktionen werden bei beiden Wirkprinzipien Schmerzen an der Einstichstelle, Abgeschlagenheit sowie Kopf- und Gliederschmerzen beschrieben. Alles bekannt von den Standard-Impfstoffen, mit denen wir seit Jahren umgehen.

Lipidhülle

Bauanleitung

Virusantigene

Die Wirksamkeit der mRNA-Impfstoffe liegt bei unglaublichen 90 % und mehr, der Vektor-Impfstoff erreicht über 65 % – mehr als die Standard-Grippeimpfung! **Dass in Deutschland wegen der geringeren Wirkung bei älteren Menschen der mRNA-Impfstoff verwendet werden soll, ist eine sinnvolle Vorsichtsmaßnahme. Medizinisch spricht nichts dagegen, eine mit dem Vektor-Impfstoff geimpfte Person zu einem späteren Zeitpunkt auch noch mit einem mRNA-Impfstoff zu impfen.**

Wirksamkeit

Vorsichtsmaßnahme

Die Impfung ist auf absehbare Zeit die einzige Möglichkeit, die freiheitseinschränkenden Maßnahmen gegen SARS-CoV-2 wieder zurückzunehmen. Es ist davon auszugehen, dass wir, ähnlich wie bei der Grippeimpfung, in Zukunft regelmäßig gegen neue Varianten werden impfen müssen. Jede Impfung ist besser als keine – und in jedem Fall besser als eine Infektion (kann ja auch mal so richtig schief gehen). Natürlich soll und darf niemand zu einer Impfung gezwungen werden, sofern nicht gesetzliche Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ausnahmefällen etwas anders vorsehen. Aber das kennen wir im Gesundheitswesen ja schon (z. B. Hepatitis-B). Eine unaufgeregte Aufklärung und transparente Kommunikation sind das Gebot der Stunde. Und nachdem jetzt das Hauen und Stechen um Impftermine die Gemüter erregt, werden wir nach dem Sommer wahrscheinlich mehr Impfstoffe zur Verfügung haben als Impfwillige. Was für eine Zeit!

Jede Impfung ist besser als keine

Aufklärung

Ärztegenossenschaft PriMa

Mehr Lebensqualität für Patienten mit Herzinsuffizienz

Das Ärztenetz PriMa in Marburg ist an einem Projekt zu einer neuen Versorgungsform für Patienten mit Herzinsuffizienz beteiligt.

Das transsektorale bedarfsorientierte Projekt zur Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz (sekTOR-HF-Projekt) wird gefördert vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Ziel des Projektes ist die Erhöhung der Lebensqualität von Herzinsuffizienzpatienten, eingruppiert nach den NYHA-Stadien I–IV, und die Reduktion von Krankenhausaufenthalten. Dabei soll auch die Sinnhaftigkeit der Entwicklung eines alternativen Vergütungsmodells geprüft werden. Das Projekt startete am 1. Juni 2020 mit der Freigabe der Fördermittel und soll bis 30. November 2023 abgeschlossen sein.

In den Regionen Bad Neustadt a. d. Saale und Marburg werden jeweils 250 Patienten, jeweils zur Hälfte nach NYHA-Stadium I und II bzw. III und IV, eingeschrieben. In beiden Regionen wirken die AOK, die DAK und die Techniker Krankenkasse als Konsortialpartner mit. Die Verbindung zur niedergelassenen Ärzteschaft erfolgt in Bayern über die KV Bayern und in Hessen über das Ärztenetz PriMa. Die Konsortialführung liegt bei der RHÖN Klinikum AG. Das Besondere an der neuen Versorgungsform ist:

- die kontinuierliche telemedizinische Datenerhebung beim Patienten über eine 12-monatige Projektphase durch eine Netzwerkstelle (Netzwerkmanager und Netzwerkassistenz) sowie die kontinuierliche telemedizinische Datenerhebung zu Hause durch den Patienten selbst,
- das kontinuierliche Monitoring der telemedizinisch erhobenen Daten und die Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld durch die Netzwerkstelle,
- die enge Zusammenarbeit zwischen der Netzwerkstelle mit dem betreuenden Haus- oder Facharzt und bei Bedarf mit dem Klinikarzt,
- die Benennung eines Klinikarztes als zusätzlichem Ansprechpartner zu dem bisher betreuenden Haus- oder Facharzt für die besonders vulnerable Patientengruppe mit den NYHA-Stadien III und IV.

Umsetzung in Mittelhessen

Die Patienten der NYHA-Stadien I und II werden in Mittelhessen in den teilnehmenden haus- und fachärztlichen Praxen des PriMa Ärztenetzes und, soweit NYHA-Stadium III oder IV vorliegt, im Universitätsklinikum Gießen-Mar-

burg, Standort Marburg, des RHÖN Konzerns anhand der Teilnahmevoraussetzungen angesprochen und über das Projekt aufgeklärt. Der Patient unterschreibt bei Interesse die Teilnahmeerklärung und erhält das Datenschutzmerkblatt sowie die Versicherteninformation. Die Teilnahme wird mit der jeweiligen Krankenkasse abgestimmt. Die Basisregistrierung des Patienten im eHealth-Portal und die Dokumentation der ärztlichen Leistung für die Evaluation erfolgen durch den teilnehmenden Haus- oder Facharzt der PriMa oder das Universitätsklinikum Marburg.

Einrichtung und Tätigkeit einer Netzwerkstelle

In beiden Regionen wurde eine Netzwerkstelle mit Netzwerkassistenz und -arzt eingerichtet. Die Netzwerkassistenz (NWA) macht einen initialen Hausbesuch beim Patienten. Sie richtet telemedizinische Geräte ein und unterweist den Patienten in deren Anwendungen. Die NWA führt dabei einen ersten Check-up mit ausführlicher Dokumentation und Datensicherung für die Evaluation im eHealth-Portal durch. Der Patient erhält von der Netzwerkassistenz eine Waage, einen Ohrsensor für ein telemedizinisches Monitoring der Herzfrequenz, der Sauerstoffsättigung, des Blutdrucks und ggf. ein mobiles Gerät zur 3-Kanal-EKG-Aufzeichnung. Es erfolgt die Dokumentation im eHealth-Portal für die Evaluation.

Während der zwölfmonatigen Projektphase besucht die NWA die eingeschriebenen Patienten bis zu elf Mal (zusätzlich zum initialen Besuch unmittelbar nach der Einschreibung der Patienten in das Projekt) im Rahmen von Hausbesuchen und führt Untersuchungen zur Erhebung ausgewählter Vitaldaten/Laborwerte für die Evaluation des Projektes durch und pflegt diese in das eHealth-Portal ein. Ferner werden durch sie alle telemedizinisch erhobenen behandlungsrelevanten Daten zentral im eHealth-Portal gesammelt und unter Einbeziehung der Daten, die der Patient selbst erhebt, auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Während der zwölfmonatigen Projektphase erfolgt für alle telemedizinisch erhobenen Daten im eHealth-Portal ein Monitoring durch den Netzwerkmanager (NWM): Die Daten werden durch den Netzwerkmanager überwacht und nach festgelegten evidenzbasierten Algorithmen bewertet. Bei Auffälligkeiten kontaktiert der NWM den betreuenden Haus- oder Facharzt und bespricht Handlungsempfehlungen. NWA und der NWM sind während der zwölfmonatigen Projektphase auch Ansprechpartner für die teilnehmenden Akteure (z. B. Ärzte, Patienten) und koordinieren diese bei Bedarf.

Trennung von der Regelversorgung

Die regelhafte Versorgung der HF-Patienten (Regelversorgung) erfolgt unverändert im niedergelassenen Bereich durch die betreuenden Haus- und Fachärzte und im stationären Bereich im Rahmen von Einweisungen oder Direktaufnahmen und von Notaufnahmen.

Evaluation

Im Rahmen der Evaluation, federführend durch das RWI in Essen, wird der mittlere Gesundheitszustand der eingeschriebenen Patienten vor und nach der Projektphase von jeweils zwölf Monaten verglichen. Weitere Parameter sind insbesondere die Hospitalisierungsrate und die Frage, ob ein verändertes Vergütungssystem eventuelle positive Effekte der Interventionen besser absichern kann. Nicht zuletzt wird eine Aussage zur Etablierung eines sektorenübergreifenden Versorgungsmodells und zur Sinnhaftigkeit einer Netzwerkstelle erwartet.

Stand der Umsetzung

Die beteiligten Akteure haben mit der im Projekt sekTOR-HF angelegten neuen Form der Behandlung, die den Kriterien für besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V entspricht, teilweise Neuland betreten. Es gelang bis Ende Februar 2021, viele notwendige technische, organisatorische, finanzielle und nicht zuletzt datenschutzrechtliche Voraussetzungen zur Umsetzung des Projektes zu schaffen. Die Einschreibung der Patienten startete am 1. März 2021.

Dr. Hans-J. Conrad, Geschäftsführer, PriMa eG, Marburg

Ärztegenossenschaft PriMa e.G.
Zu den Sandbeeten 5
35043 Marburg
Telefon: 06421 / 590 998 - 0
E-Mail: info@prima-eg.de

GNEF | Gesundheitsnetz Frankfurt/Main

Versorgungsprojekt für demenzkranke Patienten

Das GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG ist Konsortialpartner im Innovationsfondprojekt InDepandant – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung.

Das Gesundheitsnetz Frankfurt hat in den Jahren 2014 bis 2015 im Rahmen eines Förderprogrammes der hessischen Landesregierung ein Versorgungsprojekt für demenzkranke Patienten und deren Angehörige ins Leben gerufen. Durch den Aufbau einer Versorgungskette mit strukturierter, intersektoraler Zusammenarbeit und damit optimiertem Einsatz der vorhandenen Ressourcen konnte eine deutliche Versorgungsverbesserung der demenzkranken Patienten erreicht werden bei gleichzeitiger Entlastung der pflegenden Angehörigen. Ebenso konnte eine deutliche Entlastung der betreuenden Haus- und Fachärzte gezeigt werden. In den Jahren 2016–2020 ist das Projekt von unterschiedlichen Institutionen gefördert worden.

In diesem Jahr wird das GNEF-Projekt einem Innovationsfondprojekt unter der Konsortialführung des DZNE – Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen in Greifswald angeschlossen und weiterentwickelt. Die im GNEF-Netz angestellte Versorgungsassistentin wird mit einem weiteren Kollegen zur Dementia care managerin/manager ausgebildet. Ein IT-basiertes Versorgungs-Management-System wird bei der Identifizierung der unterschiedlichen und vielfältigen Versorgungsbedarfe unterstützen.

Weitere Konsortialpartner neben GNEF sind die Universitätsmedizin Greifswald, die Universitätsmedizin Rostock, die Techniker Krankenkasse, die AOK Nord-Ost sowie die Ärztenetzwerke HaffNet und das Demenz-Netzwerk-Uckermark e.V.

Ansprechpartner:
Ärztliche Leitung im GNEF: Dr. Carola Koch
Externes Projektmanagement:
Julia Riss – Praxisorgansation & Verwaltung

GNEF Netzbüro
Schleusenweg 22, 60528 Frankfurt am Main
Tel.: 069 – 25788008
E-Mail: info@gnef.de

Innovation und diagnostische Vielfalt

- Hämatologie
- Immunologie
- Immunhämatologie
- Infektionsserologie
- Hämostaseologie
- Endokrinologie
- Molekularbiologie
- Klinische Chemie
- Mikrobiologie
- Allergiediagnostik

Schnelligkeit & Patientennähe

- 200 Mitarbeiter
- 10 Fachärzte
- 10 Naturwissenschaftler
- 120 MTA und MFA

Regionales Labor mit überregionalen Kompetenzen

UNSERE KOMPETENZZENTREN

Laborarztpraxis
Dres. Walther, Weindel und Kollegen
Berner Straße 117 • 60437 Frankfurt
Tel. 069 - 669 003 900

Hormone Hamburg
Dres. Schaudig und Schwenkhagen
Altonaer Straße 59 • 20357 Hamburg
Tel. 040 - 30 68 36 55

Laborarztpraxis
Expertise • Innovation
www.laboraztpraxis.de

Urologen:

Vergütung der Hygienekosten unangemessen

Die Hessische Urologen eG (HUeG) und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) sehen urologische Patientenversorgung gefährdet.

„In Corona-Zeiten sollte sowohl der Politik als auch den Krankenkassen klar sein, dass die Hygiene vorrangig behandelt werden muss – gerade im Hinblick darauf, dass Arztpraxen bald massenweise gegen Covid-19 impfen", erklärt Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V. (BvDU). „Es ist absolut unverständlich, warum die Hinhaltetaktik der Krankenkassen in der Hygiene-Thematik von der Politik und den Standesvertretern toleriert wird."

Schroeder kritisiert die bislang unangemessene Vergütung der Hygienekosten in urologischen Praxen. Ein allgemeiner Hygienezuschlag war bereits bei den Verhandlungen zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) 2019 zugesagt worden und sollte im April 2020 eingeführt werden. Auch der Corona-Schutzschirm für Praxen deckt diese Leistungen nicht ab. „Wir Urologen wollen und dürfen unsere Patienten nicht gefährden, weder durch Unterschreiten eines Hygienestandards noch durch Unterlassung wichtiger Untersuchungen oder operativer Behandlungen", so der BvDU-Präsident weiter. Am 17. März 2021 will sich der Erweiterte Bewertungsausschuss (E-BA) erneut zum Thema beraten.

Praxen legen seit Jahren bei der Hygiene drauf

Schon seit 2012 gelten striktere Richtlinien für die Hygiene bei der Medizinproduktaufbereitung. Sie verursachen enorme Kosten, insbesondere für ambulant operierende Praxen. Diese Kosten werden nur durch Steigerung des Punktwertes abgebildet und somit nicht real aufgefangen. „Unter Corona sind die Ausgaben für jegliche hygienische Artikel noch einmal massiv gestiegen – beispielsweise haben sterile Handschuhe Preissteigerungen von bis zu 200 Prozent", unterstreicht auch HUeG-Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Kollenbach. „Zudem werden der erhebliche Mehraufwand für Hygiene-Fortbildungen von Ärzten und medizinischem Fachpersonal, Praxisbegehungen oder Validierungen aktuell weder im EBM abgebildet noch pauschal extra honoriert", erläutert der Leiter des Sachausschusses Qualitätsmanagement und Hauptausschuss-Sprecher des Berufsverbands.

Urologen fordern eine aufwandsgerechte Abbildung der Hygienekosten

„Hygiene duldet keine Kompromisse, somit auch deren Gegenfinanzierung nicht", betont BvDU-Präsident Schroeder. „Wir Urologen stehen für eine hochwertige und hygienisch einwandfreie Patientenversorgung. Es darf nicht sein, dass dieses hohe Gut durch die fehlende Vergütung durch die Krankenkassen gefährdet wird."

Über den Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Seit fast 70 Jahren vertritt der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) erfolgreich die Berufs- und Standesinteressen der urologischen Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik und Praxis. Neben der berufspolitischen Arbeit widmet sich der Berufsverband stellvertretend für seine Mitglieder der Entwicklung und dem Ausbau von Kooperationsmodellen mit der Gesundheitswirtschaft. Wichtige Themen wie Selektivverträge, Fort- und Weiterbildungsangebote, Vertrags- und Veranstaltungsmanagement, Sponsoring und Rabattverträge liegen hierbei im Fokus. Als Interessenvertretung der Urologinnen und Urologen in Klinik und Praxis fördert der BvDU die Wertschätzung des Berufsstands. Seine Ziele sind u. a. leistungsgerechte Honorare, die Eindämmung der Bürokratie sowie die Sicherstellung ärztlicher und beruflicher Entscheidungsfreiheit in Klinik und Praxis.
www.urologie-gestalten.de

HUeG
Hessische Urologen Genossenschaft

Hessische Urologen eG
Gabriele Bleul
Gerloser Weg 20, 36039 Fulda
Tel.: 0661-2427770
E-Mail: info@hessische-urologen.de
www.hessische-urologen.de

Rabattiertes Xarelto® für über 9 von 10 Ihrer GKV-Patienten*

Ihr Vorteil: Sie erschließen Wirtschaftlichkeitsreserven durch jede rabattierte Xarelto-Verordnung!

Xarelto-Rabattverträge: Barmer **NEU**, DAK **NEU**, AOK Hessen, Techniker Krankenkasse (TK)**, IKK classic **NEU**, KKH Kaufmännische Krankenkasse **NEU**, Hanseatische Krankenkasse (hek)**, Knappschaft, Audi BKK **NEU**, weitere BKKen**,#, AXA (PKV)

Xarelto® Rivaroxaban

* In Hessen sind nun 93,59 % der GKV-Versicherten durch Rabattverträge für Xarelto abgedeckt. ** Rabattvertrag besteht mit einem oder mehreren Parallelimporteuren.
# Im Rabattvertrag sind nur die N3-Packungen der Xarelto 15/20 mg und die N2-Packung der Xarelto 10 mg Dosierung berücksichtigt.