An aerial photograph of a snowy landscape. In the center, there are several buildings, including a large white one and a smaller one. The ground is covered in snow, and there are some trees scattered around. A yellow graphic element, resembling a stylized 'A' or a mountain peak, is in the top left corner.

DOXS

DOXS e.G.

Magazin 04/2009

Der Landarzt stirbt aus
Ambulante medizinische Versorgung
in Nordhessen

Psychotherapie
in der künftigen Versorgungslandschaft

Chronische Wunden
DOXS AG erarbeitet Leitfaden

Palliativmedizin

Inhalt

Magazin 04/2009

Grußwort von Dr. Lang	3
Kommentar: Nur gemeinsam haben wir eine Chance, unsere Interessen umzusetzen	6
DOXS Medizintechnik GmbH legt neuen Katalog vor	7
kurz & bündig	8
Leitfaden zur Diagnose und Therapie chronischer Wunden	12
Der Landarzt stirbt aus	14
Ein Kreis sucht neue Bürger	24
DOXS: Eine Genossenschaft für 3 Heilberufe – Über den potenziellen Raum für Psychotherapie in einer zukünftigen Versorgungslandschaft und bei der DOXS eG	24
Debatte – Notdienstsektor West protestiert gegen neue Notdienstpläne	28
Interview: Hausärzte stärker in die multiprofessionelle Palliativversorgung einbeziehen!	32
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Zwei Teams rund um die Uhr im Einsatz	36
Weiter umstritten – und noch nicht vom Tisch: Elektronische Gesundheitskarte	39
„Neue Grippe“: Hintergründe und Abgründe	40
Gesundheitswesen: Neue Bundesregierung plant radikalen Umbau	44
Der Arzt als Verkäufer – Berufsrechtliche und steuerliche Überlegungen	47
Impressum	51



Grußwort von Dr. Lang

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt die vierte Ausgabe des DOXS-Magazins und ich freue mich, dass wir Ihnen wieder pünktlich eine Reihe von interessanten Beiträgen und Informationen rund um die DOXS präsentieren können. Unsere Mitgliederzeitschrift dient nicht nur der Information aller „DOXS“, sondern wird auch Vertretern der Krankenkassen, der Kassenverbände, der KV, der Presse, der Politik und der Industrie zugestellt. Zwischenzeitlich haben wir zusätzlich zum quartalsweisen DOXS-Magazin in etwa 14-tägigen Intervallen den Newsletter „DOXS akut“ aufgelegt, der Sie kurzfristig mit aktuellen Informationen aus der Geschäftsstelle versorgt und wichtige Themen aufgreift. An dieser Stelle einen herzlichen Dank an unsere Pressereferentin Frau Gundula Zeitz und die Inserenten.

Die Beiträge im Magazin sind erneut so vielfältig wie die Wünsche und Anforderungen, die unsere Mitglieder an die Tätigkeitsbereiche von Vorstand, Aufsichtsrat und Geschäftsstelle stellen. Es vergeht keine Sitzung, in der wir uns nicht die Frage stellen, wie wir die DOXS-Mitgliedschaft als Mehrwert zu anderen Vereinigungen darstellen und ausbauen können, nicht zuletzt wegen des Mitgliedsbeitrags.

Dieser Mitgliedsbeitrag – 100 % rechtskonform in allen Belangen und basisdemokratisch beschlossen – hat zu Irritationen, Austritten und einem ganz erheblichen administrativen und finanziellen Mehraufwand auf allen Ebenen geführt. Alle Verantwortlichen müssen nun – wieder rechtskonform und im Sinne der verbliebenen rund 500 Mitglieder – die Genossenschaft korrekt verwalten und in die Zukunft blicken. Die Mitgliederverwaltung macht einen Großteil der Arbeit in der Geschäftsstelle aus. Uns erreichen leider regelmäßig Nachrichten, dass unsere Informationen weder per Fax noch per E-Mail unsere Mitglieder erreichen. Sollte das auch bei Ihnen so sein, bitten wir um einen Anruf in der Geschäftsstelle, damit wir diesem Problem umgehend nachgehen können.

DOXS eG hat Talsohle hinter sich gelassen

Die DOXS Genossenschaft, von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zur Sicherung der Freiberuflichkeit ins Leben gerufen, hat eine erhebliche Lernphase mit einer Konsolidierungsphase durchgemacht und wir haben nun die Talsohle hinter uns gelassen. Wir haben aus Fehlern gelernt und wir stellen in der Bewertung der vergangenen zwei Jahre fest, dass wir genau die gleichen Erfahrungen und Entwicklungen gemacht haben wie andere Genossenschaften. Wir haben erfahren, dass eine

Genossenschaft ohne ein Mindestmaß von Verbindlichkeit der Mitglieder untereinander nicht existieren kann. Wir haben gelernt, dass unsere Genossenschaft ein Wirtschaftsunternehmen darstellt und nicht nach Sprechstundenende auf ehrenamtlicher Basis geführt werden kann. Mittlerweile hat sich in der Geschäftsstelle, im Vorstand und im Aufsichtsrat eine gute Routine eingestellt, die auch in jeder Praxis für einen geregelten Ablauf erforderlich ist. Ganz besonders ist unser Geschäftsführer, Herr Dipl.-Kfm. Gernot Ruffing, zu nennen, der die Genossenschaft seit dem 1.9.2009 hauptberuflich führt. Herr Ruffing verfügt über reichlich Erfahrung nach mehrjähriger Tätigkeit bei einem Krankenhausverband in Frankfurt und als Verwaltungsleiter eines Frankfurter Krankenhauses. Mein Vorstandskollege Dr. Stefan Pollmächer und ich werden den erforderlichen Input aus haus- und fachärztlicher Sicht liefern. Der neue Aufsichtsrat unter dem bewährten Vorsitz von Herrn Sommer hat sich gut eingespielt. Mit Frau Monika Kepper und Frau Angelika Niebling haben wir ein nun gut eingespieltes Team in der Geschäftsstelle. Im kommenden Jahr werden wir vermehrt Fach- und Regionalgruppenkonferenzen einberufen, um die Zusammenarbeit mit der Basis weiter auszubauen. Wir laden Sie herzlich ein, an den zahlreichen Informationsveranstaltungen und Aktivitäten teilzunehmen.

DOXS Medizintechnik GmbH bietet Rabatt von 75 Euro

Die Austritte stellen uns vor die Frage, warum Kolleginnen und Kollegen trotz der Möglichkeiten, die unsere Genossenschaft bietet, den Alleingang wählen? Sollte es der steuerabzugsfähige Mitgliedsbeitrag von 75 Euro sein, so möchten wir Sie bitten, die Möglichkeit des Einkaufs über Ihr und unser eigenes Unternehmen – die DOXS Medizintechnik GmbH – zu überdenken und davon regen Gebrauch zu machen. Wir sind die einzige deutsche Ärztegenossenschaft mit einem solchen Unternehmen. Bei einem monatlichen Bestellwert von 2.000 Euro erhalten Sie einen Rabatt von 75 Euro, das entspricht Ihrem Mitgliedsbeitrag. Ich möchte ganz besonders darauf hinweisen, dass unsere DOXS Medizintechnik mit ihrem Geschäftsführer Herrn Peter Gramatzki nicht nur in der Lage ist, Ihnen jegliche Praxisartikel zu einem kompetitiven Preis zu liefern, sondern Sie auch mit Ihrem Sprechstundenbedarf zu versorgen. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihr eigenes Medizintechnikunternehmen die Möglichkeit, Wartungen, Reparaturen und relevante Prüfungen Ihrer Geräte, zum Beispiel nach der Medizingeräteverordnung (MedGV), durchzuführen. Unsere Kalkulationen zeigen, dass wir in der Lage wären, den Mitgliedsbeitrag gegen Null zu setzen, wenn alle Mitglieder Praxisartikel und Sprechstundenbedarf bei ihrem eigenen Unternehmen kaufen würden – einfacher geht es kaum. In Kürze werden Sie den neuen Katalog erhalten, Sie können aber auch über Ihre Homepage www.doxs-medizintechnik.de den Katalog einsehen und daraus bestellen. Wenn Sie dort einen Artikel nicht finden sollten, rufen Sie bitte Herrn Gramatzki an.

Sie möchten immer noch die DOXS verlassen?

So weit, so gut – hier sind sechs weitere Gründe, warum ich meine, dass es sich überhaupt nicht lohnt, bei den DOXS zu sein und wieder weiter Einzelkämpfer zu sein.

1. Weil ich mich von meinem Berufsverband und meiner wissenschaftlichen Fachgesellschaft – irgendwo –, der KV und der Zwangsmitgliedschaft bei der Ärztekammer – in Frankfurt und Berlin – als niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut und Freiberufler ausreichend vertreten fühle.
2. Wenn ich nur lange genug warte, werden die anderen, zum Beispiel meine gewählten Volksvertreter, für mich meine lokale Position sicherlich gut regeln.
3. Ich bin jedes Mal überwältigt von der Höhe der Vergütung meiner ärztlichen Leistungen, so zum Beispiel beim ambulanten und belegärztlichen Operieren.
4. Ich habe es nicht nötig, mir außerhalb der KV Einnahmequellen zu erschließen. KV-komplementäre Einnahmequellen gibt es schließlich bei Managementgesellschaften, die meine ärztlichen Leistungen den Krankenkassen gegen Maklergebühr anbieten.

5. Ich nehme mit Freude meinen RLV-Bescheid zur Kenntnis, ich habe schließlich Mitspracherecht auf Augenhöhe, weil ich fristgerecht meinen Widerspruch einlege.
6. Alles in allem habe ich sicherlich überhaupt keinen Grund, mich bei einer Genossenschaft wie den DOXS zu engagieren, die mir (fast) alles aus einer Hand vor Ort bieten kann, denn ich werde extern ausreichend verwaltet und zu meiner Zufriedenheit bedient.

Sie möchten die DOXS trotzdem und immer noch verlassen?

Ich möchte jetzt die Ausgetretenen und Austrittswilligen zunächst bitten, nicht zu überdenken, warum sie ausgetreten sind, sondern sich vielmehr zu fragen, warum sie vor knapp zwei Jahren ihre Unterschrift als Gründungsmitglied der Genossenschaft geleistet haben und eingetreten sind? Wenn es lediglich die Angst vor der lokalen Umsetzung eines Vertrags zwischen einem lokalen, ärztlich geführtem MVZ und einem Krankenkassenverband war, so hat die Genossenschaft tatsächlich ihren Zweck erfüllt und kann liquidiert werden. Habeas – dafür hat sich die Einlage doch hinreichend gelohnt! Doch die Präambel der Genossenschaft hatte bereits am Tag der Gründung gänzlich andere Inhalte und Ziele.

Vorstand und Aufsichtsrat freuen sich über jedes Mitglied, das ihren und seinen Austrittswillen überdacht hat. Möge Ihnen dieser Artikel dabei helfen, denn Sie können Ihre Kündigung jederzeit und bis zum endgültigem Austrittsdatum widerrufen!

Als Gründe für den Austritt werden in der Regel „enttäuschte Erwartungen“ genannt, auch „die tun nichts“, „von denen hört man nichts“ wird angeführt. Doch bereits bei oberflächlicher Bitte um Konkretisierung der Kritik, spätestens aber bei genauer Analyse und Hinterfragen dieser Äußerungen bröckelt diese Fassade jedoch schnell und großflächig ab. Ich möchte Sie bitten, die Mitgliederzeitungen und die DOXS-Veranstaltungstermine zur Hand zu nehmen, um zu prüfen, ob diese Argumente Bestand haben, und sich dann ein Urteil zu bilden. Selbstverständlich hätten wir alle gerne (noch) mehr Möglichkeiten, KV-komplementäre Einnahmequellen, zum Beispiel bei Verträgen zur Integrierten Versorgung, für uns zu erschließen. Der aktuelle Stand der Vertragslandschaft bundesweit und in Hessen gibt jedoch derzeit nicht mehr her.

Eigene Ideen und Vorschläge für IV-Verträge gesucht

Einer der wichtigsten Punkte für die weitere Arbeit und für den Erfolg der DOXS eG ist es, das Engagement aller Mitglieder zu aktivieren. In diesem Zusammenhang möchte ich alle Mitglieder der Genossenschaft auffordern, uns ihre Vertragskonzepte, -vorschläge, Wünsche, Anregungen und konstruktive Kritik mitzuteilen, gerne auch im Telefonat oder persönlichem Gespräch. Wenn Sie jedoch keine Zeit oder Möglichkeiten haben, sich persönlich durch Anwesenheit und Engagement einzubringen, möchte ich Sie abschließend bitten, die DOXS-Genossenschaft – zumindest passiv – durch Ihre Mitgliedschaft zu unterstützen. So können Sie die Kolleginnen und Kollegen, die sich aktiv und mit viel Engagement für Ihren Wunsch – den Erhalt und die Förderung der Freiberuflichkeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten – einsetzen, fördern.

DOXS-Vorstand und Aufsichtsrat hoffen, dass die Aufbruchstimmung der Gründungsversammlung für eine starke Genossenschaft erneut bei Ihnen ankommt, und wir laden Sie herzlich ein, dabei mitzumachen.

Mit besten Wünschen zur Weihnachtszeit

Ihr
Erhard Lang
DOXS Vorstand

PD Dr. Erhard Lang ist als Facharzt für Neurochirurgie seit 2004 in einer neurochirurgischen Gemeinschaftspraxis am Rotem Kreuz Krankenhaus Kassel tätig. Der 45-jährige ist Gründungsmitglied der DOXS eG, war zunächst Mitglied im Aufsichtsrat und gehört seit etwa einem Jahr dem Vorstand der Genossenschaft an.





KOMMENTAR

Von Dr. Gerd Rauch

Nur gemeinsam haben wir eine Chance, unsere Interessen umzusetzen

Nach einem fulminanten Start der DOXS eG kam es nach den ersten Monaten zu einer gewissen Ernüchterung. In der Anfangseuphorie ging der erste Vorstand davon aus, die Genossenschaft könne ohne Mitgliedsbeiträge auskommen. Hier gab es leider eine Fehleinschätzung, sodass die Mitgliederversammlung in einem zweiten, mühsamen Versuch, wie übrigens in fast allen anderen Netzen auch, einen Mitgliedsbeitrag beschloss – eine basisdemokratische Entscheidung.

Lassen Sie uns unsere ursprünglichen Ziele nicht aus den Augen verlieren: Sicherung der Freiberuflichkeit, ein starker Verbund zur Durchsetzung unserer Ziele gegenüber den Krankenkassen, den Managementgesellschaften, der KV, der Landesärztekammer und den politischen Institutionen. Nur gemeinsam als Haus- und Fachärzte haben wir eine Chance, unsere Interessen durchzusetzen.

Erhard Lang zeigt in seinem Grußwort auf, dass nun ein neuer Wind weht. Mit gut aufbereiteten Informationen versuchen die DOXS-Gremien, über unsere Mitgliederzeitschrift und über den Newsletter „DOXS akut“ mehr Transparenz zu bieten und die Aktivitäten der Genossenschaft darzustellen. Sicherlich ist der Weg zu mehr Professionalisierung, der jetzt endlich eingeschlagen wurde, sehr zu begrüßen. Hierzu gehört neben der Verbesserung der Kommunikationsstrukturen auch die Einstellung eines erfahrenen Geschäftsführers, Herrn Gernot Ruffing, der unsere Vorstände Stefan Pollmächer und Erhard Lang in ihrer Arbeit tatkräftig unterstützt.

Weiterhin setzt sich Erhard Lang in seinem Grußwort kritisch und auch sehr ehrlich mit dem Für und Wider einer Mitgliedschaft in unserer Genossenschaft auseinander. Bleiben oder Austreten: Auch dieser Teil des Grußworts zeigt den Willen zu maximaler Transparenz – gleichzeitig verbunden mit der Bitte, dass Sie als Mitglieder Ihre Wünsche und Anregungen den DOXS-Gremien, insbesondere dem Vorstand mitteilen und dass Sie sich bitte auch auf den Fach- und Regionalkonferenzen mit einbringen.



Dr. Gerd Rauch ist Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin in Kassel und Mitglied im Aufsichtsrat der DOXS eG. Er betreibt zusammen mit vier Kolleginnen und Kollegen eine orthopädisch-chirurgische Praxis. Berufspolitisch ist Rauch als stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden in Hessen aktiv.

Allerdings gebe ich zu bedenken, dass unsere Mitglieder auch – bei all ihrem Idealismus und ihrer Geduld mit ihrer DOXS – mittelfristig eine Win-Win-Situation erwarten können. Das heißt: Mit Blick darauf, dass Sie als Mitglieder monatliche Beiträge zahlen, muss auch ein finanzieller Rückstrom, zum Beispiel durch gut verhandelte integrierte Versorgungsverträge in den verschiedensten Fachgebieten, auch unter Einschaltung professioneller Managementgesellschaften, erreicht bzw. verbessert werden.

Im Rahmen der integrierten Versorgung kann durch von Ihnen arbeitsteilig erbrachte, GOÄ-abgebildete Leistungen auf legalem, von der LÄK genehmigten Weg eine faire Vergütung außerhalb der kassenärztlichen Versorgung erfolgen.

Unterstützen Sie mit Ihrer Aktivität die DOXS, so wird die Genossenschaft wieder lebendiger und der Vorstand, der Aufsichtsrat sowie das DOXS-Geschäftsstellenteam gehen mit noch mehr Schwung und Motivation ans Werk.

DOXS

MEDIZINTECHNIK GMBH

legt neuen Katalog vor
Rückvergütung für Mitglieder
Kostenlose Medikamentenentsorgung
Bürobedarf und EDV-Zubehör

Er ist diesmal gut 250 Seiten stark, der Katalog der DOXS Medizintechnik GmbH, die nicht nur DOXS-Mitgliedern günstige und vielfältige Einkaufsmöglichkeiten bietet: Rund 30.000 Medizinprodukte – von der Spritze bis zum Ultraschall, von der Arzttasche bis zur OP-Ausstattung – kann das Tochterunternehmen der Ärzte- und Psychotherapeutengenossenschaft DOXS eG liefern. Ein Kernsortiment von rund 6.000 Artikeln kann online unter www.doxs-medizintechnik.de bestellt werden.

„Als Vollversorger haben wir Geräte zur Diagnostik und Therapie aller namhaften Hersteller ebenso im Programm wie abrechenbaren Sprechstundenbedarf“, sagt Peter Gramatzki, Geschäftsführer der Medizintechnik GmbH. „Wir liefern aber auch Bürobedarf

Anzeige

KOMPETENZ IM MEDIZINRECHT

Als interdisziplinäre Wirtschaftskanzlei hat sich Dithmar • Westhelle • Assenmacher • Zwingmann & Partner unter anderem auf Medizinrecht spezialisiert. Zu unseren Mandanten zählen Ärzte, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen, die wir bei der Gründung von Gemeinschaftspraxen, gesellschaftsrechtlichen Streitigkeiten und in KV-Angelegenheiten beraten und vertreten. Unseren Fokus setzen wir auf ärztliches Gesellschaftsrecht, Vertragsarztrecht, aber auch Arbeits- und Haftungsrecht. Die spezifischen Problemstellungen von Ärzten kennen wir.

Lassen Sie uns darüber sprechen!



DITHMAR WESTHELLE ASSENMACHER ZWINGMANN & PARTNER
WIRTSCHAFTSPRÜFER STEUERBERATER RECHTSANWÄLTE NOTAR

Kassel · Wilhelmshöher Allee 270 · Kugelhaus · 34131 Kassel-Bad Wilhelmshöhe
Telefon: 05 61 / 31 66-0 · Fax: 05 61 / 31 66-500 · E-Mail: ks@dwaz.eu · www.dwaz.eu

oder EDV-Zubehör“, erklärt er. „Kompetente Beratung durch erfahrene Medizintechniker ist selbstverständlich. Ebenso bieten wir einen zuverlässigen und qualifizierten Lieferservice innerhalb von 48 Stunden inklusive umfangreicher Einweisung für die bei uns bestellten Waren“, so der Geschäftsführer.

Auch technischen Service bietet die GmbH, die im Oktober 2008 unter dem Motto „Von Ärzten für Ärzte“ an den Start ging: Reparaturen und Kontrollen nach berufsgenossenschaftlicher Verordnung gehören ebenso dazu wie messtechnische Kontrollen wie etwa die Eichung von Blutdruckmessgeräten. Darüber hinaus entsorgt die DOXS-Tochter abgelaufene Medikamente: Ein Anruf bei der Medizintechnik GmbH und der Abfall wird vom Auslieferungswagen kostenlos in der Praxis abgeholt und von einem spezialisierten und zertifizierten Müllentsorgungsunternehmen fachgerecht vernichtet.

Für Genossenschaftsmitglieder ist der Einkauf bei der DOXS Medizintechnik seit dem 1. Oktober 2009 noch preiswerter: Mitglieder, die innerhalb des laufenden Geschäftsjahres bis 31. September 2010 Praxisbedarf ordern, erhalten ab einem Bestellwert von 2.000 Euro eine Vergünstigung von 75 Euro – das entspricht genau einem monatlichen Mitgliedsbeitrag in der DOXS eG. Wenn eine oder mehrere Bestellungen den Wert von 2.000 Euro erreichen, wird ein Monatsbeitrag bei der DOXS Medizintechnik gutgeschrieben. Das heißt: Für 4.000 Euro werden 150 Euro rückvergütet und so weiter.

guz

DOXS Medizintechnik GmbH

Peter Gramatzki

Schillerstraße 39
34117 Kassel

Tel.: 0561 – 500 49 430

Fax: 0561 – 500 49 435

E-Mail: info@doxs-medizintechnik.de

kurz & bündig



DOXS-Vorstand trifft hessischen Gesundheitsminister

Der hessische Minister für Familie, Arbeit und Gesundheit, Jürgen Banzer (CDU), hat sich im Gespräch mit DOXS-Vorständen positiv zum System einer Kostenerstattung für ärztliche Leistungen geäußert. PD Dr. Erhard Lang und Dr. Stefan Pollmächer trafen Banzer am 27. Oktober in Wiesbaden – und kehrten sehr angetan nach Kassel zurück: „Es war ein sehr konstruktives Gespräch“, sagten Dr. Lang und Dr. Pollmächer. „Wir haben den Minister auf die gegenwärtigen Widrigkeiten hinweisen können, die den niedergelassenen Ärzten das Leben schwer machen“, so der DOXS-Vorstand. Banzer habe ein offenes Ohr für die Anliegen der Niedergelassenen gehabt.



Verhandlungen mit MedatiXX

Mit Vertretern der zweitgrößten Arztsoftware-Anbieter, der MedatiXX-Gruppe, hat sich DOXS-Vorstand Dr. Stefan Pollmächer in der Geschäftsstelle der Genossenschaft getroffen. „Wir haben weitere Möglichkeiten der Kooperation sondiert“, so Dr. Pollmächer. Unter anderem geht es um eine Vernetzung von DOXS-Mitgliedern untereinander. Eine DOXS-Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Thema. Ansprechpartner ist Dr. Stefan Pollmächer, pollmaecher@t-online.de.

TREND-Treffen der Netzmanager

Rund 30 Manager von Ärztenetzen aus dem gesamten Bundesgebiet kamen am 2. und 3. Oktober in Detmold zum „TREND 2009“ zusammen. „TREND“ steht für „Treffen erfolgreicher Ärztenetze Deutschlands“. Dahinter verbirgt sich ein loser Zusammenschluss von Ärztenetzen, die sich jährlich zum Informationsaustausch und zur Kontaktpflege treffen. Diesmal mit dabei: die DOXS-Vorstand Dr. Stefan Pollmächer sowie DOXS-Geschäftsführer Gernot Ruffing. Die Ärztenetz Lippe GmbH hatte das diesjährige Treffen ausgerichtet. Zentrales Thema in diesem Jahr: Marketing in Ärztenetzen.

Kostenlose Kleinanzeigen für Mitglieder

Das Redaktionsteam weist noch einmal auf eine neue Rubrik im DOXS-Magazin hin: Der „Marktplatz“ bietet Raum für kostenlose Kleinanzeigen der DOXS-Mitglieder. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle, Tel. (0561) 766 207-12 oder an die DOXS-Magazin-Redakteurin Gundula Zeitz, Tel. (0171) 70 68 236 und info@gundulazeitz.de. „Wir freuen uns auch über Anregungen, Kritik, Themenvorschläge und über Leserbriefe“, sagt Zeitz, die auch PR-Beauftragte der DOXS eG ist. Dem Redaktionsteam gehören überdies DOXS-Aufsichtsrat Michael Frölich und DOXS-Vorstand Dr. Stefan Pollmächer an.

Homepage zeitweise nicht erreichbar

Auf vielfachen Wunsch unserer Mitglieder wird derzeit die Website der DOXS eG umgestaltet und zieht deshalb auch auf einen neuen Server um. Dabei kann es leider immer wieder dazu kommen, dass die Homepage vorübergehend nicht erreichbar sein wird. Wir bitten darum, die Ausfälle zu entschuldigen.

Keine weitere Beteiligung am BMBF-Wettbewerb

Die DOXS eG wird sich nicht an der dritten Runde des Bundeswettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ beteiligen. Dies haben Vorstand und Aufsichtsrat der Genossenschaft in einer gemeinsamen Sitzung am 26. Oktober mit großer Mehrheit beschlossen. „Wir haben analysiert, wie die Jury unseren im Februar eingereichten Förderantrag bewertet hat, und sind zu dem Schluss gekommen, dass eine weitere Beteiligung wenig Chancen auf Erfolg hätte“, erklärte Dr. Pollmächer. „Die Zeit und Energie, die es kosten würde, das Konzept und den Antrag nach den Vorgaben der Jury umzuarbeiten, möchten wir lieber in den weiteren Ausbau der Genossenschaft stecken – zumal ein Ausgang völlig ungewiss wäre.“

Pollmächer zog dennoch eine positive Bilanz: „Die Beteiligung an den ersten beiden Wettbewerbsrunden hat den DOXS viele wertvolle Kontakte gebracht, die nun ausgebaut werden können. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen an einen Tisch zu bringen und einen Prozess der Vernetzung anzustoßen, war eines der Ziele des Wettbewerbs – und das wurde erreicht. Die Genossenschaft hat ihre Position in der Region gefestigt“, so der DOXS-Vorstand.

Wie berichtet, gehörten die DOXS eG und die Regionalmanagement Nordhessen GmbH mit ihrer gemeinsamen Antragskizze in der ersten Runde des Wettbewerbs zu den 20 von 86 Teilnehmern, die Fördergelder für die Weiterentwicklung ihres Konzepts erhielten. Im Mai 2009 hatte das Bundesforschungsministerium zwei Gewinner der zweiten Runde bekannt gegeben und den übrigen Teilnehmern die Möglichkeit zu einer dritten Runde eröffnet.

Neue Zusammensetzung des Vorstands

Entscheidungswege zu verkürzen und dem neuen DOXS-Geschäftsführer Gernot Ruffing eine gute Basis für seine Arbeit zu liefern – diese Ziele hatte der DOXS-Aufsichtsrat im Blick, als er eine wichtige strukturelle Veränderung beschloss: Der Vorstand der DOXS soll künftig nicht mehr aus fünf, sondern aus drei Personen bestehen, und zwar aus zwei nebenamtlichen ärztlichen Mitgliedern und einem hauptamtlichen nichtärztlichen Mitglied. Wie berichtet, fiel die Entscheidung bereits im Juni dieses Jahres. Weil wir jedoch sichergehen möchten, dass alle Mitglieder über die neue Zusammensetzung des wichtigsten Gremiums der Genossenschaft informiert sind, weisen wir auch an dieser Stelle noch einmal darauf hin. Dem neuen Vorstand gehören PD Dr. Erhard Lang, Neurochirurg (Kassel), und Dr. Stefan Pollmächer, Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeut (Kassel), an. Dritter im Bunde soll Gernot Ruffing sein: Diplomkaufmann und seit dem 1. September 2009 Geschäftsführer der DOXS eG. Nicht mehr zum Vorstand gehören der Orthopäde Dr. Thomas Schatz, der sein Amt bereits im Juni niedergelegt hatte, sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Alexandra von Hippel. Vorstand und Aufsichtsrat danken beiden für ihren Einsatz und für ihr Engagement.

Aktuelle Stunde zu Regressen kam gut an

Auf reges Interesse stieß die für DOXS-Mitglieder kostenlose Veranstaltung zu Regressen, Plausibilitätsprüfungen und „sachlich-rechnerischen“ Berichtigungen in der DOXS-Geschäftsstelle am 8. Oktober. Der Vorstand hatte den Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Stefan Rohpeter zu einer „aktuellen Stunde“ eingeladen. Der Jurist gab einen anschaulichen Überblick über die verschiedenen Verfahren, die es gibt – und über Probleme, die auftauchen können. Anschließend folgte eine lebhaft diskutierte Diskussion, bei der Rohpeter auch auf individuelle Fragen einging. Die Veranstaltung soll wiederholt werden. Mit dem Thema Regresse wird sich das DOXS-Magazin in seiner nächsten Ausgabe befassen.



kurz & bündig

3. Strategiekonferenz

Zur dritten Strategiekonferenz der DOXS eG seit ihrer Gründung hatte der Vorstand die Mitglieder am 2. Dezember in das Tagungszentrum Kulturbahnhof Kassel eingeladen. „Wir bieten die Strategiekonferenzen an, um gemeinsam mit unseren Mitgliedern die zukünftigen Strategien und Projekte der Genossenschaft zu diskutieren und zu entwickeln“, so DOXS-Vorstand PD Dr. Erhard Lang. Diesmal ging es unter anderem um IV-Verträge, aber auch um die Ausrichtung der DOXS im Wandel der politischen Landschaft. Das DOXS-Magazin wird in seiner nächsten Ausgabe über die Konferenz berichten.



Dr. Heinrich L. Kolb

FDP-Politiker antworten DOXS-Vorstand

Einen vorläufigen Stopp der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (E-Card) hatte die FDP – noch in der Opposition – Ende vergangenen Jahres in einem Antrag gefordert, den der Bundestag später ablehnte. An dieses Moratorium hat der Vorstand der DOXS eG in einem Brief an den gesundheitspolitischen Sprecher der FDP Bundestagsfraktion, Daniel Bahr, sowie an die Landtagsabgeordneten der FDP in Hessen erinnert. Darin appellieren die DOXS-Vorstände mit Blick auf die Ergebnisse der Bundestagswahl an die FDP, ihre Position zur Gesundheitskarte nunmehr in die Koalitionsverhandlungen mit der CDU einfließen zu lassen. „Wir bitten Sie, darauf zu bestehen, dass die Inhalte Ihres Moratoriums umgesetzt werden“, heißt es in dem Schreiben. „Denn die ‚E-Card‘ ist aus medizinischer und ärztlicher Sicht abzulehnen, sie bringt keine Einsparungen im Gesundheitswesen (siehe Gutachten Booze, Allen und Hamilton). Überdies untergräbt sie massiv das Vertrauensverhältnis im Kontakt zwischen Arzt und Patient – und schwächt die Bürgerrechte.“

Antworten erhielt die DOXS eG bislang von Dr. Heinrich L. Kolb, dem sozialpolitischen Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion: „Wir fordern hohe Datenschutzstandards, die hochsensible Daten schützen. Das gilt auch für die elektronische Gesundheitskarte, die so lange nicht eingeführt werden darf, bis solche Standards gewährleistet sind“, schreibt Kolb. Auch Björn Sängler, FDP-Bundestagsabgeordneter (Wahlkreis Waldeck) und Kreisvorsitzender der FDP im Landkreis Kassel, hat den DOXS geschrieben: „Auch wenn unser Moratorium nicht Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden hat, konnten wir durchsetzen, dass die Organisationsstrukturen zunächst überprüft, bewertet und die Erfahrungen aus den Testregionen ausgewertet werden“, heißt es in seinem Schreiben vom 9.11.2009. „Erst danach wird entschieden, ob eine Weiterarbeit möglich und sinnvoll ist. Die Arzt-Patientenbeziehung ist ein besonders sensibles Verhältnis und daher ausdrücklich zu schützen. Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten haben für uns höchste Priorität. In der Arbeitsgruppe haben sich die Koalitionäre bereits darauf einigen können, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zurückgestellt wird. Daher bin ich, was die künftigen Verhandlungen betrifft, recht zuversichtlich.“ (Zum Thema E-Card vergleiche auch S. 39 in dieser Ausgabe des DOXS-Magazins)



Björn Sängler

USB-Stick datenschutzrechtlich kein Problem

Es gibt eine kostengünstige und datenschutzrechtlich unproblematische Alternative zur umstrittenen elektronischen Gesundheitskarte. Darauf hat die DOXS eG in einer am 1. Oktober aus Anlass des Starts der E-Card im Krankenkassen-Bezirk Nordrhein herausgegebenen Pressemitteilung hingewiesen. „Der USB-Stick ‚maxiDoc‘, auf dem dezentral Arztberichte gespeichert werden können, ist nach einem Gutachten des hessischen Datenschutzbeauftragten sicher“, sagt Dr. Stefan Pollmächer, Arzt für Allgemeinmedizin in Kassel und Vorstand der DOXS eG. Nicht nur DOXS-Mitglieder, auch Datenschützer haben das 2008 mit dem „Zukunftspreis Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnete Speichermedium des Unternehmens maxiDoc acht Monate lang getestet und seine Sicherheit mit „gut“ bewertet. Auf Initiative des DOXS-Vorstands und im Auftrag der Hessischen Landesärztekammer war der maxiDoc dem Datenschutzbeauftragten des Landes Hessen zur Prüfung vorgelegt worden. Weitere Informationen: www.doxs.de



© qct

kurz & bündig

Workshop zum Umgang mit Gutachten-Anfragen

Wer kennt das nicht: „Bitte beantworten sie den dreiseitigen Fragebogen zum Gesundheitszustand Ihres Patienten. Wir bieten Ihnen hierfür ein Honorar von 15 Euro ...“ Einen Workshop zum Umgang mit den von vielen als lästig empfundenen Gutachten, Anfragen von Behörden, Krankenkassen und Versorgungsämtern, Bescheinigungen und anderen „Bürokratie-Monstern“ bieten Dr. Stefan Pollmächer und Dr. Ingo Niemetz am 10.12.2009 ab 19.00 Uhr im Tagungszentrum Kulturbahnhof in Kassel an „Wie kann ich mit Anfragen dieser Art so umgehen, dass sich meine Laune und mein Honorar bessert?“ ist das Thema der Veranstaltung, die sich auch an medizinische Fachangestellte (Arzthelferinnen) richtet und für DOXS-Mitglieder (und deren Personal) kostenlos ist. Eine Zertifizierung ist beantragt. Nähere Informationen in der DOXS-Geschäftsstelle, um telefonische Anmeldung wird gebeten, Tel. (0561) 766 207-12/-13.

Fortbildung zum Thema Hämostase

Eine Fortbildung zum Thema Hämostase veranstaltet die DOXS eG in Zusammenarbeit mit der Inverness Medical GmbH am Mittwoch, 20. Januar 2009 (Ort wird noch bekannt gegeben). Als Referent angefragt ist Axel Müller, INR-Schulungsleiter im Herz-Kreislauf-Zentrum Rotenburg und stellvertretender Laborleiter. Themen unter anderem: Antikoagulation, Gerinnungstherapie und Selbstmanagement durch Patienten. Nähere Informationen in der DOXS-Geschäftsstelle, Tel. (0561) 766 207-12/-13.

Fach- und Regionalgruppenkonferenz

Die nächste Fach- und Regionalgruppenkonferenz der DOXS eG findet voraussichtlich am 10. März 2010 statt. Dazu wird die Geschäftsstelle die Fach- und Regionalgruppensprecher noch gesondert einladen. Informationen: Tel.: (0561) 766 207-12/13

Medikum Kassel erweitert hausärztlichen Bereich

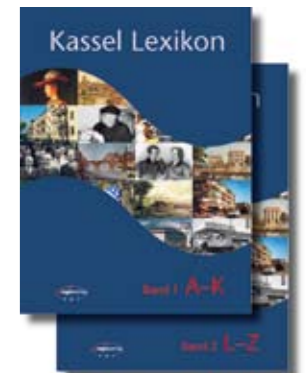
Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Medikum in Kassel erweitert seinen allgemeinmedizinischen Bereich: Die vorhandenen zwei Hausarztpraxen werden auf vier allgemeinmedizinische Niederlassungen vergrößert.

Geschenktipp für Weihnachten: Kassel Lexikon

Kassel hat nun sein eigenes Lexikon: Vier Kilo geballtes Wissen auf 816 Seiten in 1.100 Artikeln von A wie „Ab nach Kassel“ bis Z wie „Zeughaus“ – ein Streifzug durch die Jahrhunderte mit mehr als 800 Abbildungen. Die durchweg verständlich geschriebenen Artikel mit Querverweisen machen Lust, einfach weiter zu lesen.

Mit diesem einzigartigen Nachschlagewerk können alle an Kassel Interessierten schnell und unkompliziert eine Fülle an fundierten Informationen über Kassel nachschlagen. Die wechselvolle Geschichte der Stadt wird lebendig gemacht und großes Lesevergnügen ist garantiert. Diese beiden Bände haben Kassel bisher gefehlt und gehören in jeden Bücherschrank. Weitere Informationen zum Lexikon: www.kassel-lexikon.de und www.euregioverlag.de.

Kassel Lexikon A-Z (2 Bände), euregioverlag 2009, ISBN: 978-3-933617-32-3 zum Subskriptionspreis für € 70,40 (Angebot bis 31.12.2009, dann € 88,00)



Leitfaden zur Diagnose und Therapie chronischer Wunden

DOXS-AG erarbeitet ehrenamtlich ein umfassendes Konzept als Grundlage für Selektivverträge

Von Irene Graefe

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Chronische Wunde sind:

Dr. Christine Frankman, Allgemeinärztin
Dr. Jörg-Ludwig Forst, Chirurg
Dr. Dietmar Hanschke, Gefäßchirurg
Dr. Frederik Sternberg, Dermatologe
Dr. Petra Weitzel, Allgemeinärztin

„Uns geht es darum, ein komplexes Thema so übersichtlich zu machen, dass es schnell zu erfassen ist“, sagt Dr. Christine Frankman, Mitglied in der Arbeitsgruppe chronische Wunde der DOXS e.G. Seit Oktober 2008 arbeiten fünf DOXS-Mitglieder intensiv und ehrenamtlich daran, ein umfassendes Konzept zur Wundversorgung zu erstellen. Zum einen soll dies DOXS-Mitgliedern Diagnostik und Therapie erleichtern, zum anderen soll ein schlüssiges Behandlungskonzept die Grundlage für Selektivverträge mit den Krankenkassen bilden.

„Schlecht heilende Wunden sind ein volkswirtschaftlich bedeutsamer Faktor“, sagt Dr. Dietmar Hanschke, ebenfalls Mitglied der Fachgruppe: Die betroffenen Patienten seien lange krankgeschrieben, fielen am Arbeitsplatz aus, nicht angemessene Behandlung oder Doppeluntersuchungen trieben die Kosten nach oben. „Kostensparnis erreichen wir nur, wenn wir leitliniengerecht dem aktuellen Standard in der Wundversorgung genügen“, so der Gefäßchirurg.

Zwar gebe es zum Wundmanagement selbst zahlreiche Leitfäden, die die verschiedenen Phasen der Heilung, die Behandlung der Wunde und die jeweils zu verwendenden Materialien beschreiben, „aber was fehlt, ist sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich die Diagnose der Grunderkrankung, die zur Heilungsstörung führt“, erläutert Hanschke. Hier setzt die DOXS-Fachgruppe an. Ausgehend von den verschiedenen möglichen Grunderkrankungen erarbeitet sie Ablauf- und Behandlungspläne für eine stringente Diagnose und Therapie. Das interdisziplinär mit zwei Allgemeinärztinnen, einem Chirurgen, einem Gefäßchirurgen und einem Dermatologen besetzte Team entwickelt Prozessbeschreibungen für die verschiedenen Fachgebiete – ausgehend von den unterschiedlichen Ursachen, die eine Wundheilungsstörung haben kann: die Erkrankungen des arteriellen oder venösen Gefäßsystems, Probleme auf internistischem, dermatologischem, neurologischem oder orthopädischem Gebiet.

„Es geht darum, diagnostische und therapeutische Pfade zu entwickeln, die auch die Schritte enthalten, die vor der eigentlichen Wundbehandlung geschehen müssen“, erklärt Hanschke und kritisiert, „das ist leider der Part, der nicht richtig vergütet wird.“ Er rechnet vor, dass der Fallwert für einen Chirurgen für die Behandlung eines Ulcus cruris

bei 23,81 Euro pro Quartal liege, bei ihm aber mit 145,48 Euro zu Buche schlage. Um Selektivverträge schließen zu können, die eine angemessene Vergütung eben auch der Diagnostik erreichen, sei die aufwendige Arbeit der Fachgruppe notwendig. Sollte es nicht zu einer adäquaten Bezahlung kommen, „bleibt die Wundbehandlung ein Stiefkind und es entstehen enorme Kosten, die vermieden werden könnten“, warnt Hanschke.

Über die Diagnoseschritte hinaus ist in den Behandlungspfaden natürlich auch die Wundbehandlung entsprechend der verschiedenen Heilungsstadien beschrieben. Die Arbeitsgruppe hat dafür einen Wunddokumentationsbogen ausgearbeitet. Die Wunde wird lokalisiert, beschrieben, vermessen und fotografiert, der Heilungsprozess und der Materialeinsatz werden standardisiert festgehalten. Diese Dokumentation ist zum einen notwendige Grundlage zur Abrechnung mit den Krankenkassen, zum anderen erleichtert sie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit etwa zwischen Ärzten und Pflegediensten oder bei der Überleitung aus dem Krankenhaus nach Hause und umgekehrt.

Anders als zum Beispiel in der Klinik, wo in Zusammenarbeit mit der Apotheke bestimmte Produkte verwendet werden, sind die niedergelassenen Mitglieder der DOXS frei in ihrer Produktwahl. Entsprechend erstellte die Arbeitsgruppe firmenunabhängige Materiallisten. So enthält ein Behandlungspfad zunächst einen Vorschlag, welche Materialgruppe verwendet werden kann – zum Beispiel Primärverband, Wundfüller oder Wundgaze. Dazu gibt es dann Aufstellungen, welche Materialien die Industrie anbietet.

Ersten handfesten Nutzen aus der Arbeit der Arbeitsgruppe chronische Wunde ziehen die DOXS-Mitglieder im Laufe des nächsten Jahres: 2010 soll ein Leitfaden mit überschaubaren Anleitungen zu Diagnose und Therapie erscheinen. Eine praktische Hilfe für den Praxisalltag, weil Recherchen nach der angemessenen Wundbehandlung und nach geeigneten Materialien entfallen. Darüber hinaus sollen in der DOXS-Akademie Schulungen zur Wundbehandlung angeboten werden. Derzeit werde sondiert, ob Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen bereit sind oder inwieweit Hersteller sich zum Beispiel in der Fortbildung engagieren möchten. „Alles ist im Fluss“, sagt Dietmar Hanschke.

Fotos: HARTMANN GRUPPE



STICHWORT Chronische Wunde

Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden unter schlecht oder nicht heilenden Wunden. Darunter versteht man Wunden, die trotz Behandlung zwischen vier und zwölf Wochen nicht heilen. Auslöser für den gestörten Heilungsprozess können Grunderkrankungen wie diabetischer Fuß, Ulcus cruris oder Dekubitus sein.

Die Behandlung chronischer Wunden hat sich in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich geändert. Wurden schlecht heilende Wunden früher möglichst trocken gehalten, setzte sich allmählich die Erkenntnis durch, dass das Austrocknen zu einer Verlangsamung der Heilung führt. Die feuchte Wundbehandlung fördert dagegen die Heilungsprozesse.

Trotz höherer Kosten für hydroaktives Verbandmaterial könnten die Gesamtkosten für eine Wundbehandlung im Vergleich zur konventionellen Wundversorgung halbiert werden, lauten die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen (unter anderem: Hochschule Bremen mit AOK und BKK; Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie): Die Wunden heilen unter hydroaktiven Verbänden schneller, der Verband muss seltener gewechselt werden, Infektionen werden vermieden – Material- und Personalkosten können also aufs Ganze gesehen reduziert werden.

Die moderne Wundbehandlung verfolgt folgendes Konzept:

- Diagnose und Behandlung der Grunderkrankung, die zur Wundheilungsstörung führt
- standardisierte Therapie mit Wundaufgaben, die ein körperwarmes, feuchtes Wundmilieu erhalten
- Wunddokumentation zur Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung
- Nachsorge

ig



Foto: Rainer Werner

Der Landarzt stirbt aus

Die ambulante medizinische Versorgung in der Fläche wird immer schwieriger. Und das Nachdenken über Auswege steckt erst in den Anfängen.

Von Joachim F. Tornau

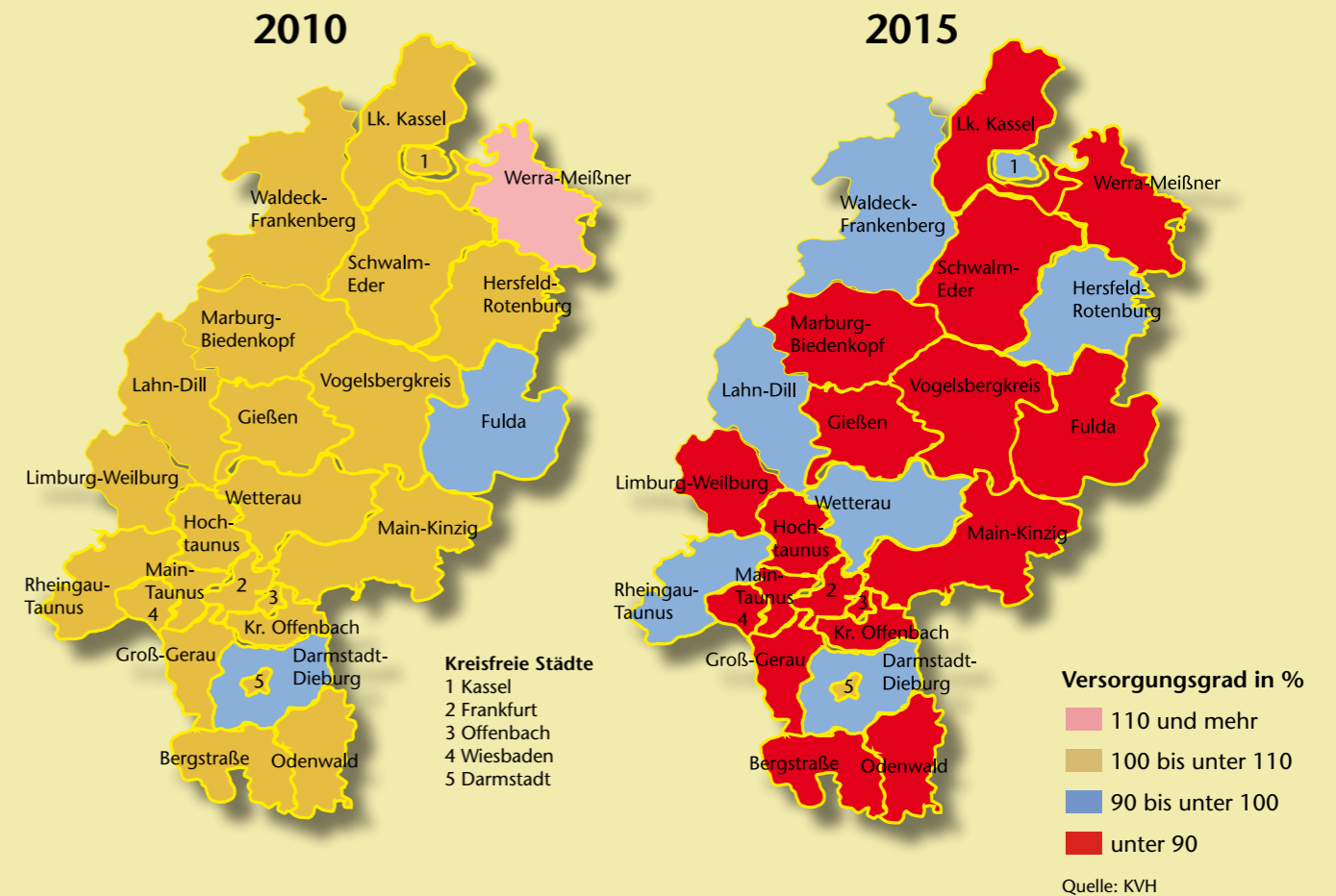
Nordhessen wird rot. Im Jahr 2015, so prognostiziert die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen, herrscht rund um Kassel vor allem eine Farbe – die des Alarms. Denn Rot steht auf den Landkarten der KV nicht für politische Farbenspiele, sondern für fehlende Ärzte. Wenn sich die Vorhersagen bewahrheiten, dann wird in sechs Jahren überall in Nordhessen ein Mangel an Hausärzten zu beklagen sein. Im Landkreis Kassel, in Werra-Meißner und Schwalm-Eder könnte der Versorgungsgrad sogar auf unter 90 Prozent sinken.

Ob das tatsächlich so kommen wird, ist wie bei allen Prognosen natürlich noch lange nicht ausgemacht. Fest steht nur: Viele Allgemeinmediziner in der Region streben in großen Schritten dem Ruhestand entgegen – im Werra-Meißner-Kreis etwa liegt das Durchschnittsalter der Ärzte in allen zehn Vertretungsbezirken schon jenseits der 50. Und: Frei werdende Landarztpraxen wieder zu besetzen gelingt mangels interessierter Bewerber bereits heute nur teilweise. Diesen Erfahrungswert und die Altersentwicklung zusammengenommen, kommt die KV auf ihre düstere Prophezeiung. „Wir wollen zeigen, wie die Versorgung schwindet, wenn alles so weitergeht wie bisher“, erklärt Sprecherin Silvia Herzinger. Noch aber, betont sie, gebe es keinen Ärztemangel in der Region. „Wir haben keine Unterversorgung, sondern fast überall Überversorgung.“

Ein Versorgungsgrad von 110 Prozent garantiert keineswegs einen kurzen Weg zum Hausarzt

Also alles nur traurige Zukunftsmusik? Wohl nicht: Auch ein Versorgungsgrad von 110 Prozent und mehr, wie er für Nordhessen derzeit noch ausgewiesen wird, garantiert nämlich keineswegs einen kurzen Weg zum Hausarzt. „Es zeigt sich eine Tendenz, dass die Verteilung der Ärzte in der Fläche nicht gleichmäßig und gerecht ist“, räumt die KV-Sprecherin ein. Sprich: Immer weniger Mediziner lassen sich auf dem Land nieder, immer mehr wählen die Stadt. Weil sich die Bedarfsplanung jedoch auf den gesamten Landkreis bezieht, sieht die Versorgungslage trotzdem gut aus – rechnerisch jedenfalls. „Das ist unser Dilemma“, sagt Herzinger.

Hausärztliche Versorgung in Hessen



Landbevölkerung wird älter und weniger

Hinzu kommt der viel zitierte demografische Wandel: Die Landbevölkerung wird älter und weniger. Wie es da mit der ambulanten medizinischen Versorgung weitergehen soll, weiß bislang niemand so genau. Von einem „drängenden Problem“ spricht DOXS-Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Detlef Sommer. „Eine bevölkerungsnaher medizinische Versorgung muss möglich sein“, meint der Melsunger Internist. „Es kann ja nicht sein, dass ich – wie es in manchen Gegenden von Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern schon Realität ist – 50 Kilometer fahren muss, um einen Arzt zu sehen.“ Doch Patentlösungen, das weiß auch er, sind schwer zu finden. Zumal das Nachdenken darüber noch in den Anfängen steckt.

Die schwarz-gelbe Landesregierung hatte in ihrem Koalitionsvertrag ein „Konzept zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung“ in Hessen versprochen. Im Mai beschloss der Landtag mit den Stimmen von CDU und FDP, dass Sozialminister Jürgen Banzer (CDU) dieses Konzept „zeitnah“ und unter Beteiligung von KV und Landesärztekammer erarbeiten solle. Ein weitergehender Antrag der Grünen, die eine Expertenanhörung vorschlugen und daran auch Kommunen, Krankenkassen und Patienten-Vereinigungen beteiligen wollten, wurde abgelehnt. Ein halbes Jahr später ist in Wiesbaden nicht mehr zu erfahren als: Man arbeite daran. Mit Ergebnissen sei aber erst Anfang 2010 zu rechnen.

Doch nicht allein im Ministerium macht man sich Gedanken. Im September unterzeichneten Kassenärztliche Vereinigung und Hessischer Landkreistag – Dachorganisation der 21 Landkreise zwischen Rhein und Werra – ein Kooperationsabkommen mit dem ehrgeizigen Titel: „Ärztliche Versorgung gemeinsam sichern“. Was konkret klang, ist zunächst allerdings nur eine Vereinbarung, miteinander zu reden. „Bis Frühjahr 2010 soll abgeklappt werden, was getan werden kann“, sagt Bernd Sperzel, Referatsleiter für Finanzen und Gesundheit beim Landkreistag. „Wir wollen uns bemühen, Licht ins Dunkel zu bringen und Ideen aufzuzeigen.“ Die Palette der Themen, über die gesprochen werden soll, ist groß. Es geht um Vorschläge, wie die Versorgungsgebiete neu zugeschnitten werden könnten, damit die Bedarfsplanung künft-

„Eine bevölkerungsnaher medizinische Versorgung muss möglich sein“.

Konzept zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung

Was konkret klang, ist zunächst allerdings nur eine Vereinbarung, miteinander zu reden.

tig nicht mehr über örtliche Besonderheiten oder das Stadt-Land-Gefälle hinweggeht. Es geht um eine bessere Verzahnung von niedergelassenen Ärzten und kommunalen Krankenhäusern, um eine großräumigere (und damit für den einzelnen Mediziner weniger belastende) Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdiensts, um mehr Unterstützung für niederlassungswillige Mediziner. Sogar die „Schaffung eines Anreizsystems für die Übernahme von Landarztpraxen“ steht auf der Agenda. „Klingende Münze ist damit aber eher nicht gemeint“, dämpft Sperzel die Hoffnung auf Finanzspritzen. Gedacht sei vielmehr an „ganz pragmatische Hilfestellungen“ – etwa bei der Suche nach Wohn- und Praxisräumen.

„Auf längere Wege einstellen“

Dass die ambulante Versorgung auf dem Land dank derartiger Maßnahmen unverändert erhalten bleiben kann, hält die KV allerdings schon vor Beginn der Gespräche für unwahrscheinlich. „Die Patienten werden sich auf längere Wege einstellen müssen“, sagt Sprecherin Herzinger. Fünf bis zehn Kilometer bis zum Hausarzt, bis zu 50 Kilometer bis zum nächsten Facharzt, kalkuliert sie – auch weil zu erwarten sei, dass sich Mediziner verschiedener Fachrichtungen künftig vermehrt zu großen Gemeinschaftspraxen an zentralen Orten zusammenschließen würden. Angesichts des demografischen Wandels sei das natürlich nicht unproblematisch, gibt Herzinger zu: „Es wird massenhaft alte Menschen geben, die keine Verwandten haben, um sie zum Arzt zu fahren.“ Doch dafür Lösungen zu finden sei nicht Aufgabe des Gesundheitssystems: „Die Gemeinden müssen sich fit machen.“ Sei es mit einer Verbesserung des öffentlichen Nahverkehrs oder auch mit einem Shuttledienst, der die Patienten während der Sprechzeiten zur Praxis im Nachbarort bringt.

Und auch was die Suche nach Nachfolgern für frei werdende Arztsitze angeht, sieht die KV die Kommunen in der Pflicht. „Das Landleben ist weniger attraktiv. Das ist bei Ärzten nicht anders als beim Rest der Menschheit“, findet die Sprecherin. „Da muss sich eine Gemeinde eben ins Zeug legen und der KV alles mitteilen, was einen Arzt in diesen Ort locken kann.“ Oder eine Ärztin: Weil sich immer mehr Frauen für diesen Beruf entscheiden, wachsen auch die Ansprüche an eine Infrastruktur, die Arbeit und Familie vereinbar macht – Kindergärten, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort oder ein Arbeitsplatz für den Ehegatten.

Anzeigen, Unterschriftenlisten – und Darlehen

Gute Rahmenbedingungen schaffen, dann klappt's auch mit dem Hausarzt? Helmut Schmidt, Bürgermeister von Herleshausen, kann davon ein Lied singen. Die 3.000-Einwohner-Gemeinde im Werratal schaffte es Anfang 2008 mit ihrer verzweifelten Arztsuche sogar bundesweit in die Schlagzeilen. Einer der beiden Allgemeinmediziner in dem Ort am südöstlichen Zipfel des Werra-

Meißner-Kreises hatte aus Altersgründen seine Kassenzulassung zurückgegeben. Ein Nachfolger war nirgends in Sicht, doch dringend nötig – schon wegen der drei Alten- und Pflegeheime, die es in Herleshausen gibt. „Da ist ein Hausarzt überfordert“, sagt der sozialdemokratische Rathauschef.

„Fünf bis zehn Kilometer bis zum Hausarzt, bis zu 50 Kilometer bis zum nächsten Facharzt ...“

„Da muss sich eine Gemeinde eben ins Zeug legen ...“

Er hatte daraufhin einen runden Tisch gegen den Notstand ins Leben gerufen. Und die rund 20 Teilnehmer – von der Leiterin des Gesundheitsamts über Fach- und Betriebsärzte aus der Region bis zu Apothekern, Physiotherapeuten und Vertretern der Pflegeheime – überschlugen sich fortan in ihren Bemühungen. In Kliniken, an Hochschulen und auf Ärztekongressen wurden Handzettel verteilt und Plakate aufgehängt, die den Ort und die freie Arztstelle in den höchsten Tönen priesen und versprachen: „Herleshausen wird Sie herzlich willkommen heißen!“ Man schaltete teure Anzeigen, warb im Internet, verfasste Resolutionen an Bundes- und Landesregierung. Alles vergeblich. Erst nachdem die „Ärztezeitung“ groß über die kleine Gemeinde berichtet hatte, meldete sich endlich eine Interessentin. Und um sie tatsächlich zu gewinnen, zog die Gemeinde noch einmal alle Register: „Wir haben Geld in die Hand genommen, und das war nicht wenig“, erzählt Schmidt. Mehr als 15 Räumlichkeiten, die sie als Praxis mieten könnte, wurden der Ärztin präsentiert. Als sich die Medizinerin für das ehemalige Postgebäude entschieden hatte, investierte die hoch verschuldete Gemeinde 65.000 Euro in den Umbau – plus 25.000 Euro Fördermittel. Im April 2008 nahm die neue Herleshäuser Ärztin schließlich die Arbeit auf. Die Praxis, heißt es, laufe gut.

„Wir haben Geld in die Hand genommen, und das war nicht wenig“, erzählt Schmidt.

Mehrere Monate dauerte es, ehe es in Herleshausen zum Happy End kam. Gut hundert Kilometer weiter westlich, in Lichtenfels im Waldecker Bergland, musste sich Schmidts Kollege Uwe Steuber jahrelang mit dem Problem herumschlagen. Im Jahr 2002 hatte in Goddelsheim – einem der acht Ortsteile der 4.200-Einwohner-Stadt im Kreis Waldeck-Frankenberg – der Allgemeinmediziner nach über 20 Jahren seine Praxis geschlossen. Per Unterschriftensammlung versprachen die Bürger, auch einem Nachfolger treu zu bleiben. Doch obwohl der Patientenstamm damit gesichert war, fand sich erst zwei Jahre später eine junge Ärztin – geködert nicht zuletzt mit einem zinslosen Darlehen der Stadt über 48.000 Euro zum Aufbau der Praxis. „Es ging einfach um das Symbol“, erklärt der parteilose Bürgermeister. „Die klare Botschaft war: Das ist uns was wert, das ist uns wichtig.“

Nach diesem Prinzip verfuhr die Kommune auch, als wenig später der Arzt im Stadtteil Sachsenberg aufgab. Auch hier wurden Unterschriften gesammelt, auch hier gab es ein Darlehen. Die Lösung für den Medizinerangel aber wurde eine andere: Seit 2006 bieten drei Ärzte aus Frankenberg in der verwaisten Landarztpraxis Außensprechstunden an. „Das ist zwar nicht optimal“, meint Steuber. „Aber die Bürger sind zufrieden.“

Attraktivität des Arztberufs nimmt ab

Einen Arztsitz auf dem Land anzunehmen erfordert Idealismus und Engagement: „Die Patienten sind älter, brauchen eine intensivere Betreuung und auch mehr Hausbesuche“, sagt Dr. Claudia Ress, Ärztin für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin in Hessisch-Lichtenau sowie Aufsichtsrätin der DOXS. „Und dann müssen Landärzte auch noch den Nacht- und Notdienst mit zumeist nur wenigen Kollegen stemmen“, so Dr. Ress. Das sorgt für eine weit größere Belastung als in der Stadt. Doch die Schwierigkeiten, eine Praxis im ländlichen Raum wiederzubetzen, liegen für die DOXS auch in einer abnehmenden Attraktivität des Berufs insgesamt begründet. „Viele, die ein Medizinstudium abschließen, gehen nicht mehr in den Arztberuf“, sagt Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Sommer und beklagt „überbordende Bürokratisierung“ ebenso wie ein „sinkendes Ansehen der Medizin in der Politik“. Die Genossenschaft setze daher auf Kooperation: von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen untereinander, aber auch mit Kliniken. Das helfe sicher nicht auf Anhieb gegen den Ärztemangel auf dem Land, gesteht Dr. Sommer zu. „Aber eine erfreuliche und gedeihliche Zusammenarbeit wäre eine gute Grundlage, den Beruf wieder attraktiver zu machen.“ Denn das Ziel ist auch, auf diesem Weg zu Verträgen der Integrierten Versorgung (IV) mit den Kassen und damit zu einer besseren Honorierung zu gelangen.

„Überbordende Bürokratisierung“ ebenso wie ein „sinkendes Ansehen der Medizin in der Politik“

Mobile Arzthelferinnen im Werra-Meißner-Kreis

Bei einem Modell, das sich als ganz konkrete Antwort auf die Probleme der ärztlichen Versorgung auf dem Land verstand, sind die letzten Verträge zur Integrierten Versorgung des Ärztebündnisses Werra-Meißner mit der Barmer Ersatzkasse und der DOXS mit der AOK allerdings ausgelaufen. Rund zwei Jahre lang fuhren sieben Arzthelferinnen im dünn besiedelten Werra-Meißner-Kreis



Herleshausen, Panorama von der Brandenburg, Foto: Marcus Kircher, wikipedia

Clopidogrel-ratiopharm®

Ihre Patienten danken es Ihnen.

Danke!

Clopidogrel-ratiopharm® 75 mg Filmtabletten

- Jetzt mit erweiterter Indikation: Akutes Koronarsyndrom (ACS) in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS)
- **Indikationsgleich** und **nachgewiesen bioäquivalent** zu Plavix®



ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.



Mobile Arzthelferinnen im Werra-Meißner-Kreis: Praxishelferin Margit Harms nimmt dem Patienten Willi R. zu Hause in seiner Küche Blut ab. Foto: K. Schmidt

übers Land. Sie besuchten chronisch kranke Patienten von 13 Gemeinschaftspraxen zu Hause in ihren Dörfern und erledigten dabei Aufgaben, für die es nicht unbedingt einen Arzt braucht: Blut abnehmen, Blutdruck und Zucker messen, Verbände wechseln und Wunden anschauen. „Das hilft mir in der täglichen Arbeit“, sagt Mit-Initiator Dr. Jan Purr. „Ich bin nicht in der Lage, jeden meiner Chroniker-Patienten regelmäßig zu sehen – und so bekomme ich trotzdem eine flächendeckende Versorgung.“ Einmal im Quartal schickte der Allgemeinmediziner aus Großalmerode allen seiner chronisch Kranken eine erfahrene Arzthelferin ins Haus – als „Feuerlöscher und Frühwarnsystem“, wie er es nennt. Dank der regelmäßigen Besuche blieb nicht unbemerkt, wenn sich Patienten vernachlässigten. Und im Notfall konnten die Helferinnen sofort per Telefon den Arzt alarmieren.

AOK und Barmer Ersatzkasse zahlten 75 Euro für zwei Besuche. Heute gibt es für jede Visite nur noch fünf Euro Regelleistung. Das deckt allenfalls die Fahrtkosten. Dennoch lässt die Großalmeroder Gemeinschaftspraxis ihre Helferinnen immer noch über die Dörfer fahren: „Wir machen das weiter, weil es sich als nützlich erwiesen hat“, sagt Dr. Purr. Gleichzeitig verhandelt das Ärztenbündnis Werra-Meißner, dessen Vorsitzender er ist, mit den Kassen über eine Fortführung des Projekts. Und die DOXS möchten sogar eine Ausweitung auf andere Regionen Nordhessens erreichen.

Derartige arztentlastende Dienste wurden in den vergangenen Jahren auch in anderen bevölkerungsarmen Teilen Deutschlands erprobt. Mit Erfolg: Seit April 2009 ist die „nicht ärztliche Praxisassistentin“ im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verankert. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband einigten sich auf eine Vergütung von 17 Euro pro Besuch in einer Privatwohnung und 12,50 Euro für jeden besuchten Patienten in Pflegeheimen – jeweils inklusive Wegekosten. Voraussetzung ist jedoch, dass die Helferinnen eine kostspielige Zusatzqualifikation erworben haben: Je nach Dauer ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit müssen sie dafür bis zu 270 Stunden lang die Schulbank drücken. Die modulare Fortbildung wird auch von der Carl-Oelemann-Schule der hessischen Landesärztekammer in Bad Nauheim angeboten. Die Nachfrage, heißt es, sei aber noch sehr gering. Denn bislang dürfen Praxisassistentinnen nur dort zum Einsatz kommen, wo es an Ärzten mangelt. Und noch herrscht in Hessen ja fast flächendeckend Überversorgung – jedenfalls auf dem Papier.

„Wir machen das weiter, weil es sich als nützlich erwiesen hat.“

Clopidogrel-ratiopharm® 75 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Clopidogrel (als Besilat). **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtbl. enth. 75 mg Clopidogrel (als Besilat). **Sonst. Bestandt.:** Kern: Macrogol 6000, Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon Typ A, hydriertes Rizinusöl. Überzug: Macrogol 6000, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Pat. mit Herzinfarkt (wenige Tage bis 35 Tage zurückliegend), mit ischämischem Schlaganfall (7 Tage bis 6 Monate zurückliegend) od. mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Pat. mit akutem Koronarsyndrom: akutes Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina Pectoris od. Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), einschl. Pat., denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, in Komb. mit Acetylsalicylsäure (ASS), akuter Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, in Komb. mit ASS bei medizinisch behandelten Pat., für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt., schwere Leberfunktionsstör., akute pathologische Blutung, wie bei Magen-Darm-Geschwüren od. intrakraniellen Blutungen. **Warnhinw. und Vorsichtsmaßn.:** Vorsicht bei Pat., die wg. eines Traumas, eines operativen Eingriffs od. and. Erkrank. ein erhöhtes Blutungsrisiko haben, Pat., die ASS, Heparin, Glykoprotein-IIb/IIIa-Antagonisten od. nicht-steroidale antiinflammatorische AM, einschl. COX-2-Inhibitoren, anv. Gleichz. Anw. mit oralen Antikoagulanzen wird nicht empfohlen. Gleichz. Anw. von Protonenpumpenhemmern vermeiden. Vorsicht bei Pat. mit zu Blutungen neigenden Läsionen (bes. gastrointest. und intraokulär), Nierenfunktionsstör., mäßigen Leberfunktionsstör. und damit verbundener hämorrhagischer Diathese. Beim akuten ischämischen Schlaganfall (weniger als 7 Tage zurückliegend) kann Clopidogrel nicht empfohlen werden. Produkt enth. hydriertes Rizinusöl, welches Magenverstimmung und Durchfall hervorrufen kann. Als Vorsichtsmaßn. nicht währ. der Schwangerschaft und Stillzeit anv. **Nebenwirkungen:** Thrombozytopenie, Leukopenie, Eosinophilie, Neutropenie, inkl. schwere Neutropenie, Thrombotisch-Thrombozytopenische Purpura (TTP), aplastische Anämie, Panzytopenie, Agranulozytose, schwere Thrombozytopenie, Granulozytopenie, Anämie, anaphylaktische Reaktionen, Serumkrankheit, Verwirrtheit, Halluzinationen, intrakranielle Blutungen (einige Fälle mit tödl. Ausgang), Kopfschmerzen, Benommenheit, Parästhesien, Schwindel, Geschmacksstör., Augenbluten (konjunktival, okulär, retinal), Vertigo, Hämatome, schwere Blutungen, Blutungen operativer Wunden, Vaskulitis, Hypotonie, Epistaxis, Atemwegsblutungen (Hämoptysen, Lungenblutungen), Bronchospasmus, interstitielle Pneumonie, gastrointestinale Blutungen, Durchfall, Bauchschmerzen, Dyspepsie, Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, Gastritis, Erbrechen, Übelkeit, Verstopfung, Flatulenz, retroperitoneale Blutungen, gastrointestinale und retroperitoneale Blutungen mit tödl. Ausgang, Pankreatitis, Colitis (einschl. ulceroöser und lymphozytärer Colitis), Stomatitis, akutes Leberversagen, Hepatitis, Leberwerte außerhalb der Norm, Bluterguss, Ausschlag, Juckreiz, Blutungen der Haut (Purpura), bullöse Dermatitis (Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom, toxische epidermale Nekrolyse), Angioödem, erythematöses Exanthem, Urtikaria, Ekzem und Lichen planus, Blutungen im Muskel- bzw. Skelettbereich (Hämarthrose), Arthralgie, Arthritis, Myalgie, Hämaturie, Anstieg des Serumkreatinins, Glomerulonephritis, Blutung an Punktionsstellen, Fieber, Blutungszeit verlängert, Neutrophilenzahl vermind., Thrombozytenzahl vermind. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 7/09.

ratiopharm GmbH, 89070 Ulm - www.ratiopharm.de

Die DOXS in der Region

Die wohnortnahe ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in Nordhessen aktiv mitzugestalten ist eines der zentralen Ziele der Ärzte- und Psychotherapeutengenossenschaft DOXS eG. Ein weiteres Ziel: Die Genossenschaft will die freiberufliche und wirtschaftliche Existenz niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten stärken – und sich dabei konsequent an den Interessen der Patienten orientieren. Beides hatten sich die Initiatoren der DOXS eG von Anfang an auf die Fahnen geschrieben. Es waren Vertreter 14 verschiedener, bis dahin teilweise auch konkurrierender lokaler Ärztenetze aus allen Teilen Nordhessens, die die DOXS-Gründung im November 2007 vorbereitet hatten. Bis heute stammen die mehr als 500 Mitglieder nicht nur aus Stadt und Kreis Kassel, sondern aus der gesamten Region. Grund genug für das DOXS-Magazin, einen Blick über den Tellerrand zu werfen: Wir stellen die Landkreise, aus denen DOXS-Mitglieder stammen, mit einer neuen Serie nach und nach vor. Den Anfang macht der Werra-Meißner-Kreis.

Ein Kreis sucht neue Bürger

Der Werra-Meißner-Kreis ist eine der vom demografischen Wandel am stärksten betroffenen Regionen

Von Ralf Pasch

Wer heute durch das Werratal wandert oder radelt, passiert zig Mal eine fast vergessene Grenze: Bis 1989 standen sich Nato und Warschauer Pakt hier buchstäblich Auge in Auge gegenüber. Längst ist die Absperrung abgerissen und weitgehend entsorgt. Aus Resten des Streckmetallzaunes bauen Kleingärtner im vereinten Deutschland ihre Komposthaufen. Modelle der Grenzanlagen, alte Uniformen und ein paar Schwarz-Weiß-Fotos erinnern in Museen an die Zeit der Teilung. Eine kaum wahrnehmbare Linie markiert heute den öst- und westlichen Rand der Bundesländer Hessen und Thüringen, die auf der Landkarte wie Teile eines Puzzlespiels ineinander verzahnt sind.

Dass der Werra-Meißner-Kreis bis zum Fall des Eisernen Vorhangs „Zonenrandgebiet“ war, hatte auch Vorteile. Zonenrandförderung versüßte das Leben am Zaun. Trotz allem war die Region als Unternehmensstandort nicht gerade beliebt, die Verkehrsinfrastruktur blieb rudimentär. Als der Eisernen Vorhang fiel, lockten die günstigen Förderbedingungen im Osten viele Betriebe in die neuen Gewerbegebiete im nahen Thüringen. Seit 1989 ist der Kreis zwar mit einer neuen Lage in der Mitte Europas gesegnet, doch zugleich scheint ein Fluch auf ihm zu lasten.

In Hessen verbucht er die niedrigsten Geburtenraten und den stärksten Bevölkerungsrückgang. Die Region mit gegenwärtig knapp über 100.000 Einwohnern ist vom vielerorts beklagten demografischen Wandel extrem betroffen. Bis 2032, so die Prognosen, werde die Einwohnerzahl um etwa 22 Prozent sinken. Nach diesem Szenario wird es nicht nur weniger, sondern auch immer mehr ältere Einwohner geben. Das

Durchschnittsalter soll bis 2020 auf fast 50 steigen. Immer mehr junge Menschen, vor allem Frauen, kehren ihrer Heimat den Rücken.

Im Werratal und am Hohen Meißner hat der Kreis zwar viel unberührte Natur zu bieten, doch es fehlen Arbeitsplätze. Die Arbeitslosenquote betrug im Oktober 2009 sieben Prozent. Die malerische Landschaft und die beschaulichen Fachwerkstädte ziehen nicht genügend Touristen an, damit aus dem Fremdenverkehr ein ernstzunehmendes Standbein wird. Immerhin besitzt die Universität Kassel in Witzenhausen eine Dependence, ihr Fachbereich Ökologische Agrarwissenschaften, der von Studenten und Wissenschaftlern aus der ganzen Welt frequentiert wird, hat dort seinen Sitz. Bauern des industriell schwach entwickelten Kreises wollen gemeinsam mit der Uni eine Infrastruktur für die Produktion und Nutzung nachwachsender Rohstoffe aufbauen und der ebenfalls arg gebeutelten Landwirtschaft so neue Einnahmequellen verschaffen.

Not macht erfinderisch

„Wo möchten Sie leben?“ wird derzeit auf großformatigen Plakaten an mehreren Bahnhöfen in Deutschland gefragt. Der Betrachter kann sich entscheiden, ob sein Traumhaus zwischen zwei Plattenbauten in einer Großstadt eingezwängt oder in der Idylle des Werra-Meißner-Kreises stehen soll. Während das Leben zwischen Hochhäusern 990.000 Euro kostet, ist das Häuschen im Grünen schon für 250.000 zu haben, so jedenfalls preisen es die Plakate an. Damit buhlt der Werra-Meißner-Kreis derzeit nicht nur um ein positives Image, sondern vor allem um neue Einwohner. Die Wirtschaftsförderungsgesellschaft des Kreises wirbt außer auf Bahnhöfen auch in der Kundenzeitschrift und den Reiseplanern der Bahn um Neubürger. Das Geld dafür kommt vom Kreis selbst, von Banken der Region und von der EU. Die Plakataktion ist einer von diversen Versuchen, dem Bevölkerungsschwund entgegenzuwirken. Not macht auch im Werra-Meißner-Kreis erfinderisch.

Im gegenwärtig noch rund 4.000 Einwohner zählenden Städtchen Wanfried gründete sich eine „Bürgergruppe“, die mit Schnäppchenpreisen um die 10.000 Euro auf einer holländischen Internetplattform Fachwerkhäuser feilbietet. Etwa 30 dieser Häuser stehen in der Kernstadt und den Stadtteilen leer. Die virtuelle Vermarktung scheint zu funktionieren: Für einige der Problem-Immobilien haben sich inzwischen Käufer aus Holland gefunden, die einen Zweitwohnsitz suchen. Die Bürgergruppe hilft ihnen bei der Planung der Sanierung, vermittelt Kontakte zu Handwerkern und Bürgermeister Wilhelm Gebhard (CDU) verspricht, Anträge auf neue Abwasserleitun-



Foto: Hermann Müller

Ein Ausflug lohnt sich! Frau Holles Heimat

Der 752 Meter hohe Meißner bei Hessisch-Lichtenau gilt als der Hausberg der märchenhaften Frau Holle. Der Eingang zu ihrem Reich soll sich an einem Teich befinden, an dem eine Skulptur der mythischen Dame steht. Der Berg befindet sich im Naturpark Meißner-Kaufunger-Wald, Wanderer finden dort außer grandiosen Ausblicken in die Landschaft auch eine reichhaltige Flora und Fauna. Auch im Winter ist der Meißner ein beliebtes Ausflugsziel, weil die Wahrscheinlichkeit, dass dort Schnee liegt, vergleichsweise hoch ist.

Weitere Informationen unter: www.naturpark-mkw.de



Der Werra-Meißner-Kreis hat eine Fläche von 1.024,7 km² und 105.732 Einwohner. Die Kreisverwaltung befindet sich in Eschwege.

gen und andere Anfragen an seine Bauverwaltung in kürzester Zeit erledigen zu lassen. Denkmalschützer loben die Wanfrieder Initiative, nicht nur, weil die Sanierung der historischen Gebäude in ihrem Sinne abläuft, sondern auch, weil kaum Fördermittel dafür beantragt werden.

Wandel „aktiv gestalten“

Wissenschaftler der Kasseler Universität hatten 2005 und 2006 die Kommunalpolitiker im Werra-Meißner-Kreis befragt, ob sie den demografischen Wandel im Blick haben und was sie dagegen zu tun gedenken. Das Ergebnis fasst Ulf Hahne vom Fachbereich Architektur, Stadt- und Landschaftsplanung nüchtern zusammen: „Alle sahen das Problem, doch keiner wollte etwas unternehmen.“ Inzwischen beobachtet Hahne ein Umdenken. „Es ist bemerkenswert, wie da versucht wird, mit bestehenden Ressourcen intelligente Lösungen zu finden.“ Seit 2006 hat der Landkreis eine „Stabstelle Demografie“, vor Kurzem wurde er als eine von vier Modellregionen im Projekt „Region schafft Zukunft“ ausgewählt. Das Bundesbauministerium stellt 870.000 Euro zur Verfügung, weiteres Geld schießen der Kreis selbst, das Land Hessen und die EU zu. Mit insgesamt sieben Millionen Euro sollen diverse Projekte realisiert werden, um nicht nur auf den demografischen Wandel zu reagieren, sondern ihn „aktiv zu gestalten“, wie vollmundig versprochen wird.

Zumindest scheint das Programm die Kreativität vieler Menschen im Werra-Meißner-Kreis zu fördern. „Wir können im ländlichen Raum auch in Zukunft ausreichend Schulen, Krankenhäuser, Bibliotheken und öffentlichen Nahverkehr anbieten, Energie, Wasser und Abwasser bezahlbar halten, wenn wir uns rechtzeitig auf den demografischen Wandel einstellen und die Infrastruktur entsprechend anpassen“, versucht Landrat Stefan Reuß (SPD) Optimismus zu verbreiten. Ende 2010 werde ein „Masterplan Daseinsvorsorge“ vorliegen, verspricht er. So soll eine Kommune im Kreis gefunden werden, die beispielhaft erprobt, ob die Versorgung mit Energie und Wasser sowie die Abwasserentsorgung nicht dezentral organisiert werden können und ob eine solche „Insellösung“ nicht nur kostengünstiger, sondern vielleicht auch noch effizienter als der bisher übliche Verbund mit anderen Kommunen sein könnte.

Ähnlich wie in Wanfried stehen auch in anderen Städten und Gemeinden des Kreises immer mehr Gebäude leer, nicht nur am Rande, sondern immer öfter in den Zentren. Mit Zuschüssen aus dem Modellprojekt werden nun Konzepte entwickelt, die einerseits die Häuser retten, andererseits die Lebensbedingungen in den Kommunen verbessern. In Witzzenhausen etwa ist ein denkmalgeschütztes Fachwerkhaus in der Innenstadt so umgebaut worden, dass dort ein Laden,



Foto: Studio Mittelmühle

Hessen und Thüringen feiern Grenzöffnung

„20 Jahre danach“ ist ein gemeinsames Programm der Tourismusverbände des Werra-Meißner-Kreises sowie des Unstrut-Hainich-Kreises und des Eichsfeldkreises in Thüringen. Auch 2010 gibt es spezielle Führungen, Wanderungen und Vorträge. Ein Audioguide, den man sich unter www.vfr-grenzguide.de kostenlos herunterladen kann, führt zu 12 Punkten in der hessisch-thüringischen Landschaft.

Informationen zum Programm: www.20jahredanach.de

Wohnungen sowie ein Treffpunkt für mehrere Generationen Platz fanden. In kleineren Orten wie Datterode oder Gertenbach werden verlassene und vom Verfall bedrohte Gebäude zu Läden oder Kulturzentren umgebaut.

Doch der Bevölkerungsschwund wird nicht aufzuhalten sein, wenn nicht neue Arbeitsplätze geschaffen und bestehende gesichert werden. Im Programm „Region schafft Zukunft“ geht es deshalb auch um Ideen, wie Unternehmen in der Region unterstützt werden können. Ihnen wird unter anderem Beratung angeboten, damit sie die Arbeitsbedingungen für ältere Arbeitnehmer verbessern. Andere Berater helfen Betrieben, Energie zu sparen, die Unternehmen sollen so wettbewerbsfähiger werden. Eine weitere Idee: Die Abwärme eines Herstellers von feuerfester Industriekeramik in Großalmerode könnte für die Energieversorgung umliegender Gebäude genutzt werden.

Die Wirtschaftsförderer des Kreises versprechen, dass sie den händeringend gesuchten Neubürgern nicht nur eine Wohnung beschaffen. Ihr Chef, Siegfried Rauer, sagt, sein Haus wolle das „Back Office“ für die erhoffte Neubesiedlung sein und ein Rundum-sorglos-Paket anbieten. „Wir kümmern uns auch um den Arbeitsplatz, stellen die Kontakte zu Firmen her, die Fachkräfte suchen – denn solche Unternehmen gibt es bei uns!“

Gesundheitsversorgung im Werra-Meißner-Kreis

- 160 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten gibt es nach den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegenwärtig im Werra-Meißner-Kreis, der aus acht Städten und ebenso vielen Gemeinden besteht.
- Die größten Kliniken sind neben der von der Diakonie betriebenen Orthopädischen Klinik Hessisch-Lichtenau das Kreis Krankenhaus in Eschwege sowie das Kreis- und Stadtkrankenhaus in Witzzenhausen. Die beiden kommunalen Häuser, die zusammen 483 Betten zur Verfügung haben, wurden im Jahre 2004 unter dem Dach der Gesundheitsholding Werra-Meißner GmbH vereint, an der der Kreis und die Stadt Witzzenhausen die Mehrheit halten. Gegenwärtig wird ein Zusammenschluss der Gesundheitsholding Werra-Meißner mit der Gesundheit Nordhessen Holding, zu der unter anderem das Kasseler Klinikum gehört, diskutiert. Im Juni 2009 hatte das Bundeskartellamt diese Fusion untersagt, dagegen läuft eine Beschwerde.
- In sechs Kurkrankenhäusern stehen nach den Angaben des Landkreises 1198 Betten zur Verfügung. Die Solequellen in Bad Sooden-Allendorf helfen unter anderem, Erkrankungen der Atemwege zu lindern.

Grenzmuseum Schifflersgrund

Das Museum liegt zwischen dem hessischen Bad Sooden-Allendorf und dem thüringischen Sickenberg. Teile des Grenzzaunes sind dort ebenso erhalten wie ein Wachturm. Daneben werden Fahrzeuge der Grenztruppen und ein Militär-Hubschrauber gezeigt. Auch ein schlichter Frontlader ist zu sehen. Damit versuchte Heinz-Josef Große am 29. März 1982 aus der DDR zu fliehen, nach neun Schüssen verblutete er, das Museum erzählt die Geschichte seiner Flucht.

Informationen: 03 60 87/9 84 09, www.grenzmuseum.de

DOXS = eine Genossenschaft für 3 Heilberufe

Über den potenziellen Raum für Psychotherapie in einer zukünftigen Versorgungslandschaft und bei der DOXS eG

Von Dr. Ulrich Müller

Psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen nehmen zu, auch deshalb sind neue Versorgungs- und Behandlungsmodelle notwendig. Dabei sollten sich die unterschiedlichen Vorstellungen von der Wirksamkeit des heilkundlichen Wissens zueinander hin orientieren. So etwa bei der DOXS eG: Die Genossenschaft könnte ein Modell der solidarischen Kooperation zwischen somatologischen und psychotherapeutischen Ansätzen integrieren, bei dem der Zusammenhang zwischen Schmerzerkrankungen und depressiven Erkrankungen betrachtet wird. Ein entsprechendes Behandlungskonzept könnte den Kassen als Selektivvertrag vorgelegt werden.

Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung sind integrative Bestandteile der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung. Um diese Überzeugung auch nach außen zu dokumentieren, hat die DOXS eG von Beginn an alle relevanten Heilberufe im Namen und in der Satzung aufgenommen. Die Zahl der psychotherapeutisch tätigen Genossenschaftsmitglieder – psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – entsprach bei der Gründung der DOXS eG in etwa der Relation der Mitglieder in der Gesundheitsversorgung im und neben dem ärztlichen Heilberuf*.

Versteht man die Gründung von DOXS als Reaktion auf zu erwartende Veränderungen in der gesundheitspolitischen Versorgungslandschaft, denen man mit dem Konzept einer selbstverwalteten solidarischen Organisationsform begegnen wollte, so wurde auch mit der namentlichen Gleichsetzung ein Zeichen gesetzt, das bislang in den selbstverwalteten Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) fehlte. Wo in den neuen Versorgungskonzepten der Platz der Psychotherapie sein könnte, war eine bis dahin jedoch kaum diskutierte Frage, auch wenn die Reduzierung gemeindepsychiatrischer Ansätze große Lücken in der Versorgung psychisch kranker Menschen hinterlassen hatte, die sich durch neue Versorgungsformen wieder schließen lassen könnten.

*Bereits vor der Aufnahme der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Gesetzliche Krankenversicherungssystem im Jahre 1999 arbeiteten psychotherapeutisch tätige Ärzte als Fachärzte in der Versorgung. Daher sind psychotherapeutisch tätige Ärzte, PPs und KJPs gleichermaßen gemeint, wenn im Folgenden von psychotherapeutisch Tätigen die Rede ist.

Wo in den neuen Versorgungskonzepten der Platz der Psychotherapie sein könnte, war eine bis dahin jedoch kaum diskutierte Frage.

Die Einordnung der Psychotherapie unter neuen Versorgungsmöglichkeiten ist kompliziert

Überlegungen zur Zukunft der Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesundheitsversorgung werfen Fragen auf, die – sachgerecht beantwortet – komplexe Schwierigkeiten sichtbar werden lassen. Es gibt keine einfache Antwort auf die Frage, wie sich psychotherapeutisch Tätige in der DOXS eG organisieren können. Denn die gesetzgeberischen Reformen, die von der Genossenschaft aufgenommen und in Vertragsprojekten umgesetzt werden, gehen an der Realität in den psychotherapeutischen Praxen oft vorbei.

Die neuen Vertragsmöglichkeiten, die durch den Gesetzgeber in den zahlreichen Reformen der letzten Jahre eröffnet wurden, lassen erkennen, dass sich die gesundheitspolitischen Strukturen zunehmend diversifizieren, dadurch aber in der neuen Vertragslandschaft kaum noch ein einheitliches Bild zeigen. Die Notwendigkeit, die Versorgung im Hinblick auf eine Erweiterung des Leistungsangebots zu verbessern, wird auch von vielen psychotherapeutisch Tätigen gesehen, doch deren inhaltliche Umsetzung lässt sich bislang nur schwer mit den Interessen der Krankenkassen vereinbaren. Selektivverträge abzuschließen ist für Psychotherapeuten nur in erheblich eingeschränktem Maße möglich – zumindest so lange die Kassen nur an Verträgen interessiert sind, die sich auf den Morbi-RSA beziehen, mit dem Argument, nur in diesen Fällen seien innovative Einsparmöglichkeiten erwartbar.

Die Notwendigkeit zu Einsparungen erscheint vielen KollegInnen paradox, ist doch die Berufsgruppe der psychotherapeutisch Tätigen auch nach Abzug aller Praxiskosten weiterhin die mit großem Abstand einkommensschwächste Gruppe unter allen heilkundlichen Leistungserbringern in den KVen. Auch wo sich alternative Vertragsmöglichkeiten zu eröffnen scheinen, ist psychotherapeutische Kompetenz bislang kaum integrierbar.

Zunächst sind die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Fachgruppen aus berufsrechtlichen Gründen derzeit noch außerordentlich kompliziert. Vertragsentwürfe lassen erkennen, dass Psychotherapie meist nur als vorübergehende Ergänzung zu einer ärztlichen Kernbehandlung betrachtet wird. Psychosomatisch orientierte Verträge, in denen Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam eine Behandlungsstrategie entwickeln könnten, liegen nur in Rohentwürfen vor – deren Umsetzung scheint kaum realistisch. Voraussetzung dafür wäre ein gemeinsamer diagnostischer Rahmen, der gleichsam somatische und psychische Ursachen für eine Erkrankung anerkennen würde.

Das unterschiedliche heilkundliche Wissen von Ärzten und Psychotherapeuten zusammenführen

Da war es zunächst ein bedeutendes Signal, dass DOXS sich gleichermaßen für Ärzte und Psychotherapeuten als Sammelbecken sah, die Kräfte in der Region vor dem Hintergrund der Bedrohung der KV in Hessen solidarisch zu bündeln und in einer gemeinsamen Organisation zusammenzuführen. Die besondere Leistung von DOXS, die ärztlichen und die psychotherapeutischen Heilberufe organisatorisch von Anfang an zusammengeführt zu haben, müsste in einem weiteren Schritt dazu führen, auch die unterschiedlichen Vorstellungen von der Wirksamkeit des heilkundlichen Wissens zueinander hin zu orientieren. So könnte bei DOXS ein Modell der solidarischen Kooperation zwischen somatologischen und psychotherapeutischen Ansätzen integriert werden, indem beispielsweise der Zusammenhang zwischen Schmerzerkrankungen und depressiven Erkrankungen betrachtet und in einem Selektivvertrag den Kassen als Behandlungskonzept vorgelegt wird. Auch die inzwischen durch zahlreiche Forschungsstudien belegten Zusammenhänge zwischen organischen Störungen und psychischen Erkrankungsursachen unter anderem bei Herzinsuffizienz, Diabetes oder Rückenleiden werden die Zusammenarbeit von Organmedizinern und Psychotherapeuten zukünftig unumgänglich machen. Hierfür könnten Ärzte und Psychotherapeuten bei DOXS zukunftsweisende Modelle entwickeln.

Die Notwendigkeit, die Versorgung im Hinblick auf eine Erweiterung des Leistungsangebots zu verbessern, wird auch von vielen psychotherapeutisch Tätigen gesehen.

Die besondere Leistung von DOXS, die ärztlichen und die psychotherapeutischen Heilberufe organisatorisch von Anfang an zusammengeführt zu haben ...

Noch immer sieht die hausarztzentrierte Versorgung nicht die Konsultation eines psychotherapeutisch fachkundigen Kollegen vor.

Doch sogar an den inzwischen vom Gesetzgeber ertrutzten Hausarztverträgen wird deutlich: Noch immer sieht die hausarztzentrierte Versorgung nicht die Konsultation eines psychotherapeutisch fachkundigen Kollegen vor. Es kommt daher nach einer Krankenkassenstudie zu einer großen Zahl von Fehldiagnosen bei psychischen Erkrankungen, weil nur selten ein Spezialist konsultiert wurde. Eine Einbeziehung der Psychotherapeuten in die hausärztlichen Verträge ist bisher nicht vorgesehen. Noch immer wird unterstellt, dass das fachkundliche Wissen des Hausarztes ausreicht, um differentialdiagnostisch organische und psychische Krankheitsursachen scheiden zu können. Eine konsiliarische Erörterung mit psychotherapeutisch Fachkundigen wird auch deshalb nicht in Erwägung gezogen, weil die Psychotherapie bereits zu den fachärztlichen Tätigkeiten gerechnet wird. Da eine psychotherapeutische Begutachtung sich jedoch umfassend auf den gesamten seelischen Zustand des Patienten im Hinblick auf die Ursachen einer möglichen organischen Erkrankung bezieht, ist eine solche Einschränkung an dieser Stelle unangemessen und verursacht erhebliche Kosten. Hier könnte sich DOXS um eine verbesserte Kooperation zwischen hausärztlichem und psychotherapeutischem Fachverstand bemühen.

Neue Aufgaben für unterversorgte Bereiche

Freilich waren die Startbedingungen zwischen den Heilberufen auch sehr unterschiedlich. Während sich viele Fach- und Hausarztgruppen schon länger mit neuen Versorgungsmöglichkeiten befasst hatten und zum Teil bereits Vertragsentwürfe mitbrachten, war die Situation für viele Psychotherapeuten neu, sich in den sich andeutenden neuen rechtlichen Rahmenvorgaben fachlich wiederzufinden und dort einen Platz behaupten zu können.

Psychotherapeuten haben jedoch bald auch eigene Ideen für eine Verbesserung der Versorgung entwickelt, die im Rahmen von Neuen Vertragsformen eingespeist werden könnten, doch bislang blieben diese Entwürfe ohne Resonanz.

Viele Ideen, eine verbesserte Versorgung für die unter- oder fehlversorgten psychisch kranken Patienten zu entwickeln, scheiterten an den Rahmenvorgaben des Gesetzgebers oder am Desinteresse der Krankenkassen.

Um ein Beispiel zu skizzieren: Die Behandlung einer psychischen Erkrankung reduziert sich nur in seltenen Fällen auf eine einzige diagnostische Beurteilung des Krankheitsgeschehens. Die Fokussierung auf eine Symptomatik, deren Behandlung in indikationsspezifischen Selektivverträgen vorgesehen ist, schließt die Berücksichtigung komorbider Störungen aus. Dies macht die Einbeziehung von Psychotherapie im Rahmen eines indikationsspezifischen Vertrages sehr schwierig, weil sich eine entsprechende Psychotherapie nur sehr selten auf eine eingeschränkte Symptomatik fokussieren lässt. Auch wenn Psychotherapeuten den Fachärzten zugerechnet werden, so schließt die Behandlung der Seele doch jede Analogie zur Behandlung eines Organs oder auch eines Organkomplexes aus.

Sektorenübergreifende Verträge, z. B. zur Verkürzung der Wartezeiten zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, wurden entwickelt, um die oft unbefriedigend langen Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung unter fachlichen Gesichtspunkten zu vereinfachen und qualitativ zu verbessern. Derartige Angebote, die zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität und zu Einsparungen führen könnten, da sich hierdurch Remissionen vermeiden oder zumindest reduzieren ließen, wurden bisher nicht von den Kassen aufgenommen. Hinzu kommt, dass die Kooperationsmöglichkeiten von Psychotherapeuten in Versorgungszentren bislang eher marginal sind.

Die Zunahme psychischer Erkrankungen verlangt nach weiteren Versorgungsangeboten

Dabei sind die Defizite in der Versorgung von psychisch Kranken sehr weitreichend und vielfältig, wie die aktuellen Studien der Krankenkassen belegen. Angststörungen und Depressionen nehmen zu – vermutlich aufgrund des wachsenden Drucks durch wirtschaftliche Veränderungen und die Geschwindigkeit des technologischen Wandels. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass diese Erkrankungen in naher Zukunft bereits den Status von Volkskrank-

heiten erreichen werden. Dies spricht für die Notwendigkeit neuer Behandlungsansätze, möchte man sich nicht langfristig auf psychopharmakologische Behandlungen beschränken.

Keine Vertragsmodelle zulasten der bewährten Richtlinienpsychotherapie

Dabei sollte klar sein, dass die neuen Versorgungs- und Behandlungsmodelle nicht die bisherigen Behandlungsmöglichkeiten untergraben dürfen. Die notwendige Suche nach neuen Behandlungsmodellen, die durch die gesetzgeberischen Reformen ermöglicht wurden, dürfen nicht dazu führen, dass die bisherige Richtlinienstruktur der psychotherapeutischen Behandlungen unterlaufen werden. Neue Vertragsmodelle sollten das bisher Erreichte ergänzen, wo Defizite in der Versorgung von psychisch Kranken bereits zu erkennen oder wo weitere Defizite zu erwarten sind.



Dr. Ulrich Müller, niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Dozent und Kontrollanalytiker am Ausbildungsinstitut der Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) in Kassel; Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie in der KV Hessen; Beisitzer im Vorstand der Hessischen Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen (LPPKJP); Gründungsmitglied von DOXS.

... scheiterten an den Rahmenvorgaben des Gesetzgebers oder am Desinteresse der Krankenkassen.

Anzeige

DOCexpert BETREUT ÜBER
16.000
ANWENDER UND GEHÖRT ZU
DEN MARKTFÜHRENDEN
PRAXIS-EDV-HERSTELLERN.

Mehr Zeit für Patienten, Mitarbeiter und Familie. Mit einer Praxissoftware, die den wahren Bedürfnissen von Medizinerinnen entspricht. Mit zukunftssicheren IT-Lösungen. Mit permanenter Weiterentwicklung auf Basis persönlicher Betreuung. Durch einen Spezialisten, der das Gesundheitswesen von innen kennt.

... AUS NÄHE ZUR PRAXIS.

WWW.DOCEXPERT.DE

DOCexpert
ein Unternehmen der medaDOX

Notdienstsektor West protestiert gegen neue Notdienstpläne

In den fünf ehemaligen Bereitschaftsdienstbezirken Ahnatal, Calden, Espenau, Fuldata, Immenhausen und Vellmar ist der Notdienst neu organisiert worden (wir berichteten). Nicht überall trifft das neue Konzept auf Zustimmung – Grund genug, dem Thema einen Platz in der Rubrik „Debatte“ einzuräumen, mit der das DOXS-Magazin verschiedenen Positionen Raum geben möchte. Kritisiert wird nicht nur die Finanzierung des Modells, sondern auch, dass die vorgesehenen Besuchsstrecken für Hausbesuche zu lang seien. Michael Frölich, Arzt für Allgemeinmedizin in Baunatal und Notdienstobmann – bisher im Dienstbereich Baunatal, seit der Neuordnung im „Notdienstsektor West“ –, stellt die Position der Baunataler vor – und lädt zur Diskussion über das Thema ein.

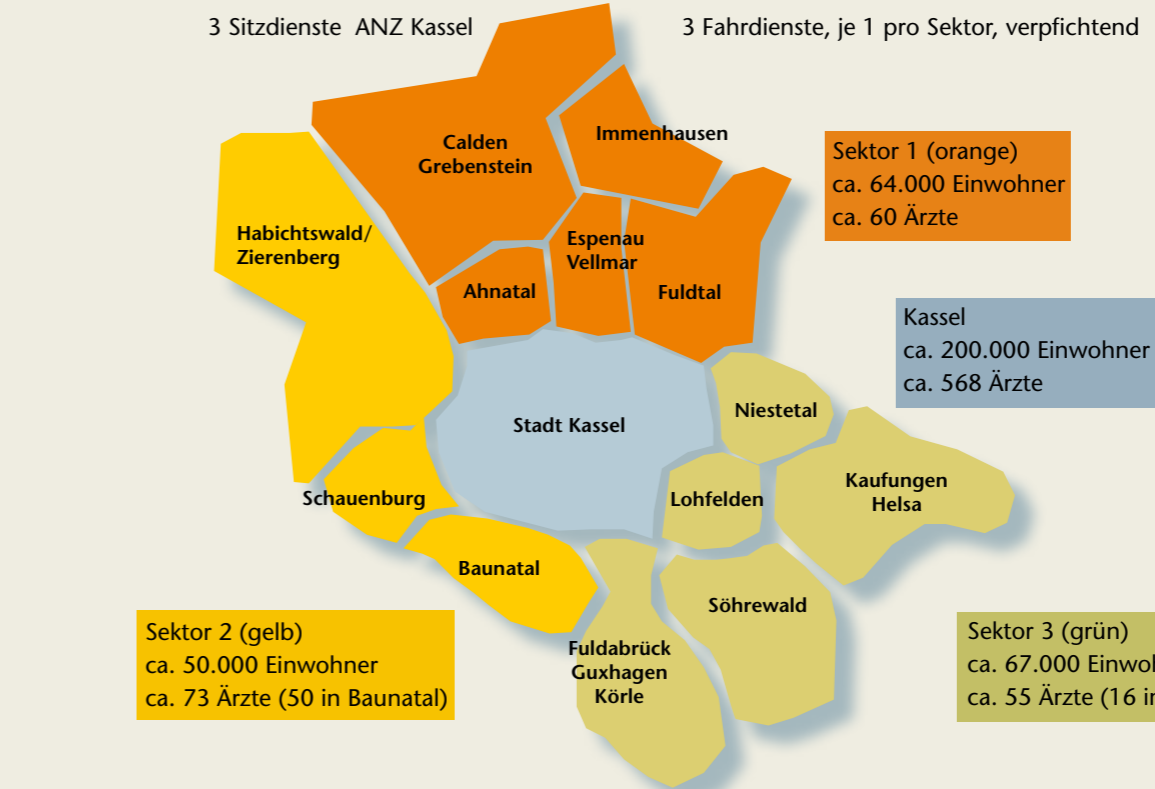
Von Michael Frölich

In der letzten Ausgabe des DOXS-Magazins beschäftigte sich ein Artikel mit der Umstrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdiensts in „Nordhessen“ (eigentlich dreht es sich um die Umstrukturierung des Speckgürtels um Kassel herum). Die Autoren stellen neue Konzepte vor, mit denen man der Dienstbelastung auf dem Lande begegnen wollte. Die Notwendigkeit zu diesem Vorgehen wurde aus der Unattraktivität der Tätigkeit im ländlichen Bereich abgeleitet. Es wurde der Anspruch erhoben, ein „zukunftsweisendes Konzept zur Sicherstellung der wohnortnahen Patientenversorgung auf solider finanzieller Basis“ umzusetzen. Dabei wurde auf einen „Beteiligungsprozess“ abgehoben, der zu dem vorgestellten Modell geführt habe. Die positiven Erfahrungen des sogenannten Nordsektors (Calden, Grebenstein, Immenhausen, Ahnatal, Espenau/Vellmar, Fuldata) wurden als Indiz dafür ins Feld geführt, dass dieses Modell erfolgreich sein werde.

Ein Zukunftsmodell?

Dass ein solcher Prozess nicht ohne Widerstand auf den Weg zu bringen ist, versteht sich von selbst. Dass die Meinungsbildungsprozesse in den einzelnen Versorgungsbereichen unterschiedlich schnell zu einem für das Modell positiven Ergebnis geführt haben, liegt in der Unterschiedlichkeit der Voraussetzungen. Dass aber ein Notdienstbezirk gegen seinen ausdrücklichen Willen auch nach einem „Beteiligungsprozess“ gezwungen wird, an diesem Modell teilzunehmen, ohne dass der Erfolg des Modells von dieser Teilnahme abhängig ist, verdient schon eine Nachbetrachtung:

Als vor gut zwei Jahren der Entwurf der Notdienstbeauftragten der KV Kassel den Notdienstobleuten der umliegenden Gemeinden vorgetragen wurde, gab es zunächst ein diffuses Gefühl, dass ja möglicherweise Handlungsbedarf gegeben sein könnte. Die Bereitschaft, sich auf ein solches Prozedere einzulassen, war jedoch sehr unterschiedlich. Der Beteiligungsprozess selbst bestand letztlich darin, das vorgefertigte Modell den Kollegen im Dienstbereich zu kommunizieren und ihre Zustimmung einzuholen. Wer dem Prozess nicht zustimmen wollte, war von der weiteren Entscheidungs- und Gestaltungsfindung ausgeschlossen. Nachdem nun der Nordsektor das Konzept umgesetzt hatte, bestand die nächste Runde des Beteiligungsprozesses darin, dass wiederum das gleiche Modell kommuniziert und nunmehr zur Umsetzung gebracht werden sollte. Die entschiedene Gegenposition des Baunataler Notdienstbezirks wurde – wie zu erwarten – mit der üblichen Häme über die „Baunataler Bonzen-Sonderstellung“ abgetan. Alternative Konzepte, obwohl denk-



bar und vernünftig, wurden nicht vorgestellt, ihre Entwicklung auch nicht abgewartet. Vielmehr musste der vorliegende Entwurf auch gegen Widerstand durchgezogen werden. Dass die Baunataler dabei keine Unterstützung durch die Notdienstbezirke Schauenburg und Zierenberg/Habichtswald zu erwarten hatten, war abzusehen, da sie, zumindest was die Zahl der Dienste angeht, stark profitieren würden. Der Beteiligungsprozess endete am 11.11.2009 mit dem zweiten Versuch einer konstituierenden Sitzung des neuen Notdienstsektors West, bei dem unter dem Protest der Baunataler ein neuer Notdienstplan für diesen Sektor erstellt wurde, dessen Gültigkeit jedoch unter dem Vorbehalt einer laufenden Klage gegen dieses Prozedere steht.

Warum nun so viel Dissens über ein „zukunftsweisendes Modell“?

Zum einen halten (wir) Baunataler die vorgesehenen Besuchsstrecken für Hausbesuche für zu lang. Allerdings steht zu befürchten, dass dies eher ein Problem für die Zierenberger Kollegen werden wird, da historisch die Zahl der Anforderungen von Hausbesuchen im Baunataler Dienstbereich hoch liegt. Hier steht

auch, anders als im Bezirk Nord, kein Kreiskrankenhaus als Ausweich-Anlaufstelle zur Verfügung. Doch damit wird man zukünftig Erfahrungen sammeln können.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt jedoch in der Art der Finanzierung dieses Modells, bei dem alle Rechte und Entscheidungskompetenzen bei der Notdienstgemeinschaft Kassel liegen. Die ehemals eigenständigen Dienstbezirke, die sich mit einer schlanken Kostenstruktur selbst verwaltet haben, haben lediglich die Hoheit einer gemeinsamen Dienstplanerstellung behalten. Die Höhe der anfallenden Kosten sowie die Art und Weise, wie diese umgelegt werden, sind dem Gebaren des Zwangsfusionspartners – des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes Kassel – und damit der zahlenmäßigen Überlegenheit der Stadtärzte gegenüber den Landärzten ausgeliefert.

Und damit sind wir beim Casus knaxus:

Eine Kostenbeteiligung an der geplanten Struktur in Höhe von circa 0,4 % des Praxisumsatzes bei gleichzeitig gegebener Aussicht darauf, die zu zahlenden Kosten für einen Notdienstvertreter aufzubringen,

Pantoprazol-ratiopharm®

Ihre Patienten danken es Ihnen.

Danke!

Pantoprazol-ratiopharm®

- In den Stärken 20 mg und 40 mg
- Lactose- und Glutenfrei
- Zuzahlungsbefreit



Bis zu
55 % Preisvorteil*
gegenüber Pantozol®

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

sofern man sich fachlich von der Kompetenz zur Ausübung des Notdienst zu weit entfernt fühlt, können sich je nach Praxis durchaus auf zweistellige Tausenderbeträge aufsummieren (da kann ja mal jeder für sich den Taschenrechner bemühen). Und das alles dafür, dass man die Gnade genießt, im Landkreis praktizieren zu dürfen und Notdienste verrichten zu müssen. Nun könnte ich mich als Hausarzt gemütlich zurücklehnen und denken: Jetzt trifft es endlich mal die richtigen. Und so wird ja auch gedacht! Dennoch glaube ich, dass man angesichts der aktuellen Diskussion über die ärztliche Versorgung der Landbevölkerung nicht aus den Augen verlieren darf, dass auch die fachärztliche Versorgung kein reines Stadtprivileg sein sollte.

Wenn man sich dann noch in Erinnerung ruft, dass der Leiter der KV Bezirksstelle Kassel, Herr Penka, bei der Begründung der Zwangsmitgliedschaft von Baunatal dezidiert auf die notwendige Gleichbehandlung aller Kollegen gepocht hatte, so muss man sich zwangsläufig die Frage nach der Gleichbehandlung mit den Kasseler Kollegen stellen. Diese aber können sich per Zuruf an die Arztnotrufzentrale (ANZ) aus ihren Diensten verabschieden, da ihre Vertretung im ärztlichen Bereitschaftsdienst Kassel lukrativ genug ist, um Interessenten dafür zu finden. Dieser Effekt wird sich noch verstärken, wenn durch die Verlagerung des Brot- und Buttergeschäfts (weiteres Einkommensminus für die Landkollegen) aus der Peripherie in die ANZ in Kassel der Umsatz – und damit das persönliche Einkommen der Vertreter sowie die Mittelzuflüsse für die ANZ – steigen. Fraglich wird jedoch, ob sich das in der Peripherie zukünftig auch so einfach gestalten wird!

Die Gretchenfrage wird also zukünftig heißen: Wie kommt es zu einer Gleichbehandlung der Kollegen unter Einschluss der städtischen Kollegen! Insofern hätte die Überschrift doch heißen können:

**vielleicht ein Schritt in die richtige Richtung
– aber es gibt noch viel zu tun!**

In diesem Sinne, in der festen Absicht, in der neuen/alten Obmannrolle (auch wenn sie sich in der Beschreibung von Herrn Lüdecke von der KV Hessen eher wie die eines schlechteren Briefträgers anfühlt) an weiteren Verbesserungen mitzuarbeiten, und in der Hoffnung, die nicht von diesem Problem Betroffenen nicht zu langweilen, möchte ich zum Erfahrungsaustausch einladen – zum Beispiel im DOXS-Forum auf der Homepage www-doxs.de.

Besonders würde mich interessieren ...

Besonders würde mich interessieren, wie es anderswo in „DOXS-Land“ mit den Notdiensten gehalten und gesehen wird?

Michael Frölich • froelichs@t-online.de

Michael Frölich ist Arzt für Allgemeinmedizin und Betriebsmedizin in Baunatal. Der 48-jährige ist stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates der DOXS eG, arbeitet in verschiedenen DOXS-Arbeitsgruppen mit und gehört dem Redaktionsteam des DOXS-Magazins an.



* 20 mg OP 98, Preise Stand 15.11.2009, Preisstand für Vergleich mit Erstanbieter 01.11.2009

Pantoprazol-ratiopharm® 20 mg magensaftresistente Tabletten · Pantoprazol-ratiopharm® 40 mg magensaftresistente Tabletten. Wirkstoff: Pantoprazol. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede magensaftresistente Tbl. enth. 20 mg/40 mg Pantoprazol (entspr. 22,6 mg/45,1 mg Pantoprazol-Natrium 1,5 H₂O). **Sonst. Bestand:** Tablettenkern: Maltitol (E 965), Crospovidon Typ B, Carboxymethylcellulose-Natrium, Natriumcarbonat (E 500), Calciumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Tablettenfilm: Polyvinylalkohol, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Entölte Phospholipide aus Sojabohnen (E 322), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Natriumcarbonat (E 500), Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1 : 1) (Ph.Eur.), Triethylcitrat (E 1505). **Anwendungsgebiete:** -20 mg magensaftresistente Tbl.: Behandl. der leichten Refluxkrankheit u. damit verbundener Symptome (z. B. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schluckbeschwerden), Langzeittherapie u. -Prävention von Rezidiven bei Refluxösophagitis, Prävention der durch nicht-selektive, nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR) induzierten gastroduodenalen Ulzera bei Risikopat., die einer kontinuierl. Behandl. mit NSAR bedürfen. -40 mg magensaftresistente Tbl.: Zwölffingerdarmgeschwür, Magengeschwür, mittelschwere u. schwere Formen der Refluxösophagitis, Langzeitbehandl. des Zollinger-Ellison-Syndroms u. and. Erkrank., die mit einer pathologischen Hypersekretion von Magensäure einhergehen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff, Soja, Erdnuss od. einen der sonst. Bestandt., gleichz. Einnahme mit Atazanavir. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Bei Anstieg der Leberenzyme AM absetzen. Erfahrungen mit der Behandl. von Kdrn. unter 12 J. liegen nicht vor. Dieses AM enth. Maltitol, deshalb nicht von Pat. mit hereditärer Fruktose-Intoleranz einnehmen. Nur mit Vorsicht schwangeren Pat. verschreiben. Nutzen-Risiko-Abwägung währ. der Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Leukopenie, Thrombozytopenie, anaphylaktische Reaktionen einschl. anaphylaktischer Schock, Depression, Halluzination, Desorientierung, u. Verwirrung, insbes. bei prädisponierten Pat. sowie Verschlechterung dieser Symptome bei vorbestehender Symptomatik, Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstör. (Verschwommensehen), Oberbauchbeschwerden, Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Übelkeit/Erbrechen, Mundtrockenheit, schwerer Leberzellschaden u. als Folge Gelbsucht mit od. ohne Leberversagen, allergische Reaktionen wie Juckreiz u. Hautausschlag, Urtikaria, Angioödem, schwere Hautreaktionen wie z. B. Stevens-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Lyell-Syndrom; Photosensibilität, Arthralgie, Myalgie, interstitielle Nephritis, Gynäkomastie, periphere Ödeme, erhöhte Leberwerte (Transaminasen, γ-GT), erhöhte Triglyceride, erhöhte Körpertemperatur, Hypermatriämie bei ält. Pat. Entölte Phospholipide aus Sojabohnen können allergische Reaktionen hervorrufen. Verkehrshinweis! **Verschreibungspflichtig.** Stand: 10/08.

ratiopharm GmbH, 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

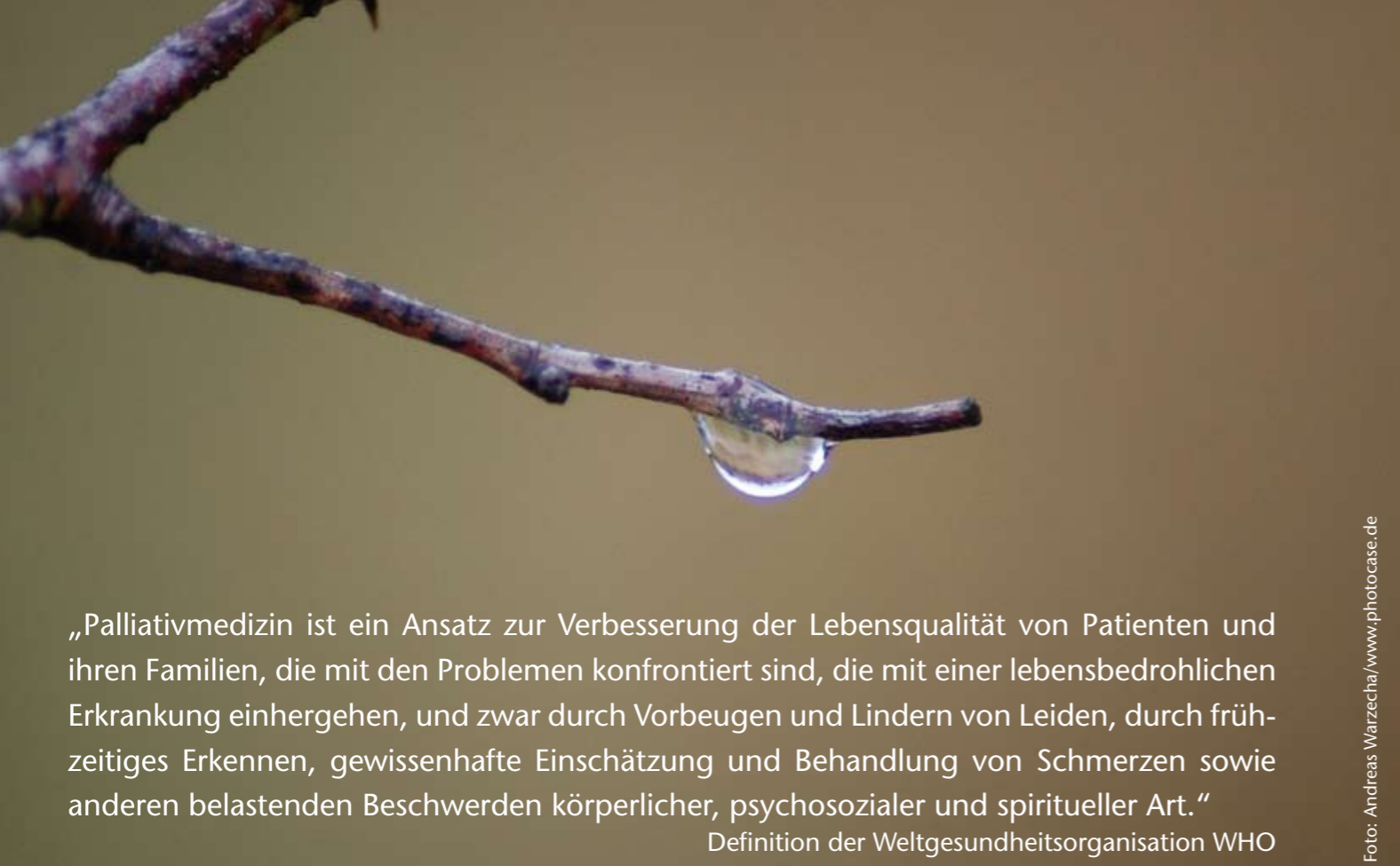


Foto: Andreas Warzecha/www.photocase.de

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO

„Hausärzte stärker in die multiprofessionelle Palliativversorgung einbeziehen!“

Eigentlich ist ja jeder Hausarzt auch palliativmedizinisch tätig, wenn er seine Patienten bis ans Ende ihres Lebens begleitet. Doch wer heute als Allgemeinmediziner im Beruf steht, ist im Studium nicht darauf vorbereitet worden. Die beiden DOXS-Aufsichtsräte Dr. med. Christine Frankman und Ingo Schmidt-Dietrich berichten im Gespräch mit Irene Graefe, warum und wofür sie sich in der Palliativversorgung engagieren.

Frau Dr. Frankman, Herr Schmidt-Dietrich, Ihnen beiden ist die Palliativmedizin eine Herzensangelegenheit. Woher rührt das?

Frankman: Palliativpatienten sind die, bei denen man nichts verschieben kann. Da geht es wirklich darum, in dem Moment, wo Symptome da sind, zu reagieren. Für Palliativpatienten zählt jeder Tag ihres Lebens, jeder Tag mit einigermaßen akzeptabler Lebensqualität. Das ist für mich eine wesentliche Motivation gewesen, mich in Palliativmedizin weiterzubilden. Es ist ein ganz persönlicher Grund: Ich möchte diese Weiterbildung haben, um meine Patienten und ihre Familien in guter Qualität zu versorgen.

Schmidt-Dietrich: Für mich ist das eine typische Aufgabe eines Hausarztes: die Begleitung von der Wiege bis zur Bahre. Wenn ich meine Patienten lange kenne, dann möchte ich auch am Ende ihres Lebens für sie da sein – und zwar mit gutem Fachwissen und symptomlindernd. Solange es geht, die Familie das schafft und wir das zusammen schaffen, sollen sie zu Hause bleiben können. Es gibt ja auch Hospizdienste und andere Unterstützung. Wenn ich dann sage: Das kriegen wir hin! – dann ist das für die Menschen oft sehr beruhigend.

Frankman: Gerade in dieser Phase kann man so viel tun! Da stimmt der Spruch nicht: Wir können nichts mehr für Sie tun.

Inzwischen ist Palliativmedizin Wahlfach im Medizinstudium und soll ab 2014 Pflichtfach werden. Halten Sie das für richtig?

Frankman: Ja, Palliativmedizin gehört als neues Fach dazu, auch wenn es dauern wird, bis sie akzeptiert wird. Die Allgemeinmedizin ist ja auch noch nicht so lange ein vollwertiges Fach.

Schmidt-Dietrich: Wir wollen nicht die technischen Organmediziner sein. Hausärzte sind eher die ganzheitlich Denkenden – also gehört Palliativmedizin dazu.

Gibt es im Umgang mit Patienten am Ende ihrer Lebenszeit Unterschiede zwischen Stadt- und Landarztpraxis?

Schmidt-Dietrich: Dass Mentalitäten vielleicht anders sind, das könnte ich mir vorstellen. In der Stadt ist doch die Tendenz zur Anonymität groß, es gibt viele Singlehaushalte. Da sind zur Unterstützung oft die professionellen Teams gefragt. Überraschenderweise ist es aber auch so, dass selbst Nachbarn in gewissem Maße einspringen. Das finde ich sehr, sehr schön.

Frankman: Ich bin in einem Dorf in Norddeutschland aufgewachsen und arbeite jetzt hier auch auf dem Dorf. Man kann vielleicht sagen, dass im Dorf noch mehr Patienten familiär eingebunden sind und eventuell auch von entfernt Verwandten versorgt werden. Was da so plötzlich innerhalb der Familien möglich ist, ist ganz enorm.

Zur Palliativmedizin gehört die Schmerz- und Symptomkontrolle ganz wesentlich dazu. Warum haben viele Menschen noch immer Vorbehalte gegenüber der Gabe von Betäubungsmitteln (BTM) wie zum Beispiel Morphin?

Schmidt-Dietrich: Ja, gerade ältere Menschen sagen: Auweia, jetzt gibt mir der Doktor Morphin, das macht mir angst.

Frankman: Morphin ist eben ganz stark assoziiert mit der letzten Lebensphase. Es gibt ein paar Dinge, die gehören für die Menschen ganz klar zum Sterben dazu: Wenn ich jetzt schon Morphin brauche, was soll mir denn dann helfen, wenn's mir richtig schlecht geht?

Schmidt-Dietrich: Und bei uns Ärzten geht es eben um ein Spezialrezept, das auch schon wieder aufwendiger ist. Ich persönlich finde es gut zu handhaben und setze es auch ein. Morphin ist vom Nebenwirkungsprofil her viel besser als manch andere Schmerzmedikamente, die den Magen kaputt machen.

Inwieweit ist es für Sie ein Problem, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) definiert ist, die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die Sie leisten, aber nicht?

Frankman: Bisher ist nur die SAPV definiert worden und gesetzlich geregelt. Die AAPV ist zunächst nur eine notwendige Versorgungsebene, deren Umfang nicht geregelt ist. Es gibt bisher keine Vorgaben, welche Qualifikationen diejenigen mitbringen müssen, die allgemein ambulant versorgen.

Welche Wünsche haben Sie, um diese Versorgungsebene zu installieren?

Frankman: Ganz viele Hausärzte sind für ihre Patienten in der Phase vor deren Tod rund um die Uhr erreichbar, weil sie etwa unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden wollen. Aber diese zusätzliche Bereitschaft wird nicht bezahlt. Das ist die eine Seite.

Die andere Seite ist natürlich: Wenn wir wollen, dass die Palliativversorgung gut ist, muss man von Hausärzten auch verlangen, dass sie sich in diese Richtung zum Beispiel mit dem Basiskurs auf allgemeiner und theoretischer Grundlage qualifizieren. Dementsprechend muss es dann Ziffern im EBM geben, die nur dieser qualifizierte Arzt abrechnen kann. Dafür muss er in Absprache mit dem SAPV-Team oder alleine eine gewisse Erreichbarkeit sicherstellen. Man könnte sich dafür regional organisieren. Diese Zwischenebene, noch bevor SAPV greift, ist nicht vorgesehen. Wahrscheinlich werden die Ärzte erst jahrelang in Vorleistung gehen müssen, bevor etwas geschieht.

Kann man eine Grenze ziehen zwischen möglichem Aufwand und Aufopferung?

Schmidt-Dietrich: Schwierig. Wir tun es ja gerne für unsere Patienten. Aber man muss eben auch seine Kosten decken können. Die Arbeit wird einfach nicht gewürdigt.

Frankman: Hausärzte versorgen ihre Patienten ja schon immer in palliativen Situationen – und das leider, ohne es honoriert zu bekommen. Viele Menschen begleiten zum ersten Mal einen



Foto: Irene Graefe

Angehörigen bis ans Lebensende. Es gibt ihnen und den Betroffenen enorm viel Sicherheit im Umgang mit der letzten Lebensphase und der Sterbesituation, wenn sie mich als Hausärztin nachts und am Wochenende erreichen können.

Schmidt-Dietrich: Das hilft den Leuten unwahrscheinlich. Einfach zu wissen, da ist noch ein professioneller Rettungsanker.

Frankman: Allerdings kann der einzelne Hausarzt alleine so eine Rufbereitschaft 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr nicht leisten.

Um solche Situationen nicht mehr als Einzelkämpfer bewältigen zu müssen, ist die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen und mit anderen Berufsgruppen notwendig. Ist dieser multiprofessionelle Ansatz der Palliativmedizin ein Anreiz für Sie?

Schmidt-Dietrich: Das, was wir im DOXS-Projekt als Vernetzung von Arzt zu Arzt brauchen, das brauchen wir hier auch.

Frankman: In unserem Dorf wollen wir uns jetzt konkret zusammensetzen, um schwierige Fälle – nicht nur palliativmedizinisch – gemeinsam zu besprechen und in der Behandlung an einem Strang zu ziehen: die kommunale Sozialstation und die Ärzte.

Schmidt-Dietrich: Ich betreue auch Patienten in Altersheimen, wo es sehr engagierte Schwestern gibt. Aber dort arbeiten auch Kräfte mit sehr wenig Erfahrung, die sehr unsicher sind. Eine engere Zusammenarbeit wäre hier dringend nötig.

Frankman: Wir deutschen Ärzte sind ja in aller Regel Einzelkämpfer, man lässt sich nicht gerne

Dr. Christine Frankman (47) ist Allgemeinärztin in Dörnhagen (Fuldabrück). Sie hat im Sommer 2009 ihre Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Motto: „Es ist immer höchste Zeit. Aber es ist nie zu spät und nie zu früh, sich zu kümmern.“

Ingo Schmidt-Dietrich (39) ist Allgemeinmediziner in Kassel. Er hat den Basiskurs Palliativmedizin absolviert und wird die Fortbildung insgesamt im nächsten Jahr abschließen. Motto: „Ich möchte gut palliativmedizinisch geschult sein, um gut helfen zu können, ohne schnell an Grenzen zu stoßen.“



Foto: Irene Graefe

in die Karten schauen. Dass sich Kollegen zusammensetzen und gemeinsam einen Fall besprechen, funktioniert oft erst nach einer langen Phase der Vertrauensbildung. Aber gerade in der Palliativmedizin geht es aufs Ganze und es bleibt nicht viel Zeit.

Umgekehrt ist es aufwendig, das Formular für die SAPV-Verordnung auszufüllen. Gut, dafür bekomme ich ein Honorar, aber darüber hinaus nichts. Es sollte Geld dafür geben, dass der Allgemeinarzt zum Beispiel am Erstbesuch teilnimmt, damit er dem SAPV-Team über seinen Patienten berichten kann. Warum gibt es im SAPV-Vertrag außer für die Verordnung keine Vergütung dafür, dass der Hausarzt involviert ist und bleibt?

Wie funktioniert das Zusammenspiel SAPV und Hausärzte aus Ihrer Sicht? Ist es Konkurrenz oder Ergänzung?

Frankman: Drei Ebenen sind unter einen Hut zu bringen: SAPV, Pflegedienst und Hausarzt. Dafür müsste es eben den honorierten gemeinsamen Besuch beim Patienten oder eine Fallbesprechung geben, aus der wir alle nur lernen können.

Schmidt-Dietrich: SAPV-Verordnungen werden zwar außerhalb des Budgets abgerechnet. Trotzdem – so vom Gefühl her – kommt man sich als der bessere Rezeptunterschreiber vor.

Frankman: Klar, da steckt dann die Angst dahinter: Ich, der ich die Patienten bislang betreut



Foto: Tinvo/www.photocase.de

habe, werde ausgebootet. Erst eine gute Kommunikation der verschiedenen Ebenen untereinander kann diese Angst mindern. Die Hausärzte müssen erst erfahren, dass die SAPV ihnen nichts wegnimmt, sondern ihnen zusätzliche Kompetenz anbietet und sie entlastet. Das SAPV-Team ist rund um die Uhr erreichbar, auch wenn der Hausarzt einmal nicht erreichbar ist. SAPV-Verordnungen gehen nicht zulasten des Hausarztbudgets.

Noch einmal konkret, wie sind Ihre Erfahrungen mit SAPV-Teams?

Frankman: Ich hatte so einen Fall erst einmal und es war ein Patient, den ich in der Urlaubsvertretung betreute. Er war sehr gut versorgt, aber losgelöst von mir. Wäre ich die Hausärztin gewesen, hätte ich mir etwas mehr Kommunikation gewünscht. Persönlich empfinde ich es nicht so, dass mir Patienten weggenommen werden.

Schmidt-Dietrich: Ich halte SAPV für eine gute Sache. Natürlich stehen wir am Anfang und die SAPV-Versorgung in Nordhessen muss sich erst entwickeln.

Wo ist die Palliativversorgung ein Thema für die DOXS?

Schmidt-Dietrich: In der DOXS-Akademie und auf der Homepage sollten wir Informationen zur Palliativmedizin und zur SAPV anbieten.

Frankman: Wir als DOXS könnten eine Ebene schaffen, auf der sich Mitglieder mit Palliativweiterbildung austauschen. Es sollte darum gehen, nicht neue Konkurrenzsituationen entstehen zu lassen.

Verträge und Strukturen für SAPV und AAPV werden auf Landesebene ausgehandelt. Die DOXS könnten in diesen Prozessen zum Beispiel innerhalb der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativmedizin Hessen ihr Wort erheben und vor Ort Strukturen auf der AAPV-Ebene schaffen.

Palliativversorgung: In Deutschland eine junge Disziplin

Die moderne Hospizbewegung und Palliativversorgung geht auf die englische Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders (1918–2005) zurück. Sie gründete 1967 in London das St. Christopher's Hospice, in das unheilbar Kranke und Sterbende nicht mit dem Ziel der Heilung aufgenommen wurden, sondern sie in ihrer speziellen Situation medizinisch, pflegerisch und emotional zu begleiten. 16 Jahre später wurde der Grundstein für die Palliativversorgung in Deutschland gelegt: Mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe wurde 1983 an der Uniklinik Köln die erste Palliativstation eingerichtet. 1986 eröffnete in Aachen das erste Hospiz. Heute gibt es 180 Palliativstationen und 170 Hospize (Stand: 2008).

1992 gründete sich der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband (damals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) und 1994 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. In der Hospizbewegung trug das ehrenamtliche Engagement vieler Menschen zur Entwicklung ambulanter Hospizdienste bei (2008: 1.500), die sich vor allem der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen widmen. Gleichzeitig wuchs die Zahl stationärer Hospize und Palliativstationen. Die Zahl ambulanter Palliativdienste (2008: 60) blieb lange Zeit niedrig.

War die Finanzierung stationärer Hospizarbeit 1997 und die Förderung ambulanter Hospizarbeit 2002 ins Sozialgesetzbuch V aufgenommen worden, geschah dies erst 2007 für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch multiprofessionelle Palliative Care Teams. Eine Definition, festgelegte Strukturen und damit auch Honorierung für die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch qualifizierte Haus- und Fachärzte gibt es bislang nicht.

In der Aus- und Weiterbildung hat die Palliativmedizin inzwischen in Deutschland Fuß gefasst. 1997 gab es erste Lehrpläne für das Medizinstudium, das Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Seelsorger. 2003 verabschiedete der Deutsche Ärztetag die Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, welche bis Ende 2008 rund 3.000 Mediziner erwarben. In der Approbationsordnung für Ärzte sind Palliativmedizin und Schmerztherapie derzeit fakultatives Prüfungsfach, ab 2014 Pflichtfach. In der akademischen Lehre ist die Palliativmedizin mit fünf Lehrstühlen (August 2009) vertreten, dazu kommen zwei in der Pädiatrie. *ig*

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Zwei Teams rund um die Uhr im Einsatz

Von Irene Graefe

In Kassel und Umgebung bieten zwei Institutionen spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) an: das Rote Kreuz Krankenhaus Kassel mit seinem Palliativ-Team und der DRK-Kreisverband Kassel-Wolfhagen mit seinem Palliative Care Team (PCT). Beide greifen auf langjährige Erfahrungen in der Palliativversorgung zurück. Seit zehn Jahren werden am Roten Kreuz Krankenhaus (RKH) Schwerstkranke auf einer Palliativstation behandelt, seit 2004 unterstützt das PCT des DRK Palliativpatienten ambulant. DRK und Rotes Kreuz Krankenhaus schlossen in diesem Frühjahr Versorgungsverträge (§ 132d, Sozialgesetzbuch V) mit den gesetzlichen Krankenkassen. Sie bekamen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine eigene Betriebsstättennummer, über die ihre Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen gesondert abgerechnet werden.



Steht Patienten, ihren Angehörigen und den betreuenden Ärzten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur Seite: das Palliative Care Team des DRK Kassel-Wolfhagen.
Foto: DRK Kassel-Wolfhagen

„Wir können jetzt auf einer finanziellen Basis arbeiten, wie wir es immer wollten“, sagt Dr. Christian Krieg-Hartig für das Palliative Care Team des DRK-Kreisverbandes. Der Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin hat noch vor Augen, wie „die Finanzierung immer wacklig war, weil wir allein auf Spenden angewiesen waren“. Dennoch möchte er diese Phase nicht missen, „denn so gehen wir mit viel Erfahrung und einem ausgefeilten Konsens über unseren Umgang mit den Patienten sowie den Schwerpunkt und die Qualität unserer Arbeit in die SAPV“. Das ursprüngliche Team aus zwei Fachkrankenschwestern und dem Palliativmediziner wurde im Juni um weitere Ärztinnen und Ärzte, Fachkrankenschwestern und Fachkrankenschwestern sowie eine Bürokräft für Dokumentation und Abrechnung erweitert.

Das Palliativ-Team am Roten Kreuz Krankenhaus besteht seit April 2008 und ist mit zwei Ärzten und drei Fachpflegekräften besetzt. Eine weitere Pflegekraft und ein Case Manager sollen hinzukommen. Wie das PCT des DRK auch, hält das RKH-Team gemäß der SAPV-Richtlinie enge Kontakte zu Haus- und Fachärzten, Pflege-, Sozial- und Hospizdiensten, Seelsorge, Physiotherapie und Psychotherapie. Aufgabe der Teams ist es, deren Einsatz zu koordinieren. Um dies jederzeit sicherzustellen, sind die Teams für Patienten, ihre Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten rund um die Uhr

erreichbar und einsatzbereit. In regelmäßigen, multiprofessionellen Fachkonferenzen werden die einzelnen Fälle vorgestellt und besprochen.

Während das DRK-Team einen Versorgungsauftrag für Kassel Stadt und Landkreis sowie Wolfhagen hat, umfasst die Versorgungsregion des RKH-Teams ebenfalls Kassel Stadt und Land und darüber hinaus die Landkreise Waldeck-Frankenberg, Schwalm-Eder und Werra-Meißner. „In jedem Landkreis soll ein Palliativ-Team entstehen. Ärzte und Pflegekräfte arbeiten vor Ort, wir garantieren durch unser Fachwissen und den regelmäßigen Austausch die Qualität und können die 24-Stunden-Rufbereitschaft sichern“, beschreibt Dr. Wolfgang Spuck die geplante Ausweitung. Die Verträge mit den externen Teams für eine kooptierte Mitgliedschaft stünden kurz vor dem Abschluss.

„Unser Schwerpunkt im Kasseler Kernteam liegt darin, dass die Mitglieder sich ausschließlich mit Palliativmedizin und Palliativpflege beschäftigen. Auf diese Kompetenz bauen wir in unserer Arbeit vor Ort auf und darauf können die Teams in den Landkreisen zurückgreifen“, so der Palliativmediziner. Spuck, der auch Mitgründer der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Nordhessen (APPH) ist, weist auf die Zusammenarbeit mit der Weiterbildungseinrichtung hin.

Im Mittelpunkt der Arbeit aller SAPV-Teams stehen der Patient mit einer schweren, nicht heilbaren Erkrankung und seine Angehörigen. „Der Wille des Patienten ist für uns Gesetz, er behält seine Autonomie“, erläutert Krieg-Hartig vom DRK-Team, „wir überfrachten ihn nicht mit vorgefassten Meinungen.“ Vom Erstgespräch an entwickle sich eine intensive Beziehung. Präsenz, Vertrauen und Erreichbarkeit seien die Basis für einen offenen Umgang miteinander. „Es ist notwendig, dass alle über die Krankheit aufgeklärt sind und gemeinsam den Verzicht auf Behandlungen tragen, die keinen Erfolg mehr haben können“, sagt Spuck vom Roten Kreuz Krankenhaus.

Er schildert als Beispiel den Fall eines todkranken Patienten, der schon eine Einweisung in die Klinik hatte. Auf Verordnung des Hausarztes wurde das Palliativ-Team eingeschaltet, die Ehefrau über die Situation und das, was sie tun kann, aufgeklärt. Schmerz und Luftnot konnten dank der Intervention gelindert werden und „der Patient schlief zu Hause friedlich ein“. Die Angehörigen zu stützen, sie medizinisch und pflegerisch aufzuklären, gehöre unabdingbar zur SAPV dazu. „Wir können ihnen Sicherheit geben und das hilft wiederum den Patienten“, so Spuck. „Man

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im vergangenen Jahr starben in der Bundesrepublik Deutschland 830 000 Menschen. Etwa 12,5 Prozent von ihnen wurden hospizlich oder palliativ begleitet, stellt die Deutsche Hospiz Stiftung in einer Studie fest. Es seien jedoch rund 60 Prozent, die eine solche Begleitung brauchten. Dem soll eine Änderung im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Rechnung tragen. Für gesetzlich Versicherte, deren Lebenserwartung durch eine schwere Krankheit begrenzt ist, gilt seit April 2007 das individuelle Recht auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Der Leistungsanspruch (§ 37b, Sozialgesetzbuch V) soll es Schwerstkranken ermöglichen, unterstützt von Palliative Care Teams bis zum Tod in der gewohnten Umgebung zu bleiben.

Vor der Gesetzesänderung war es nicht möglich, die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung Sterbenskranker als eigenständige Leistung abzurechnen. Seit Mai 2009 erhalten SAPV-Teams auf Antrag eine eigene Betriebsstättennummer, sodass ihnen die Verordnung und Abrechnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln sowie der Einsatz von Pflegediensten, Physiotherapeuten, Logopäden oder Ergotherapeuten möglich ist. SAPV ist somit nicht Gegenstand vertragsärztlicher Versorgung. Sie wird jedoch vom niedergelassenen Hausarzt oder bei der Überleitung für sieben Tage vom Klinikarzt verordnet (KV-Verordnungsformular 63). Seit 1. April 2009 gibt es im EBM zwei Leistungsziffern für die Erst- und Folgeverordnung (Ziffern 40860 und 40862).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bereits im Juni 2008 eine Richtlinie (§ 132d, SGB V) formuliert. Darin ist festgelegt, unter welchen Bedingungen die Krankenkassen Verträge mit Anbietern schließen können, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Laut Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind bundesweit bis August 2009 rund 30 Verträge nach § 132d, SGB V geschlossen worden, 65 weitere wurden zu diesem Zeitpunkt verhandelt.

In Hessen haben der Verband der Ersatzkassen (vdek) und die Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen (LAPH) im Frühjahr 2009 einen SAPV-Mustervertrag entwickelt. Inzwischen haben landesweit zehn Palliative Care Teams (PCT) Verträge abgeschlossen, die für alle gesetzlich Versicherten gelten. Davon zwei in Nordhessen: das Palliative Care Team des DRK Kreisverbandes Kassel-Wolfhagen und das Palliativ-Team Rotes Kreuz Krankenhaus.

SAPV wird von multiprofessionellen PCT erbracht, die mit den an der Regelversorgung beteiligten Berufsgruppen – Haus-/Fachärzte, Pflegedienste, Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen und ambulante Hospizdienste – zusammenarbeiten und deren Zusammenspiel koordinieren. Zur SAPV gehören ganz wesentlich Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Nur Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Krankheit und dadurch kurz befristeten Lebenserwartung haben Anspruch auf die spezialisierte Unterstützung, wenn ihr Zustand eine besonders aufwendige, jedoch ambulant zu gewährleistende Versorgung notwendig macht.

ig

Das Palliativ-Team des Rotes Kreuz Krankenhauses will SAPV über Kassel hinaus mit kooptierten Teams in den angrenzenden Landkreisen ausbauen.
Foto: RKH



Palliative Care Team
DRK Kreisverband
Kassel-Wolfhagen

Königstor 24
34117 Kassel
Telefon 05 61-72 90 4-14 0
24-Stunden-Erreichbarkeit
mobil: 01 76-21 31 21 11
E-Mail: pct@drk-kassel.de

Ansprechpartner:
Dr. Christian Krieg-Hartig

Palliativ-Team
Rotes Kreuz Krankenhaus

Hansteinstraße 29
34121 Kassel
Telefon 05 61-30 86-44 95
24-Stunden-Erreichbarkeit
mobil: 01 72-53 61 34 7
E-Mail: spuck@rkh-kassel.de

Ansprechpartner:
Dr. Wolfgang Spuck

taucht für kurze Zeit sehr tief in die Strukturen der Familie ein“, berichtet Krieg-Hartig über die „zum Teil sehr intensive Begleitung“. Trotz aller Vorgaben sei die Arbeit eines PC-Teams „schwer zu normieren, jeder Fall ist anders“. Aber genau darin liege die Motivation: „Man wird immer wieder überrascht: Das lieben wir an unserer Arbeit.“

Großen Wert legen das DRK- und das RKH-Team auf die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, mit Pflegediensten und den weiteren beteiligten Berufsgruppen. „Wir wollen keine Besserwisser sein und sind kein Ersatz für den Hausarzt“, sagt Krieg-Hartig über das zusätzliche Angebot dort, wo fachliche und zeitliche Grenzen in der Betreuung der Schwerstkranken erreicht werden. „Der Hausarzt kann sich darauf verlassen, dass sein Patient eine bessere Versorgung erfährt, ohne dass er ihn abgeben muss“, versichert Spuck, „er steuert, welche Intensität die SAPV hat.“ Umgekehrt sei es sogar so, „dass wir uns zurückziehen müssen, wenn das spezielle Problem gelöst ist und die weitere allgemeine palliative Versorgung ausreichend ist.“

Neben der fachlichen und zeitlichen Entlastung kommt in den Augen der beiden Palliativmediziner ein entscheidender Punkt hinzu, der für die Inanspruchnahme der Palliativ-Teams spricht: Mit der eigenen Betriebsstättennummer ist gewährleistet, dass Verordnungen der Teams gesondert vergütet werden und nicht zulasten des Budgets der Haus- oder Fachärzte gehen. Dass ihr SAPV-Angebot gefragt ist, zeigen die steigenden Fallzahlen. Wenn sich die SAPV etabliert hat, rechnet Spuck für das Versorgungsgebiet des RKH-Teams mit 400 Fällen im Jahr. Doch neben der Statistik zählt für ihn und Krieg-Hartig jeder einzelne Fall. „Wir möchten, dass es für die Patienten ein Heimspiel wird“, sagt Krieg-Hartig.

Weiter umstritten – und noch nicht vom Tisch:

Elektronische Gesundheitskarte

Die Bundesregierung hält trotz technischer Schwierigkeiten an der Einführung der umstrittenen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) fest. Unterdessen haben die nordrheinischen Ärzte auf ihrer Vertreterversammlung beschlossen, sich „konstruktiv“ in die weitere Gestaltung der eGK einzubringen. In Niedersachsen hingegen lehnten die Ärzte die Einführung der Karte ab.

Die Formulierung im Antrag ist unmissverständlich – und wurde einstimmig angenommen: „Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) lehnt die Einführung der sogenannten elektronischen Gesundheitskarte in der jetzigen Form ab, da den auf den Deutschen Ärztetagen erhobenen Forderungen nicht entsprochen wurde.“ So heißt es in dem Antrag, über den die Versammlung am Wochenende 21./22. November abstimmte.

Dr. Stefan Pollmächer, Vorstand der DOXS eG, begrüßte die Entscheidung aus dem benachbarten Bundesland. „Die E-Card ist aus medizinischer Sicht, aber auch aus Gründen des Datenschutzes abzulehnen“, so der Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeut aus Kassel: „Das Milliardenprojekt bringt keine Einsparungen im Gesundheitswesen, untergräbt massiv das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient – und schwächt die Bürgerrechte.“ Der Mediziner engagiert sich seit langem gegen die umstrittene E-Card und hat gemeinsam mit seinem Vorstandskollegen Dr. Erhard Lang etliche FDP-Politiker in Briefen an das Moratorium erinnert hat, das die Partei vor der Bundestagswahl gefordert hatte. „Was jetzt aus dem Gesundheitsministerium und von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler zu hören ist, klingt ganz anders als noch in den Wochen vor der Wahl, in denen die FDP sich sehr viel kritischer zur E-Card geäußert hat“, so Dr. Pollmächer.

Gerüchte über einen endgültigen Stopp der E-Card hatte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) Mitte November zurückgewiesen: Davon könne „absolut nicht die Rede sein“ – lediglich zu bestimmten technischen Fragen sei ein Moratorium vereinbart worden, so eine Sprecherin des 36-jährigen promovierten Mediziners. Zuvor hatte Rösler mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen über die Zukunft des Milliardenprojekts gesprochen. Dabei waren sich alle grundsätzlich einig, dass eine „praxisorientierte und sichere Telematikinfrastruktur“ angebracht sei. Die Gesundheitskarte müsse aber „praxistauglich“ werden, sagte Rösler. So solle die Erweiterung der Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte „zunächst auf ein modernes, sicheres Versichertendatenmanagement sowie die Notfalldaten konzentriert werden“. Für weitere mögliche Anwendungen wie das elektronische Rezept müssten erst Lösungen entwickelt werden, die nachweislich nützlich seien. Vor allem müssten die Daten nachweislich sicher sein. Diesbezüglich hatten vor allem Ärzteverbände immer wieder Bedenken erhoben.

So hat dann auch der Präsident der Freien Ärzteschaft, Martin Grauduszus, den vorläufigen Stopp der Karte, die derzeit in sieben Testregionen erprobt wird, begrüßt: „Die Ergebnisse aus den Testregionen sind verheerend, sodass ich glaube, dass diese Gesundheitskarte nicht kommen wird“, sagte er. Der Kassenverband VdEK sprach dagegen von einer „unerträglichen Situation“ für die Versicherten: „Wir brauchen schnell Klarheit“, sagte der Vorstandsvorsitzende des Kassenverbandes VdEK, Thomas Ballast. Die Versicherten, die die elektronische Gesundheitskarte bereits erhalten haben, müssten weiter auch die alte Karte im Portemonnaie haben, weil „der eine Arzt vielleicht das neue Lesegerät hat, der andere nicht.“ Ursprünglich sollte die E-Card 2006 starten. Inzwischen wurde nach Schätzungen aus Krankenkassenkreisen fast eine halbe Milliarde Euro dafür ausgegeben. Allein die Computerbranche hat 340 Millionen Euro investiert. Insgesamt soll die Einführung der Karte laut Gesundheitsministerium 1,5 Milliarden Euro kosten. Realistische Schätzungen gehen vom Zehn- bis Zwanzigfachen aus. *guz*



Stoppt die E-Card!

Mehr als 713.700 Unterschriften hat das von der Freien Ärzteschaft e. V. mit initiierte Aktionsbündnis „Stoppt die E-Card“ schon gegen das umstrittene Milliardenprojekt gesammelt (Stand 25.11.09).

Unter www.stoppt-die-e-card.de können Interessierte ihre Unterschrift online leisten.

„Neue Grippe“: Hintergründe und Abgründe*

*Stand 24.11.2009



Foto: SMCCV

Selten war die Verbindung zwischen Politik, Presse und Industrie so offensichtlich – und für viele unerträglich.

Von Dr. Uwe Popert

Die „neue Grippe“ hält uns in Atem. Oder genauer: die Medienberichte darüber. Bei manchen Billigzeitungen bildet die Größe der Schlagzeile oft genug das Gegenteil des Wahrheitsgehaltes ab. Beispiele?

„35.000 deutsche Grippe-Tote in diesem Winter!“ Mindestens. Sagt ein Professor mit Bundesverdienstkreuz – leider aber ohne Belege für seine kühnen Behauptungen in der Bild vom 21. Oktober. Dieselbe Zeitung vermeldet gut drei Wochen später: „Ukraine: mysteriöses Grippevirus – gefährlicher als Schweinegrippe ... Schon 189 Menschen starben, mehr als eine Million gelten als infiziert ...“ Doch die Spezialisten der World Health Organisation WHO fanden bisher nur 15 bestätigte Fälle und keinen Hinweis auf eine Mutation des A/H1N1Influenza-Virus.

Dagegen sagte Prof. Michael Kochen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, am 19. November im Fernsehmagazin Monitor: „Die Ukraine zeigt im Grunde genommen genau dasselbe Bild wie in allen anderen Ländern: Eine sehr leicht verbreitbare Infektion, die sehr viele Leute betrifft. Wir haben eine hohe Anzahl von Fällen – und wir haben eine relativ niedrige Anzahl von Todesfällen.“

Was steckt hinter der Panikmache?

Vielleicht gibt es ja ganz andere handfeste Gründe für solche Fehlalarme: Der Internationale Währungsfonds drohte der Ukraine, 16,4 Milliarden US-Dollar an Unterstützungsgeldern einzufrieren. Und das mitten im Präsidentschaftswahlkampf. Dann wurde die Seuche bekannt gegeben und um internationale Hilfe gebeten.

Auch andere sind bedürftig. Laut der gemeinnützigen und politisch unabhängigen Organisation Transparency International e. V. ist die Massenimpfung gegen das H1N1-Virus durchaus auch von Geschäftsinteressen geprägt. So pflegten Fachleute enge Kontakte zu den Impfstoff-Produzenten. „Wir beobachten, dass da massive Interessenkonflikte sind“, sagte Angela Spelsberg, Epidemiologin und Vorstandsmitglied der Anti-Korruptions-Organisation, dem Sender Deutschlandradio Kultur. Das Robert Koch-Institut (RKI), das die Bundesregierung bei der Impfkation berät, wies den Vorwurf zurück.

Spelsberg sagte der Welt vom 27. Oktober, es gebe keine wissenschaftlichen Belege für eine große Gefahr durch die Schweinegrippe. „Die Impfkation geht gegen eine Grippe vor, die im Vergleich zur saisonalen Grippe bisher ganz mild verlaufen ist.“ Die Ärztin kritisierte, dass es im Gesundheitswesen immer weniger unabhängige Experten gebe. Bei der Schweinegrippe gelte für maßgebliche Fachleute, „dass sie zum Teil in die Impfstudien selber involviert sind und dass sie von den Herstellern der Impfstoffe finanzielle Unterstützung erhalten beziehungsweise Honorare bekommen“. Auch STIKO und EMEA weisen jeglichen Korruptionsvorwürfe als haltlos zurück.

Die im Frühjahr 2009 von der WHO verabschiedete neue Pandemie-Definition ist für die Impfstoffhersteller gleichbedeutend mit einer Lizenz zum Geld-Drucken. Im Gespräch mit dem SPIEGEL antwortete der Epidemiologe Tom Jefferson, der seit 16 Jahren für die Cochrane Collaboration arbeitet und mit einem internationalen Team von Wissenschaftlern sämtliche veröffentlichte Studien zum Thema Grippe auswertet, auf die Frage, ob die WHO verfrüht eine Pandemie ausgerufen habe? „Finden Sie es nicht bemerkenswert, dass die WHO dafür eigens ihre Pandemie-Definition geändert hat? Das Kriterium, dass es sich dabei um eine Krankheit mit hoher Sterblichkeit handeln muss, wurde einfach gestrichen. Erst dadurch wurde aus der Schweinegrippe eine Pandemie ... Im Durchschnitt werden nur sieben Prozent der grippeartigen Infekte tatsächlich durch Influenza-Viren ausgelöst. Die Bedeutung dieser Viren wird systematisch überschätzt.“

Jefferson hat dafür keine wissenschaftliche Begründung, sondern nur eine wirtschaftliche: „Gegen Influenza-Viren gibt es, anders als gegen die anderen 200 Erreger der grippeartigen Symptome, einen Impfstoff und auch Medikamente“, sagt er. „Dahinter steckt das große Geld der Pharmaindustrie! Die sorgt auch dafür, dass Forschung über Influenza in guten Journalen veröffentlicht wird. So findet sie mehr Beachtung, und das ganze Forschungsfeld wird für ambitionierte Wissenschaftler interessant.“ (SPIEGEL vom 20. Juli 09)

Umsatz 2009 weltweit

- Impfstoffe gegen die Schweinegrippe: ca. 7 Mrd. US\$
- eingelagerte Neuraminidasehemmer: ca. 3 Mrd. US\$
- zusätzlich verkaufte Neuraminidasehemmer: ca. 2 Mrd. US\$

Wie gefährlich ist die „Schweinegrippe-Pandemie“?

Entscheidend für die Vorgehensweise in den anstehenden Monaten ist die Frage, wie gefährlich das Influenzavirus ist. Nach den Erfahrungen aus Australien, Neuseeland, Argentinien, Chile in deren Wintersaison ist der A/H1N1-Erreger stabil und es gab in der Saison dort weniger Grippetote als sonst. Die Influenza-Mortalität lag zwischen der von Argentinien (600 Tote/40 Mio. Einwohner = 1,52) und Südafrika (91Tote/47Mio. Einwohner = 0,19) im Durchschnitt bei 0,76/100.000 Einwohner.

Durchschnittliche A/H1N1-Mortalität nach Wintersaison

Land	Einwohner	A/H1N1-Tote	Tote pro 100.000 Einwohner
Argentinien	39.400.000	600	1,52
Australien	21.360.000	189	0,88
Chile	16.763.470	140	0,84
Brasilien	195.100.000	1.434	0,74
Neuseeland	4.143.279	20	0,48
Südafrika	46.960.626	91	0,19
Summe	323.727.375	2.474	0,76

Quelle: Wikipedia, Stand 23.11.2009

Das ist deutlich weniger als die Sterblichkeit bei „saisonalen“ Grippewellen; diese lag 1995 bis 2006 Deutschland bei durchschnittlich 8.200 Toten/Jahr bei 82 Mio. Einwohnern (siehe Tabelle).

Vergleich der Influenza-Mortalität 1995 – 2006 mit Schätzung für 2009/10

Land	Einwohner	Influenza-Tote/Jahr (laufende Saison)	Tote pro 100.000 Einwohner (laufende Saison)
Ukraine	45 Mio.	(15)	(0,03)
Deutschland 2009	82 Mio.	(41)	(0,05)
Deutschland Exzess 1995–2006	82 Mio.	Durchschnittlich 8.200 (82 bis 31.160)	10 (0,1 bis 38)
Deutschland 2009/10 (eigene Schätzung)	82 Mio	623 (164 bis 1.230)	0,76 (0,2 bis 1,5)

Quelle: Wikipedia, Stand 23.11.2009



Schweingrippe-Mundschutz als neuer Modetrend, entdeckt bei www.creativeblok.com und modifiziert

Ein Geschenk, das vielleicht Leben retten kann und dabei noch gut aussieht. Gespendet wird der Verkaufserlös an „Children International“, eine Organisation aus Mexiko City, die sich um betroffene Kinder kümmert. 10 \$ kostet ein Mundschutz, plus 3 \$ Handlingkosten. Quelle: www.smartshoppingblog.de

Unter der Annahme, dass wir im Winter eine mit den Ländern der Südhalbkugel vergleichbare Influenza-Mortalität haben werden, ist mit etwa 623 (164 bis 1.230) Influenza-Toten/Jahr in Deutschland zu rechnen. Das ist weniger als 1/10 der durchschnittlichen Mortalität der letzten Jahre. Von Katastrophe also keine Spur.

Aber selbst diese Zahlen wirken eher hoch gegriffen – bisher liegt die A/H1N1-Mortalität in Deutschland mit 0,05/100.000 für ein Land mit guter Krankheitsüberwachung und gut verfügbaren Tests sensationell niedrig. Zum Vergleich: Jährlich sterben etwa 4.500 bis 5.000 Menschen im Straßenverkehr in Deutschland. Möglicherweise ist die Fahrt zum Arzt ein größeres Risiko als die Grippe-Erkrankung selbst.

Aber es gibt noch mehr Positives festzustellen: Von den üblichen Panikpersonen mal abgesehen: Die Mehrzahl der Patienten und Ärzte hat sich trotz einer beispiellosen Panik-Presserkampagne und zahlreichen Einschüchterungsversuchen insgesamt sehr rational verhalten. Selten war die Verbindung zwischen Politik, Presse und Industrie so offensichtlich – und für die meisten unerträglich. Selten hat sich die Politik von der Industrie so über den Tisch ziehen lassen. Selten hat die Sensations-Presse so an Glaubwürdigkeit verloren. In den letzten Wochen habe ich mich mit meinen Patienten bei diesem Thema so einig wie selten gefühlt – so richtig als Haus- und Familienarzt.

Das macht nicht nur gute Laune, sondern auch Mut – nach so offensichtlichen Flops in Verbindung mit industrieabhängigen Beratern sehe ich jetzt gute Chancen, eine Neutralität von Politikberatern nicht nur zu fordern, sondern auch durchzusetzen!

Das ist wichtig: Für die Einrichtung einer vierten Hürde bei der Medikamentenzulassung – und damit für eine Abschaffung der Medikamentenregresse – ist das ein dringend notwendiger Baustein!

Meine Forderung: Mitarbeiter von EMEA, STIKO und PEI sollten während und mindestens 5 Jahre nach ihrer dortigen Tätigkeit keine Beraterhonorare durch die Industrie annehmen dürfen! Und auch die WHO sollte schleunigst ihre Gremien (be)reinigen – zum Beispiel um den evidenzlosen Panik-Professor!

Warum werden profitorientierte Panikmacher nicht z. B. wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses oder wegen Körperverletzung vor Gericht gestellt? Wenn man bedenkt, unter welchen Umständen den Bundesländern für den eigentlichen Impfstoff je Dosis etwa 1 €, aber für die billigen (und überflüssigen) Zusatzstoffe (Squalen, Polysorbat und Tokopherol) je 6 € abgefordert wurden, dann fallen einem noch ganz andere Paragraphen des Strafgesetzbuches ein (siehe Arznei-Telegramm vom 25. September 2009).



Dr. med. Uwe Popert ist seit 20 Jahren als Arzt für Allgemeinmedizin in Kassel niedergelassen. Er ist 1. Vorsitzender des „Gesundheitsnetz Nordhessen e. V.“, Gründungsmitglied der DOXS eG und Lehrbeauftragter an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Göttingen. Außerdem ist er als Beauftragter des KV-Bezirksausschusses beratend für die Organisation der Bereitschaftsdienste zuständig und damit auch für die Koordination bei Pandemiefällen.

Gesundheitswesen: Neue Bundesregierung plant radikalen Umbau

Auf weitreichende Umstrukturierungen des Gesundheitswesens haben sich CDU, CSU und FDP wenige Wochen nach der Bundestagswahl vom 27. September verständigt. Das Ergebnis der Verhandlungen: Im kommenden Jahr ändert sich noch wenig, doch ab 2011 soll ein radikaler Umbau folgen. So radikal, wie es von CDU und CSU zuletzt im Sommer 2005 zu hören war.

Den Systemwechsel soll eine interministerielle Expertenkommission unter der Leitung von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) erarbeiten. Die AG soll bis zur zweiten Jahreshälfte 2010 Vorschläge für die langfristige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vorlegen. Dabei zeichnet sich ab, dass das neue System auf ein Modell hinausläuft, das die CDU bis 2005 als „Kopfpauschale“ oder „Gesundheitsprämie“ propagiert hat. Bereits jetzt haben sich die Koalitionspartner darauf verständigt, den Arbeitgeberanteil an der Finanzierung der GKV festzuschreiben. Überdies sollen künftig die Versicherten nicht mehr wie bisher einkommensabhängige Beiträge zahlen. Ein „sozialer Ausgleich“ soll über Steuermittel gewährleistet werden – wie, das steht noch nicht fest. Doch die Beitragsparität wird sich wohl zulasten der Versicherten verschieben – umso stärker, je später der „soziale Ausgleich“ kommt. Nicht nur die Opposition hat bereits heftig kritisiert, dass nach den neuen Plänen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zuerst von Arbeitnehmern und Rentnern geschultert werden müssten.

Vorerst bleibt jedoch alles beim Alten. Zumindest im kommenden Jahr werden weder der Gesundheitsfonds noch der aktuelle Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angetastet: 2010 bleibt es bei 14,9 Prozent des Monatsbruttos, aufgeteilt in 7,9 Prozent für Arbeitnehmer sowie Rentner und sieben für Arbeitgeber. Das prognostizierte Defizit in der GKV in Höhe von rund 7,5 Milliarden Euro soll unter anderem über Steuermittel ausgeglichen werden. So erhalten die gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr 3,9 Milliarden Euro als – so formulierte es Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) – „krisenbedingten Zuschuss“. Darüber hinaus sind die derzeit noch rund 180 gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, sparsam mit ihrem Geld umzugehen, gegebenenfalls zu kooperieren oder zu fusionieren und ruhig auch mal auf ihre Rücklagen zurückzugreifen.

Allerdings können Kassen, die mit ihren Fonds-Zuweisungen nicht über die Runden kommen, ihren Mitgliedern einen Extra-Obolus von maximal einem Prozent des Monatsbruttos abverlangen. 2010 würde das maximal immerhin rund 37 Euro pro Monat bedeuten. Überdies sollen die Kassen künftig wieder freier darüber entscheiden können, was sie ihren Mitgliedern abverlangen. „Beitragsautonomie“ heißt das Zauberwort: Auf Wunsch von Bayern, dem der länderübergreifende Finanzausgleich schon lange ein Dorn im Auge war, sollen auch „regionale Differenzierungsmöglichkeiten“ geschaffen werden.

Überprüft werden sollen die Praxisgebühr – und der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen, der einer der zentralen Bestandteile der jüngsten Reform war. Der komplizierte finanzielle Kompensationsmechanismus, der sicherstellen soll, dass Krankenkassen mit besonders vielen alten oder kranken Menschen entsprechend aus dem Gesundheitsfonds bedacht werden, soll „demnächst auf das notwendige Maß reduziert und vereinfacht werden“, heißt es. *guz*

„Drei-Klassen-Medizin“ oder „sozial abgesichertes Gesundheitswesen“? Pläne des Bundesgesundheitsministers stoßen auf Kritik

Mehr Freiheit, mehr Wettbewerb: Philipp Rösler will einen kompletten Umbau des Gesundheitssystems einleiten, er warb in seiner ersten Rede im Bundestag für ein Ende der paritätischen Gesundheitsfinanzierung. Die Opposition reagierte empört: „Drei-Klassen-Medizin“ und „soziale Härte“.

Gegenwind bekam Rösler schon vor seinem Auftritt im Bundestag zu spüren – und der kam nicht nur aus der Opposition: So wandte sich CSU-Chef Horst Seehofer gegen einen Systemwechsel: Ein Gesundheitssystem, in dem die Lasten solidarisch verteilt seien, gehöre „zu meinem Markenkern“ und dieser stehe nicht zur Disposition, sagte Seehofer der Welt am Sonntag. Er habe schon so viele Gesundheitsreformen verhandelt, dass er wisse, dass es keinen radikalen Systemwechsel geben könne. Er sei sich sicher, dass auch ein FDP-Gesundheitsminister rasch zu dieser Erkenntnis gelange.

Rösler will freilich auch gegen Widerstände ein neues Gesundheitssystem „auf den Weg bringen, das für 80 Millionen Menschen gut funktioniert“. In etlichen Interviews kündigte er an, im neuen Gesundheitssystem für mehr Freiheit und Wettbewerb sorgen zu wollen. „Wir brauchen mehr Freiheit: Freiheit bei der Wahl der Therapie, bei der Wahl des Arztes und bei der Wahl der Krankenkasse“, sagte er. Die Krankenkassen müssten wieder untereinander im Wettbewerb stehen, unterschiedliche Beiträge verlangen dürfen und unterschiedliche Leistungen anbieten können“.

In seiner Bundestagsrede versicherte Rösler dann, die Koalition stehe dafür, „dass jeder, unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichen Risiken, Zugang zu unserem Gesundheitssystem erhalten kann.“ Gleichzeitig solle das System künftig auch finanzierbar bleiben – und über Steuern finanziert werden. „Es wird in jeder Gesellschaft einen Ausgleich geben müssen zwischen Arm und Reich, aber eben nicht im Gesundheitssystem“, so der Bundesgesundheitsminister. Mit Blick auf die geplante Festschreibung des Arbeitgeberanteils verwies Rösler darauf, dass es nicht das Ziel sei, den Arbeitgebern einen Gefallen zu tun, sondern Arbeitslosigkeit zu verhindern.

Gestärkt werden sollen nach Auffassung von Union und FDP die Patientensouveränität und die Patientenrechte. Zum Ausbau einer unabhängigen Beratung der Patienten und einer größeren Transparenz sei ein Patientenschutzgesetz geplant. Im Mittelpunkt der neuen Gesundheitspolitik stehe ein freies, pluralistisch organisiertes und sozial abgesichertes Gesundheitswesen, in dem es in erster Linie um die Deckung des medizinischen Bedarfs gehe. Abgewendet werden müsse eine drohende Unterversorgung in ländlichen Gebieten.

SPD: „Politik gegen die Mehrheit der Menschen in unserem Land“

Als „grundlegend falsch“ kritisierte die SPD die neue Gesundheitspolitik. Das Prinzip der paritätischen Versicherung werde aufgegeben und der Weg in eine Dreiklassenmedizin beschritten, warnte Gesundheitsexpertin Elke Ferner im Anschluss an Röslers Rede: „Sie machen Politik gegen die Mehrheit der Menschen in unserem Land.“ Der Schwenk zur „unsozialen Kopfprämie“ heiße, dass die Krankenschwester genauso viel bezahlen müsse wie der Bankdirektor. Und die hohen Kosten des medizinischen Fortschritts hätten so allein die Arbeitnehmer zu tragen. Damit werde sich kaum einer künftig eine „vernünftige Krankenversicherung leisten können“. Direkt an Rösler gewandt fügte sie hinzu: „Sie sind ein Risiko für unseren Sozialstaat.“

Für die Linke warf Gesundheitsexpertin Martina Bunge der Regierung vor, ein „Zwei- oder Dreiklassensystem“ etablieren zu wollen. Wer eine Versorgung nach dem aktuellen Stand wolle, werde künftig zuzahlen müssen, sagte Bunge. „Der Verachtung des Staates stellen Sie die Vergötterung des Marktes gegenüber. Was Sie machen, ist keine Gesundheitspolitik, das ist Wirtschaftspolitik“, sagte Bunge an Rösler gerichtet. Die Pläne der Koalition seien „an sozialer Kälte“ nicht zu überbieten. Bunge sprach sich für eine solidarische Bürgerversicherung aus. Die Grünen-Politikerin Birgitt Bender warf Rösler vor, er vertrete ein „hässliches Politikmodell“. Das Gesundheitssystem, für das er stehe, werde für viele Patienten nicht mehr bezahlbar sein, bemängelte Bender. Die geplante Kopfprämie bezeichnete sie als „Abwrackprämie für das Solidarsystem“. Sie griff insbesondere den von Rösler favorisierten Steuerausgleich an, da für Menschen, die bislang Höchstbeiträge gezahlt hätten, die Beiträge um die Hälfte sinken würden. „Das ist Umverteilung von unten nach oben“, kritisierte Bender. *guz*



Philipp Rösler, FDP



Horst Seehofer, CSU



Elke Ferner, SPD



Birgitt Bender, Bündnis 90/Die Grünen



Martina Bunge, Die Linke

Im Wortlaut: Auszüge aus dem Koalitionsvertrag

„Sozialer Fortschritt – durch Zusammenhalt und Solidarität“, so ist das Kapitel in dem 124 Seiten starken Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP überschrieben, in dem sich unter Punkt 9 die Themen „Gesundheit und Pflege“ finden. Danach will die Regierungskoalition das deutsche Gesundheitswesen „innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest“ gestalten. Im Folgenden dokumentieren wir einige Passagen aus dem Vertrag im Wortlaut.

Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden. Dabei darf keine Generation über Gebühr belastet werden.

Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung. Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

Der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralisiertes Gesundheitssystem sind der falsche Weg, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen.

Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung

Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugute kommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht.

Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen sehen wir Überprüfungsbedarf. Dazu gehört auch die Überprüfung des Rechtswegs.

Ärztliche Versorgung und freier Arztberuf

Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unsere Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten. Die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung in ländlichen Bereichen werden dabei Berücksichtigung finden.

Anzeige



MCS-ISYNET für einen optimalen Praxisablauf

Maßgeschneiderte und wirtschaftliche Praxissoftware – ob Einzelpraxis oder ärztliche Kooperation, ob Einplatz- oder Mehrplatzlösung

MCS Arzt- und Ambulanzsysteme GmbH
Im Kappelhof 1, 65343 Eltville
Telefon 06123 6840-0
Telefax 06123 6840-691
arzt@mcs-ag.com, www.mcs-ag.com

MCS
arztsysteme
ein Unternehmen der medatiXX

Der Arzt als Verkäufer

Berufsrechtliche und steuerliche Überlegungen

Der Arzt ist Unternehmer. So wenig Zweifel an der Richtigkeit dieser Aussage bestehen, so schwierig gestaltet sich der Umgang damit in der Praxis. Gerade die Diskussion um Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder die Abgabe von Produkten im „Umfeld“ der Arztpraxis zeigen, wie schwierig der Umgang mit diesem Thema ist. Hinzu kommt eine rechtliche Unsicherheit, welche Möglichkeiten überhaupt bestehen, derartige Aktivitäten zu entwickeln: Muss man ein Institut gründen? Muss dies in räumlicher Trennung zur Praxis erfolgen? Darf der Arzt überhaupt etwas anderes als ärztlich behandeln? Es zeigt sich an der gesamten Ausbildung des Arztes und dem spezifischen Berufsrecht, dass der Arzt in erster Linie Freiberufler ist wie Architekten, Ingenieure, Rechtsanwälte, Zahnmediziner oder Journalisten. Die Begründung für den Sonderstatus dieser Freiberuflichkeit wird allgemein darin gesehen, dass nicht das Streben nach Gewinn die Motivation ist.

Von
Stefan Rohpeter

Berufsrechtliche Überlegungen

Mit diesem grundlegenden Selbstverständnis hat die Ärzteschaft das Berufsrecht entwickelt. In § 3 Abs. 2 der Hessischen Berufsordnung findet sich daher auch die Regelung, unter welchen Voraussetzungen Gegenstände abgegeben oder gewerbliche Dienstleistungen erbracht werden dürfen.

„Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produktes oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.“

Neben einer Vielzahl weiterer Regelungen, die das Verhältnis von ärztlicher Tätigkeit und Gewerblichkeit im weitesten Sinne regeln, bringt diese Vorschrift zum Ausdruck, dass ein Verkauf oder Dienstleistungen des Arztes, die nicht in der ärztlichen Tätigkeit bestehen, nur sehr eingeschränkt erbracht werden dürfen.

Zunächst wurde aus dieser Vorschrift abgeleitet, dass es Ärzten untersagt ist, in den Räumlichkeiten der Arztpraxis Gegenstände zu verkaufen, sofern sie nicht im Rahmen der ärztlichen Behandlung abgegeben

werden. Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 29.05.2008 (Az: I ZR 75/05) das entsprechende Urteil des OLG Frankfurt aufgehoben und klargestellt, dass eine räumliche Trennung der gewerblichen Tätigkeit nur dann aufrecht zu erhalten ist, sofern die ärztliche Tätigkeit gleichzeitig ausgeübt wird. Damit besteht die Möglichkeit, in sprechstundenfreien Zeiten Ernährungsberatung durchzuführen oder Nahrungsergänzungsmittel zu verkaufen. Sicherergestellt werden muss jedoch, dass für den Käufer klar erkennbar ist, dass er sich nicht in die Behandlung eines Arztes begibt und aufgrund dessen Gegenstände oder Beratungsleistungen erhält. Dies ist bei der Beschilderung und der Ausgestaltung derartiger Nebentätigkeiten ebenso zu berücksichtigen wie im Hinblick auf die buchhalterische und sonstige wirtschaftliche Ausgestaltung.

Der BGH formuliert:

„Ein Arzt, der in den Räumen seiner Praxis eine gewerbliche Ernährungsberatung durchführt, handelt weder berufsrechtswidrig noch wettbewerbswidrig, wenn er diese Tätigkeit im Übrigen von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht getrennt hält.“

Ferner ist natürlich zu vermeiden, dass der Arzt in seiner Sprechstunde bei den Patienten ein derart großes Kaufbedürfnis weckt, dass diese sich nahezu zwangsläufig in die späteren Verkaufsräume begeben.

Häufig stellt sich die Frage durchaus auch auf Veranlassung des Patienten, ob aus dem ärztlichen Beratungsgespräch heraus nicht bestimmte Produkte empfohlen oder gar verkauft werden können. Dies ist nur im Rahmen der Sonderregelung

§ 3 Abs. 2 letzter Halbsatz HBO: „die Abgabe des Produktes oder die Dienstleistung [ist] wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie“

möglich. Da der medizinische Nutzen einer gesunden Ernährung zweifelsfrei feststeht, könnte man dem Trugschluss unterliegen, unter diesem Gesichtspunkt könne jedwede Ernährungsberatung oder auch der Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln als Bestandteil der ärztlichen Therapie angesehen werden. Allerdings ist die Rechtsprechung diesbezüglich restriktiv und stellt nicht allein darauf ab, ob die Abgabe oder Dienstleistungserbringung sinnvoller Bestandteil der ärztlichen Therapie ist. Vielmehr wird die Frage aufgeworfen, ob gerade die Abgabe durch den Arzt erforderlich ist. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn eine Einweisung, Schulung, Anpassung, Kontrolle oder Notfallversorgung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. In allen anderen Fallgestaltungen wird davon ausgegangen, dass der Patient sich die Produkte und Dienstleistungen bei anderen Verkäufern oder Dienstleistern verschaffen kann.

Es bleibt somit festzuhalten, dass bei einer zeitlichen, organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Trennung der Tätigkeiten auch dem Arzt eine unternehmerische Betätigung im gewerblichen Bereich möglich ist.

Steuerliche Überlegungen

Steuerlich ist dies insbesondere aus zwei Gesichtspunkten einer gesonderten Beurteilung zuzuführen: Gewerbesteuer und Umsatzsteuer.

Grundsätzlich sind die ärztlichen Tätigkeiten, also diejenigen, die zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder sonstigen körperlichen Schäden des Menschen dienen, von der Umsatz- und der Gewerbesteuer befreit. Somit trennt auch das Steuerrecht zwischen dem eigentlich ärztlichen Bereich und den sonstigen merkantilen Tätigkeiten und besteuert diese entsprechend unterschiedlich. Dies umfasst grundsätzlich auch bestimmte Ne-

betätigkeiten, die vorrangig den ärztlichen Zielen dienen und damit untrennbar einhergehen. Die Umsatzsteuer kann zum einen entstehen, wenn eine Leistung als solche nicht als heilberuflich oder einer heilberuflichen ähnelnd anerkannt wird. So ist beispielsweise die Tätigkeit einer Diplom-Oecotrophologin umsatzsteuerpflichtig, soweit keine individuelle therapeutische Krankenbehandlung erfolgt.

Bei einer Nebentätigkeit kann auch der erforderliche enge Bezug zur ärztlichen Tätigkeit fehlen: Hinsichtlich des regelmäßigen An- und Verkaufs von Waren geht die Rechtsprechung davon aus, dass kaufmännische Aspekte der Gewinnerzielung die heilberuflichen in den Hintergrund drängen, sodass diese Tätigkeiten grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig sind. Entsprechend differenziert der Bundesfinanzhof beispielsweise bei Augenärzten, ob diese einmalig Kontaktlinsen anpassen (umsatzsteuerfrei) oder regelmäßig Kontaktlinsen an ihre Patienten verkaufen (umsatzsteuerpflichtig). Diese Differenzierung ist berufsrechtlich unter § 3 Abs. 2 HBO zu subsumieren und als Anpassungsmaßnahme notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie. Im Übrigen ist eine derartige Versorgung durch den Arzt allenfalls unter dem Gesichtspunkt des verkürzten Versorgungsweges zulässig.

Hinsichtlich der Gewerbesteuerpflicht ist notwendige Voraussetzung, dass es sich um keine freiberufliche Tätigkeit handelt, die der Arzt ausübt. Eine Gewerbesteuerpflicht kann darüber hinaus auch entstehen, wenn über die freiberuflichen Einkünfte hinaus gewerbliche erzielt werden und eine klar Trennung zwischen beiden Einkunftsarten nicht möglich ist.

In der Einzelpraxis bedeutet dies regelmäßig, dass bei klarer Trennung der freiberuflichen und der gewerblichen Einkünfte nur der gewerbliche Teil der Gewerbesteuer unterworfen wird. Ist eine Trennung jedoch nicht möglich, weil sich beide Bereiche unlösbar bedingen, werden die gesamten Einkünfte entweder als freiberuflich oder gewerblich behandelt. Dies ist abhängig davon, welcher Bereich überwiegt.

Bei Gemeinschaftspraxen ist zu berücksichtigen, dass eine Gewerbesteuerinfektion erfolgen kann. Dies bedeutet, dass bei mehr als 1,25 % der gesamten Umsätze im gewerblichen Bereich sämtliche Einkünfte der Gemeinschaftspraxis der Gewerbesteuer unterliegen. Dies gilt nach der Rechtsprechung selbst dann, wenn die gewerblichen Einkünfte von den freiberuflichen getrennt werden können. Dabei reicht es aus, dass in einer Gemeinschaftspraxis lediglich ein Arzt auf Rechnung der Gemeinschaftspraxis gewerbliche Einkünfte erzielt.

Es bleibt somit festzuhalten, dass auch aus steuerlichen Gesichtspunkten die Vermengung der Einnah-

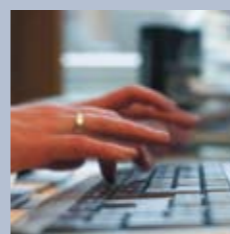
men aus der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit und derjenigen aus Nebentätigkeiten dringend vermieden werden sollte.

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich der Arzt unternehmerisch auch in Bereichen betätigen kann, die nicht ärztlich sind. Ob dies tatsächlich für den einzelnen Arzt sinnvoll ist, bedarf einer individuellen Abwägung. Der Arzt befindet sich insofern in einem Spagat: Auf der einen Seite wünschen sich die Patienten von dem Arzt ihres Vertrauens konkrete Empfehlungen und Hinweise, wie sie ihre Gesundheit verbessern oder ihre Krankheit bekämpfen können, auf der anderen Seite wird häufig kommuniziert, dass das Vertrauen in den freien Beruf erheblich darunter leidet, wenn der Arzt nicht nur seine freiberuflich-ärztliche Aufgabe im engeren Sinn wahrnimmt. Die entscheidende Frage für oder wider derartiger Tätigkeiten sollte sein, ob der Arzt ein besseres Gefühl hat, wenn der Patient ohne konkrete Kenntnisse der verschiedenen Produkte bei einem zweifelsohne gewerblich tätigen Verkäufer beraten wird und sich für ein bestimmtes Produkt entscheidet. Anderenfalls spricht grundsätzlich nichts gegen den Verkauf von Produkten, von deren Nutzen der Arzt überzeugt ist und die für den Patienten einen echten Mehrwert aufweisen.



Stefan Rohpeter, Fachanwalt für Medizinrecht und Health Care Manager, berät Ärzte und Krankenhäuser im Rahmen von Kooperationen und Selektivverträgen mit Krankenkassen, beim Kauf von Praxen, der Ausgestaltung von Gesellschaftsverträgen, der Gründung von MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften sowie bei vertragsärztlichen Angelegenheiten einschließlich KV-Bescheiden.

Anzeige



Sie suchen den Steuerberater Ihres Vertrauens mit umfangreichen Erfahrungen in der Beratung von Heilberufen.

Wir beraten

Ärzte, Zahnärzte, Psychoanalytiker u. -therapeuten und andere heilberuflich Selbständige sowie Ärztenetze und Einrichtungen im Gesundheitswesen

in allen steuerlichen Fragen.

Überzeugen Sie sich von unseren Stärken!

Frau **Gabriele Montel-Albus**, Steuerberaterin und Herr **Horst Schween**, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer stehen Ihnen gern für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Rufen Sie uns an und vereinbaren Sie einen Termin.

Schween
Fischer
Montel
& Partner

Steuerberatungsgesellschaft

Friedrich-Ebert-Straße 79
34119 Kassel

Telefon 05 61 · 7 28 97-0
Telefax 05 61 · 7 28 97-18

www.smf-partner.de
kassel@smf-partner.de



Ein gutes Gefühl

Wieder aktiv am Leben teilnehmen: und das mit Herzschwäche! Mein „Dreikammer-Herzschrittmacher“ synchronisiert beide Herzkammern und steigert so meine Herzleistung und meine Lebensqualität. Das belegen unabhängige Studien zur kardialen Resynchronisationstherapie. Zum Beispiel Care-HF.

www.medtronic.de



Ihnen, Ihren MitarbeiterInnen und Angehörigen wünschen wir ruhige, besinnliche und erholsame Tage, ein friedvolles Weihnachtsfest und für das Neue Jahr 2010 Gesundheit, persönlichen und geschäftlichen Erfolg.

Für das entgegengebrachte Vertrauen und die angenehme Zusammenarbeit bedankt sich der Vorstand

PD Dr. Erhard Lang und
Dr. Stefan Pollmächer

und für den gesamten
Aufsichtsrat der Vorsitzende
Dr. Detlef Sommer

IMPRESSUM

Herausgeber
DOXS eG
Ständeplatz 1
34117 Kassel
Tel.: (0561) 766 207-12
Fax: (0561) 766 207-20
info@doxs.de
www.doxs.de

Vorstand
Priv. Doz. Dr. Erhard Lang
Dr. Stefan Pollmächer

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Detlef Sommer

Redaktion
Gundula Zeitz
info@gundulazeitz.de
0171-70 68 236

Redaktionsteam
Michael Froelich, Dr. Stefan Pollmächer

Autoren dieser Ausgabe
Michael Frölich, Irene Graefe, PD Dr. Erhard Lang, Dr. Ulrich Müller, Ralf Pasch, Dr. Uwe Popert, Dr. Gerd Rauch, Stefan Rohpeter, Joachim F. Tornau, Gundula Zeitz

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

Gestaltung / Layout
Reinhold Weber, e-bildwerke
Titelbild: Rainer Werner

Anzeigen
DOXS eG Geschäftsstelle
Tel. (0561) 766 207-12

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1.10.2009

Erscheinungsweise: 4-mal pro Jahr
Druckauflage: 2000 Stück

Druck: Grafische Werkstatt GmbH

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.

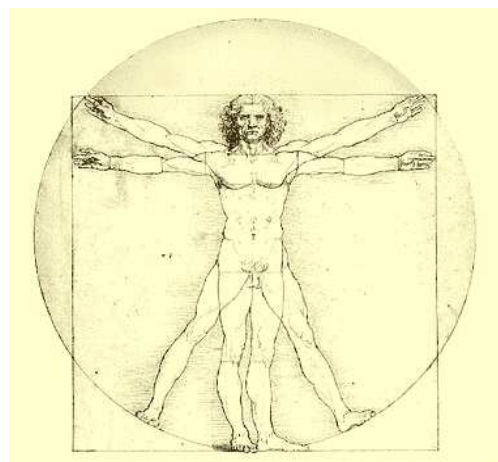
DOXS

MEDIZINTECHNIK GMBH

In der Medizintechnik wird technischer Fortschritt nutzbar für die Medizin.

Der Transfer von Ideen aus der Grundlagenforschung in Produkte, die dem Patienten nützen, stellt höchste Ansprüche an eine interdisziplinäre Arbeitsweise.

Die Entwicklung in Medizin und Technik machen die Medizintechnik zu einer der innovativsten Branchen.



**Medizintechnik findet Einsatz an den Grenzen des Lebens.
Mensch und Technik verbinden sich.**

Unser Gesamtortiment umfasst ca. 30.000 Artikel.

Wir rechnen Ihre Rezepte direkt mit der Krankenkasse zu gültigen Vertragspreisen ab. Es entstehen Ihnen keinerlei weitere Kosten.

Unsere technischen Dienstleistungen bilden einen besonderen Schwerpunkt in unserem Qualitätsmanagement-System.

Alle Geräte, die Sie bei uns kaufen, werden aufgestellt und Sie und Ihr Personal werden eingewiesen. Kostenfrei.

