

Rückblick auf die 17. Netzkonferenz



Thomas Milz
Director Strategic Projects & Market Access

Was bringt die Netzkonferenz?

Auch liebe Gewohnheiten sollten immer mal wieder hinterfragt werden, um ihre Spannung und Qualität zu erhalten. Auch wir von UCB Pharma müssen uns jährlich neu für die Netzkonferenz den Fragen stellen: Ist das Projekt noch aktuell? Wem bringt die Netzkonferenz was und lohnt sich der Aufwand?

Wir meinen aber die richtige Antwort zu kennen. Immerhin sprechen respektable Teilnehmerzahlen, Ihre Bereitschaft zur Zuzahlung und Ihre Rückmeldungen eine deutliche Sprache: Die Netzkonferenz bringt Ihnen etwas, sonst würden wohl kaum seit 17 Jahren so viele Netzärzte daran teilnehmen. Ihr Engagement für die Netzkonferenz hat uns überzeugt!

Somit stehen die Signale auf „grün“ und die Frage „Was bringt die Netzkonferenz?“ zielt in eine neue Richtung: Welche Inhalte wollen wir der 18. Netzkonferenz 2012 geben? Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung. Natürlich haben wir auch eigene Ideen und Vorstellungen über geeignete Inhalte. Aber letztlich wollen wir doch, dass IHNEN die Netzkonferenz Nutzen bringt. Dafür benötigen wir Ihre Rückmeldungen, welche Informationen oder welche Quellen für Sie 2012 besonders wichtig und interessant sind. Wir werden unsererseits dann alle unsere Möglichkeiten ausschöpfen, Ihnen genau diese Inhalte auf der Netzkonferenz anzubieten.

Sie finden hier auf weiteren Seiten genauere Fragen zur Gestaltung der nächsten Netzkonferenz und Wege, wie Sie sich mit einbringen können. Wir freuen uns drauf!

Bewährtes Konzept in neuer Form

Wir wollten es mal wieder genau wissen: Da wir unsere Netzkonferenz als einen interaktiven Prozess verstehen, haben wir erneut an alle Teilnehmer einen Fragebogen geschickt. Antworten, mit einer beachtlichen Rücklaufquote von knapp 60 Prozent, erhielten wir per Post oder Fax oder über unsere Homepage „Unternehmen Arztpraxis“, wo der Fragebogen ebenfalls zur Verfügung stand.

Um es gleich vorweg zu nehmen: Wir sind besser geworden, aber noch nicht glücklich! Zwar stieg die durchschnittliche Bewertung der 17. Netzkonferenz in der 5-Stufen-Skala auf einen guten Wert von 1,9 (Vorjahr: 2,2) und immerhin 82% der Bewerter gaben der Veranstaltung die Gesamtnote „gut“ oder „sehr gut“, aber 18 Prozent fanden sie eben nur durchschnittlich. Damit können wir noch nicht ganz zufrieden sein! Auch fühlten nur 74 Prozent ihre Erwartungen an die Veranstaltung voll erfüllt oder sogar übertroffen, immerhin gaben weitere 18 Prozent hier „zum Teil erfüllt“ an.

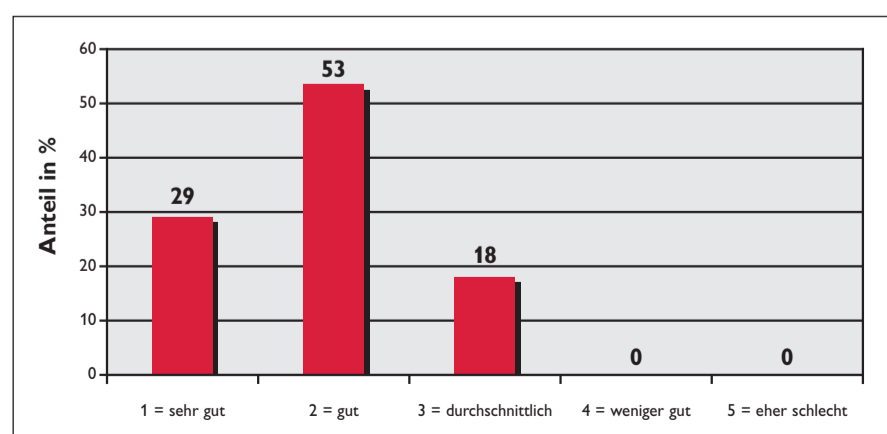
In den Begründungen zeigte sich insbesondere eine sehr gegensätzliche Bewertung des politischen Abends am Freitag, der nur eine Gesamtbewertung von 2,6 erhielt. Das Hauptthema „Kostensenkung“ konnte von den Politikern nicht optimal ausgeführt werden, da es

dazu feste Parteipositionen gibt. Positiv wurde die Gesprächsmöglichkeit mit Politikern vermerkt, zu denen man sonst kaum in persönlichen Kontakt kommt, negativ zeigte sich dagegen eine Enttäuschung über das Fehlen konkreter und umsetzbarer politischer Aussagen. Die Diskussionsmöglichkeiten mit den Referenten beider Tage wurden als zu knapp bewertet (2,2), während die Auswahl des Teilnehmerkreises, die Austauschmöglichkeiten mit Kollegen, die Interaktion der Teilnehmer und schließlich das Gesamtkonzept der Veranstaltung sehr gut

angenommen wurden (jeweils 1,7). Als optimal wurde der Zeitrahmen Freitagabend bis Samstagmittag empfunden (1,1). Organisation, Hotel und Betreuung vor Ort erhielten Spitzenbewertungen (1,1-1,2). Auch der Moderator, Professor Dr. Günter Neubauer, erhielt viel Zustimmung (1,3-1,7). Dagegen fanden die Diskussionen nach den Beiträgen am Samstag lediglich eine Bewertung von durchschnittlich 2,0, wahrscheinlich auch wegen des knappen Zeitrahmens.

Ein Problem der Netzkonferenz wurde mehrfach in den Anmerkungen artikuliert:

Wie bewerten Sie im Rückblick die 17. Netzkonferenz am 28./29. Januar 2011 in Berlin?



„Der Spagat zwischen etablierten Ärztenetzen und Arztgruppen, die ein Netz gründen wollen, wird immer größer.“ Während neue Netzärzte die Vielfalt und den praktischen Nutzwert hervorhoben, gab es für langjährige Teilnehmer der Netzkonferenz natürlich auch Wiederholungen und Altbekanntes.

Als Fazit der 17. Netzkonferenz nehmen wir mit: Die Netzkonferenz wird von den Teilnehmern weiterhin als hochwertige Veranstaltung und wichtiges Forum zum kollegialen Erfahrungsaustausch wahrgenommen. Entsprechend kommen die Teilnehmer aktiv und engagiert, aber auch mit hohen Erwartungen in die Veranstaltung. Im Vergleich zum Vorjahr gab es auf der 17. Netzkonferenz weniger Technik, z.B. keine Videoeinspielungen mehr, dafür wieder mehr Nähe in den Diskussionen.



Neben dem Erfahrungsaustausch am Rande der Veranstaltung wird mehr Raum für Erörterungen mit den Referenten erwartet, insbesondere auch beim politischen Abend, der trotz kompetenter Besetzung des Podiums die Ansprüche und Erwartungen der Teilnehmer nicht ganz erfüllt. Das Problem scheint systematische Gründe zu haben: Gerade führende Poli-

tiker und Kassenvertreter kommen eher mit einer Botschaft und weniger mit der Bereitschaft, Impulse aus dem Teilnehmerkreis tatsächlich aufzunehmen und in das eigene Meinungsbild zu integrieren. Andererseits wird in den Anmerkungen aber auch die Mitwirkung der Politik und der Kassen ausdrücklich gewünscht. Die daraus resultierende Frage nach den

Konsequenzen für zukünftige Veranstaltungen wird an anderer Stelle in dieser Ausgabe des „Netz-Reports“ vertieft. Wir von UCB haben ein hohes Interesse an ständiger Verbesserung und wollen diesen Prozess gemeinsam mit Ihnen weiter gestalten und intensivieren. Lesen Sie dazu bitte den Beitrag über die Netzkonferenz 2012!



Interview: „Vernetzte Praxisstrukturen – ein Erfolgsmodell mit Zukunft?“

Netz-Report fragt Rolf Stuppardt, bis vor kurzem Geschäftsführer des IKK e.V., der 2008 aus dem Bundesverband der Innungskrankenkassen entstanden ist, dessen Vorstandsvorsitzender er war. Heute ist Rolf Stuppardt Chef eines Beratungsunternehmens und wirkt in zahlreichen Instituten und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens auf nationaler und internationaler Ebene mit. Er gibt die Zeitschrift „Die Krankenversicherung“ heraus.



Rolf Stuppardt

Herr Stuppardt, Sie haben langjährige Erfahrungen im Gesundheitswesen. Wie beurteilen Sie den Stellenwert der ärztlichen Initiativen zur Vernetzung ihrer Praxen?

Rolf Stuppardt: Eine strukturelle und versorgungsprozessbezogene Schwäche unseres Systems ist von je her die sektorale Gliederung und die defizitäre Versorgungskooperation. Krankheit und Gesundheit, insbesondere Multimorbidität macht aber nicht vor einzelnen Sek-

toren oder Arztpraxen halt. Sie verlangen von der Natur der Sache her nach mehr Durchlässigkeit, Kooperation, Interdisziplinarität und Vernetzung. Auch aus trivialen versorgungslogistischen und organisationsökonomischen Gesichtspunkten ist der Trend zu mehr Ärztenetzen sehr positiv zu sehen. Finale Option jeder gesundheitlichen Versorgung ist letztendlich Ergebnisqualität. Hier haben Ärztenetze bessere Voraussetzungen. Daher schätze ich ihren Stellenwert hoch ein.

Sehen Sie in vernetzten Versorgungsstrukturen eine wegweisende Entwicklung für unser Gesundheitssystem?

Rolf Stuppardt: Es ist nach meiner Überzeugung auf jeden Fall ein konsequenter Schritt in die den Patienten besser dienende medizinische Versorgung. Wirklich wegweisend wäre die Etablierung einer individuellen gesundheitlichen Versorgung, die medizinische Hilfe und Dienstleistung als reibungsarmen Behandlungsprozess versteht, bei dem Sektoren und Praxisgrenzen allenfalls offene Durchgangsstationen im Interesse der spezifischen Anamnese, Diagnostik und Therapie des Einzelnen sind. Vernetzte Versorgungsstrukturen betrachte ich als eine wegweisende Stufe in einem solchen Prozess.

Befördern eigentlich die gegebenen normativen Exekutiv- und Entscheidungsstrukturen einen solchen Prozess?

Rolf Stuppardt: Momentan sehe ich hier noch reichliche Restriktionen. Nach wie vor pflegen viele Beteiligte ihre „Statu-Quo-Kästchen“. Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse benötigen einen

vergleichsweise zu hohen Zeitaufwand. Die Beratungsroutinen haben noch nicht den zwingenden Charakter von Konsensuskonferenzen und sie sind reichlich intransparent. Man muss schon Insider sein, um hier nicht nur Filigranes mitzubekommen. Sie gehen einher mit einer sich selbst rekrutierenden, stark arbeitsteiligen Beratungskultur, die sich einerseits der engeren Steuerung durch die Entscheider-Ebenen tendenziell entzieht. Andererseits gibt es sozusagen als zweite Seite der Medaille keine gesunde Risiko- und Vertrauenskultur auf Ebene der letztlich Verantwortlichen, der durchaus auch im Wettbewerb stehenden Institutionen der Selbstverwaltung. Man tagt und berät sich mit unterschiedlichen Eindringtiefen – aber die Schere des eigenen Generalinteresses immer im Kopf – oftmals „zu Tode“. Daher sind ganz praktische Netzinitiativen umso wichtiger und bedeutsamer. Sie helfen, neue – dem Patienten und Versicherten dienende – Versorgungsstrukturen und -prozesse zu verankern, die die Bürokratie von sich aus gar nicht anstoßen kann.

Können Sie sich vorstellen, dass eine vernetzte Versorgungsstruktur dem Anspruch „bessere Versorgung zu günstigeren Preisen“ gerecht werden kann?

Rolf Stuppardt: Obwohl ich mich grundsätzlich schwer damit tue, auf die finale Größe des Preises zu schießen, der ja immer Ausdruck einer mehr oder weniger „gesunden“ Markt- oder Vertragsbeziehung mit einem klaren Leistungsversprechen ist, kann ich mir als Ökonom und Sozialwissenschaftler dies durchaus vorstellen. Aber der „günstigere Preis an sich“ ist für mich nicht das wichtigste Kennzeichen. Und ich

kann nur davor warnen, kurzfristig nur auf Kosten und Preise orientiert zu sein. Input- und outcomerelevant ist immer zuerst die angestrebte Leistungs- und Ergebnisqualität – also das, um was es eigentlich geht bei gesundheitlicher Versorgung. Was nützt denn ein günstiger Preis, wenn Leistung, Qualität und Ergebnis nicht stimmen? Ein solch günstiger Preis wird im Zweifel immer zu teuer sein. Logisch zu Ende gedacht hat also eine bessere Versorgung auf Dauer gesehen tendenziell immer einen „günstigeren“ Preis. Daher kann der in Ihrer Frage hervorgehobene Anspruch einer vernetzten Versorgungsstruktur durchaus inhärent sein.

Sind vernetzte Praxisstrukturen für Krankenkassen attraktive Partner?

Rolf Stuppardt: Mit Sicherheit. Aber auch hier gilt: Das Netz an sich ist nicht entscheidend, sondern der damit intendierte und hoffentlich zu generierende Versorgungsfortschritt für den Einzelnen. Ich unterstelle und erwarte, dass dies in Netzen eher angelegt ist als in einem strengen „Medizin-Taylorismus“. Netze werden also für Krankenkassen von daher attraktive Partner, in dem sie die Versorgungsrealität verbessern, zumal Krankenkassen in Zukunft das Versorgungsmanagement als zentrales Steuerungselement durchgängig und nachhaltig besetzen werden. Attraktive Netze sollten auch Compliance und Patientensouveränität befördern können.

Würden Sie befürworten, mit einem erfolgreichen Netz einen Selektivvertrag abzuschließen und welche Vorleistungen würden Sie von dem Netz vor einem Vertragsabschluss erwarten?

Rolf Stuppardt: Im ersten Teil Ihrer Frage schwingen Werteigenschaften mit – Sie sprechen von einem erfolgreichen Netz –, die vernünftigerweise zu der Antwort führen müssen: Ja, ich befürworte hier Selektivverträge. Aber ich will das Schlagwort Selektivverträge nicht einfach so im Raume stehen lassen, denn ich mag es eigentlich nicht. Was wird hier schon „selektiert“? Ich würde

den – zugegeben – etwas weniger schlanken Begriff der „individuellen wettbewerblichen Leistungsbedarfsverträge“ besser finden. Denn darum geht es doch: Es ergibt sich ein spezifischer Bedarf und eine darauf zugeschnittene Leistung, die im Unterschied zur kollektivvertraglichen Versorgungsvereinbarung den vertragsschließenden Parteien als Zieloption etwas „Besseres“ bieten sol-

len. Hier sind Netze m.E. prädestiniert. Was den zweiten Teil Ihrer Frage angeht, so halte ich „Vorleistungen“ vor partnerschaftlichen Verträgen für grundsätzlich unangemessen. Aber klar ist für mich, dass die Netzpartner ein Leistungsversprechen mit in die Verhandlungen bringen, das sich von einer vergleichsweise herkömmlichen Leistungserstellung erfolgversprechend abhebt. Es sollten also

möglichst den Versorgungsprozess und die Versorgungsergebnisse positiv beeinflussende Zielvorstellungen sein, gut untermauert, die in die Gespräche sozusagen als Vorleistung eingebracht werden. Und schließlich sollte das Netz natürlich auch nachhaltig funktionieren.

Herr Stuppardt, wir danken Ihnen für das Gespräch!

18. Netzkonferenz 2012



Auch 2012 wird es am 27./28. Januar wieder eine Netzkonferenz geben. Wir bleiben in Berlin und – nach vielen positiven Rückmeldungen von der 17. Netzkonferenz – auch wieder im Grand Hyatt. Ebenso fand die Moderation durch Herrn Professor Dr. Neubauer so viel Zustimmung, dass wir ihn gebeten haben, der Netzkonferenz dafür auch 2012 zur Verfügung zu stehen. In diesem bewährten Rahmen wollen wir nun mit Ihrer Unterstützung die 18. Netzkonferenz gestalten. Eine Reihe von Wün-

schen und Hinweisen fanden sich bereits in den Fragebögen nach der letzten Netzkonferenz. Ein guter Teil der Befragten zeigte sich dort mit dem bisherigen Konzept zufrieden und empfahl lediglich „weiter so!“. Aber es gab auch konstruktiv-kritische Hinweise und Verbesserungsvorschläge, hier ist eine Zusammenfassung der Kommentare:

- Mehr Themen in den Freitagabend, das belebt die Diskussion;
- Klare Struktur der Podiumsdiskussion mit Fragen, Szenarien und Antworten;
- Keine Parteipolitik, nur GKV- und Ärzterevertreter;
- Nur die Besten sollen aufs Podium;
- Politiker sollen Fragen beantworten, keine bekannten Statements abgeben;
- Weniger ist mehr: Weniger Vorträge bringen mehr Zeit für Diskussionen;
- Nicht alles für alle: Netze haben unterschiedlichen Informationsbedarf;



- Auch die freie Diskussion aller Teilnehmer braucht Zeitblöcke;
- Die allgemeine Meinung mehr erfassen, TED häufig nutzen;
- Fortbildungspunkte bei den Ärztekammern beantragen;
- Mehr Kassenvertreter einladen und diese verstärkt in die Diskussionen einbeziehen.

Der Wunsch nach mehr Diskussionszeit wurde mehrfach geäußert. Gleichzeitig wird ein unterschiedlicher Informationsanspruch zwischen beginnenden und fortgeschrittenen Netzen erkannt.

Zu allen hier angesprochenen Vorschlägen sind uns weitere Kommentare und Anregungen aus den Praxisnetzen heraus sehr wichtig! Das gilt besonders auch für die Themen der Podiumsdiskussion am Freitagabend. Wir möchten Sie an dieser Stelle erneut einladen, uns Themenvorschläge zu benennen, gern auch mit weiteren Vorschlägen für geeignete oder gewünschte Referenten. Wäre z.B. das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1.1.2012 in Kraft treten soll, ein wichtiges Leitthema für die Freitagdiskussion? Um was es dabei geht und welche Auswirkungen nach dem aktuellen Gesetzesentwurf für die Arztpraxis zu erwarten sind, können Sie in einem weiteren Artikel dieses Netz-Reports nachlesen. Welche anderen Themen würden Sie am Freitag gern mit gesundheitspolitischen Experten diskutieren? Welche Experten wollen Sie auf dem Podium sehen? Können Sie jetzt schon Fragen benennen, die Sie zur Diskussion stellen möchten?

Bitte helfen Sie uns mit Ihren Anregungen für Themen und Vorschlägen für Referenten bei der Gestaltung der Netzkonferenz 2012! Am einfachsten geht das über unser Portal:

www.unternehmen-arztpraxis.de

Dort haben wir ein Umfragetool eingerichtet, in dem Sie Ihre Wünsche und Vorschläge ganz unkompliziert einbringen können. Gerne können Sie auch den beigefügten Fragebogen nutzen und uns diesen per Fax oder Post zuschicken. Sollten die dort vorgegebenen Antwortmöglichkeiten Ihren Vorstellungen nicht entsprechen, sprechen Sie uns bitte auch direkt an. Jede Anregung für die 18. Netzkonferenz ist uns wichtig, für Ihre Äußerung sind wir Ihnen in jedem Fall sehr dankbar!

Ihre Ideen und Anregungen sind uns hoch willkommen! Bitte richten Sie Ihre Mitteilungen direkt an:

UCB Pharma GmbH
Frau Jennifer Pongratz
Strategic Projects & Market Access
Alfred-Nobel-Straße 10,
40789 Monheim
Jennifer.Pongratz@ucb.com
Fax: 0 21 73 - 48 1466



Neupro® 1 mg/24 h · 2 mg/24 h · 3 mg/24 h · 4 mg/24 h · 6 mg/24 h · 8 mg/24 h transdermales Pflaster. Wirkstoff: Rotigotin. Zus.: 1 transderm. Pflaster gibt 1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 8 mg Rotigotin über 24 Stunden ab. Jedes 5 cm² / 10 cm² / 15 cm² / 20 cm² / 30 cm² / 40 cm²-Pflaster enth. 2,25 / 4,5 / 6,75 / 9,0 / 13,5 / 18,0 mg Rotigotin. Sonst. Bestand.: Selbstkleb. Matrixschicht: Poly(dimethylsiloxan, trimethylsilylsilikat)-copolymerisat, Povidon K90, Natriummetabisulfid (Ph.Eur.) (E223), Palmitoylescorbinsäure (Ph.Eur.) (E304), all-rac-alpha-Tocopherol (E307). Trägerschicht: Polyesterfilm, silikonisiert, aluminisiert, farbbeschichtet m. Pigmentschicht (Titanoxid [E171], Pigment gelb 95, Pigment rot 166), Aufdruck (Pigment rot 144, Pigment gelb 95, Pigment schwarz 7). Schutzfolie: Transparenter Polyesterfilm m. Fluoropolymerbeschichtung. **Anwend.:** Neupro® 2 / 4 / 6 / 8 mg/24 h: Monotherapie (d.h. ohne Levodopa) zur symptom. Behandl. b. idiopath. Parkinson-Erkrankung im Frühstadium od. in Kombi. mit Levodopa, d.h. während d. Krankheitsverlaufs, einschl. Spätstadien, wenn Wirksamkeit v. Levodopa nachlässt od. unbeständig ist u. es zu Schwankungen d. therapeut. Wirkung kommt (am Ende eines Dosisintervalls od. während „On-off“-Fluktuationen). Neupro® 1 / 2 / 3 mg/24 h: Symptom. Behandl. d. mittelschweren bis schweren idiopath. Restless-Legs-Syndroms (RLS) b. Erwachsenen. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt., MRT od. Kardioversion. Schwangerschaft u. Stillzeit: Keine Anwend. **Nebenw.:** Zu Therapiebeginn mögl. dopaminerge Nebenw. wie Übelkeit u. Erbrechen sind gewöhnlich leicht bis mittelschwer u. vorübergehend, selbst unter Fortsetzung der Behandlung. Neupro® wurde m. Somnolenz, einschl. übermäßiger Tagesschläfrigkeit sowie plötzl. Schlafattacken in Verbindung gebracht. In vereinzelten Fällen kam es b. Führen eines Fahrzeugs zu „plötzlichem Einschlafen“ u. als Folge zu Autounfällen. Die unter Behandl. mit Dopaminagonisten einschl. Neupro® berichteten Anzeichen v. Spielzwang, verstärkter Libido u. Hy-persexualität waren gewöhnlich nach Dosisreduktion od. Beendigung d. Behandl. reversibel. Enth. Natriummetabisulfid, das b. bes. empfindl. Personen allergieartige Reakt. einschl. anaphylaktischer Symptome u. lebensbedrohliche od. weniger schwer. asthmat. Episoden hervorrufen kann. Sehr häufig bei Parkinson-Erkrankung; Somnolenz, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Reakt. an d. Applikations- u. Instillationsstelle (einschl. Erythem, Juckreiz, Reizung, Ausschlag, Dermatitis, Vesikel, Schmerzen, Ekzem, Entzündung, Schwellung, Verfärbung, Papeln, Exkoration, Urtikaria, Überempfindlichkeit). Sehr häufig bei RLS: Übelkeit, Reaktionen an d. Applikations- u. Instillationsstelle (einschl. Erythem, Juckreiz, Reizung, Ausschlag, Dermatitis, Vesikel, Schmerzen, Ekzem, Entzündung, Schwellung, Verfärbung, Papeln, Exkoration, Urtikaria, Überempfindlichkeit). Schwächezustände (einschl. Müdigkeit), Kopfschmerzen. Häufig bei Parkinson-Erkrankung: Wahrnehmungsstör. (einschl. Halluzinationen, optischer / akustischer Halluzinationen, Illusion), Schlaflosigkeit, Schlafstör., Alpträume, ungewöhnl. Träume, Bewusstseinsstör. (einschl. Synkope, vasovagale Synkope, Bewusstlosigkeit), Dyskinesie, orthostat. Schwindel, Lethargie, Schwindel, Palpitation, orthostat. Hypotonie, Hypertonie, Schluckauf, Obstipation, Mundrockenheit, Dyspepsie, Erythem, Hyperhidrosis, Juckreiz, periph. Ödem, Schwächezustände (einschl. Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein), Gewichtsabnahme, Sturzneigung. Häufig bei RLS: Erbrechen, Dyspepsie, Reizbarkeit, Überempfindl., Somnolenz, Schlafattacken, plötzl. Schlafanfälle, Stör. d. sexuellen Verlangens (einschl. Hypersexualität, gesteigerter Libido), Schlaflosigkeit, Schlafstör., ungewöhnl. Träume, Juckreiz, Hypertonie. Gelegentlich bei Parkinson-Erkrankung: Überempfindl., Schlafattacken/plötzl. Schlafanfälle, Paranoia, Sexuelle Wahrnehmungsstör. (einschl. Hypersexualität, gesteigerter Libido), Impulskontrollstör. (einschl. Spielzwang, Zwangshandlungen), Verwirrheitszustände, verschw. Sehen, Sehstör., Photopsie, Vorhofflimmern, Hypotonie, Bauchschmerzen, general. Juckreiz, Hautreizung, Kontaktdermatitis, erektile Dysfunktion, erhöhte Leberenzyme (einschl. AST, ALT, GGT), Gewichtszunahme, erh. Herzfrequenz. Gelegentlich bei RLS: Stör. d. Impulskontrolle (einschl. patholog. Spielen, Zwangshandlungen), obsessive Zwangsstör., orthostat. Hypotonie. Selten bei Parkinson-Erkrankung: Psychot. Stör., obsessive Zwangsstör., Krämpfe, supraventrikuläre Tachykardie, general. Ausschlag, Reizbarkeit. Bei Pat. m. RLS kann möglicherweise Augmentation auftreten. **Weit. Angaben s. Gebrauchs- u. Fachinformation. Verschreibungspflichtig.** Stand: November 2010. SCHWARZ PHARMA Ltd., Shannan, Industrial Estate, Co. Clare, Irland. Deutscher Repräsentant: UCB Pharma GmbH, Alfred-Nobel-Straße 10, 40789 Monheim. www.ucb.de

Neupro® für bessere Tage, bessere Nächte

Transdermale Parkinsontherapie für alle Stadien

- 24h kontinuierliche Wirkstofffreisetzung¹
- Hochsignifikante Verbesserung der Beweglichkeit^{2,3}
- Hochsignifikante Verbesserung der Schlafqualität²

07:30 Erholt aufgewacht und geduscht

09:00 Morgenspaziergang mit dem Hund

19:30 Abendspaziergang mit dem Hund

Neupro®
Für bessere Tage, bessere Nächte

1 Fachinformation Neupro®, Mai 2010
2 Trenkwalder C. et al., Parkinsonism & Related Disorders 2009; 15: Suppl. 2: S136
3 Poewe W. et al., Lancet Neurol 2007; 6: S13–S20

1 Fachinformation Neupro®, Mai 2010
2 Trenkwalder C. et al., Parkinsonism & Related Disorders 2009; 15: Suppl. 2: S136
3 Poewe W. et al., Lancet Neurol 2007; 6: S13–S20

nutzte. Von Bundeskanzlerin Angela Merkel sind dagegen Bilder bekannt, auf denen sie während einiger Sitzungen und Debatten mit Senden oder Empfangen von SMS beschäftigt ist. Es ist offensichtlich, dass politische Entscheidungen heute immer mehr von und mit elektronischen Ad-hoc-Nachrichten mitgestaltet werden. Zweifellos sind die Entscheidungen dadurch näher am aktuellen Geschehen – aber werden sie damit auch besser?

Kurzfristige Entscheidungen statt langfristiger Strategien, das ist auch ein häufig vorgetragener Vorwurf an die Gesundheitspolitik. Tatsächlich findet sich dort im Verlauf der letzten 25 Jahre eine kaum noch überschaubare Anhäufung von Gesetzen, Änderungs-, Vorschalt- und Abhilfegesetzen, die meist aus einer akuten Defizitsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstanden sind und auf schnelle bis sofortige Abhilfe bedacht waren. Diese Gesetzesflut hat das 5. Sozialgesetzbuch inzwischen zu einem einzigartigen Gestrüpp teils erstaunlich detaillierter und auch nicht widerspruchsfreier Einzelregelungen werden lassen. Auch die aktuelle Gesundheitspolitik dieser Legislaturperiode folgte bisher diesem Weg und beruft sich dabei – wie auch die meisten früheren Regierungen – auf ein von der Vorgänger-Regierung geerbtes GKV-Defizit. Eine langfristig überzeugende Strategie ist bisher – wenn überhaupt – nur in dünnen Ansätzen erkennbar.

Das ist insbesondere deshalb erstaunlich, weil es kaum einen Bereich gibt, der sich gleichmäßiger und konsequenter weiterentwickelt als der Gesundheitsmarkt. Das jährliche Wachstum in den Bereichen Klinik, Praxis und Arzneimittel ist – übrigens erstaunlich wenig abhängig von der hektischen Gesetzgebung – recht stabil und damit durchaus langfristig vorhersehbar. Auch die Gründe für dieses Wachstum – z.B. Innovationen im Arzneimittelbereich – sind gut bekannt. Es wäre sicher denkbar, zu entscheiden, welche Anteile dieser Entwicklung politisch und gesellschaftlich erwünscht sind, und eine langfristige Strategie für die nächsten 10 Jahre bezüglich der Steuerung des Gesundheitssystems zu entwickeln. Es bleibt die Frage, warum die Gesundheitspolitik sich schon so lange mit hektischen Kurzfristmaßnahmen selbst quält, anstatt nach einer angemessenen Denkpause den strategischen Weg zu gehen. Vielleicht sollte man Daniel Bahr für einen Rosengarten begeistern?

Schließlich steht natürlich auch die Medizin selbst unter dem Einfluss der neuen Informationskultur. Diese prägt erheblich die wichtige Kommunikation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen und zeigt auch Spuren bei der Entstehung eines neuen Arztbildes.

Bezüglich der Kommunikation zwischen Ärzten untereinander und mit anderen Akteuren kann sich die neue Leichtigkeit beim Umgang mit schnellen elektronischen Medien eigentlich nur positiv auswirken. Datenschützer werden gleichwohl darauf zu achten haben, dass sensible Daten nicht allzu leichtfertig mit ausgestreut werden, letzten Endes ist der Zug der immer intensiveren Vernetzung durch smarte Technik aber nicht aufzuhalten.



Damit kommt eine junge Arztgeneration mit ihren Hi-Tech-Geräten, Social Media und ihrer eigenen Art der Kommunikation, die sie ganz selbstverständlich mit in ihren Beruf nimmt. Die „neuen Ärzte“ bilden Teams, tauschen sich aus und beziehen ganz selbstverständlich ihre elektronischen Zugänge zu Datenbanken und Knowledge-Pools aller Art in diese Kommunikation mit ein.

Die heute bereits etablierten Ärztenetze können als Pioniere dieser neuen Kommunikationskultur angesehen werden, auch wenn ihnen bei der Gründung ihrer Netze die heutigen technischen Möglichkeiten noch nicht zur Verfügung standen. Immerhin konnten erfolgreiche Praxisnetze belegen, dass mit einer Verbesserung der Kommunikation auch eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann.

Die wahrscheinliche Weiterentwicklung der Kommunikationstechnologien lässt erwarten, dass Informationsnetzwerke auch künftig eine immer größere Rolle für den Arztberuf spielen werden. Wir müssen allerdings darauf achten, dass die Technik sich nicht verselbstständigt und dass dem Arzt der Freiraum und der Stellenwert des Nachdenkens erhalten bleiben. Das gilt sowohl für die Kommunikationstechnik wie auch für die Medizintechnik. Das Ausschöpfen medizintechnischer Untersuchungsverfahren, der Zugriff auf Datenbanken, die Befragung evidenzbasierter Leitlinien – das alles ist additiv nützlich, ersetzt aber nicht den ersten Eindruck vom Erscheinungsbild des Patienten, das erste Gespräch, die wahrgenommene Empathie und die Erfassung der individuellen Persönlichkeit und Merkmale des Patienten. Diese Eindrücke wollen in einer adäquaten Reflexion verarbeitet und mit den technischen Ergebnissen in Einklang gebracht werden. Für ein modernes Verständnis des Arztberufes ist es von besonderer Bedeutung, die verfügbaren technischen und kommunikativen Hilfsmittel in einen wachen ärztlichen Intellekt mit ständigem Bezug zur Patientenpersönlichkeit zu integrieren. Die „Lizenz zum Nachdenken“ bleibt für den Arztberuf bei aller technischen Informationsunterstützung essentiell, sie muss erhalten und gepflegt werden.

UCB – Ihr langfristiger Partner in der IMMUNOLOGIE



Durch innovatives DESIGN gemeinsam das LEBEN der RA-Patienten verbessern



Was bringt das Versorgungsstrukturgesetz unseren Netzen?

Dr. Erich Schröder, Düsseldorf

Wohl keine Gesundheitsreform der letzten Jahre hatte so weitreichende unmittelbare Auswirkungen auf die Arztpraxis wie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das aktuell als Entwurf vorliegt und zum 1.1.2012 in Kraft treten wird. In der Öffentlichkeit findet das Gesetzesprojekt dagegen erstaunlich wenig Resonanz. Niedergelassene Ärzte sollten sich dagegen rechtzeitig mit den Neuregelungen vertraut machen, um ihre neuen Chancen nutzen zu können. Hier sind die interessantesten Neuerungen für die Arztpraxis aus dem umfangreichen Gesetzeswerk:

Für Arztpraxen in strukturschwachen Gebieten werden Vorteile angeboten: Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden grundsätzlich von der Mengenabstaffelung ausgenommen. Die KV erhält die Option, in Abstimmung mit den Kassen Zusatzhonorare für besondere Versorgungsqualität einzurichten. Diese Vorteile gelten auch für bereits bestehende Praxen. Neue Praxen können durch einen speziellen Strukturfonds gefördert werden, der von der KV und den Kassen je zur Hälfte getragen wird.

Auch außerhalb strukturschwacher Gebiete gibt es Erleichterungen für die Praxis. So wird die Residenzpflicht abgeschafft und der Spielraum für Nebentätigkeiten erweitert. Sogenannte „mobile Versorgungskonzepte“ erlauben eine Tätigkeit an weiteren Orten oder die Bildung von Zweigpraxen. Die Möglichkeiten des Vertragsarztes, einen Assistenten einzustellen, werden erweitert. Dies war bisher nach § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte nur „im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ statthaft. Ein Entlastungsassistent kann nunmehr auch eingestellt werden während der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, oder während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten. Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Vereinigung diese Zeiträume noch verlängern. Auch die Delegationsmöglichkeit ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe soll erweitert werden.

Erleichterungen gibt es auch bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Für die Verordnung von Heilmitteln wird eine Liste „automatischer“ Praxisbesonder-

heiten erstellt. Darüber hinaus können weitere Praxisbesonderheiten vereinbart werden.

Ein Regress wegen Arzneimittel- oder Heilmittelverordnungen kann erst nach einer Beratung nach entsprechenden Überschreitungen der Richtgrößen erfolgen und dann auch nur für einen Zeitraum nach erfolgter (oder abgelehnter) Beratung.

Für die Behandlung seltener oder hochkomplexer Erkrankungen wird schrittweise ein Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung etabliert, in dem Fachärzte aus Klinik und Praxis unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung leisten können. Diesen eigenständigen Bereich definiert der Gesetzesentwurf durch eine vorläufige Auflistung von Diagnosen und Maßnahmen. Dazu gehören z.B. alle ambulanten Operationen, alle seltenen Erkrankungen, alle Malignome, aber auch Erkrankungen wie schwere Herzinsuffizienz, fortgeschrittenes Rheuma oder Anfallsleiden. Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Dafür werden diagnosebezogene Gebührenpositionen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entwickelt.

Ärzteneetze gründen Interessenverband

14 Ärztenetze und Gesundheitsverbände haben nach einer Pressemitteilung des NAV-Virchow-Bundes den Verein „Agentur deutscher Ärztenetze“ gegründet. Der Verband ist politischer Interessenvertreter für rund 400 Ärztenetze in Deutschland und Dienstleister bei Vertrags- und Versorgungskonzepten.

Die Mitgliederversammlung wählte als Vorsitzenden des Vorstandes Dr. Veit Wambach von der Qualität & Effizienz eG und dem Praxisnetz Nürnberg Nord, sowie Dr. Carsten Jäger als stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes aus dem Ärztenetz Südbrandenburg und ANSB Consult GmbH. Als weitere Vorstandsmitglieder wurden Dr. Thomas Bahr von UGOM Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG, Dr. Hans-Jürgen Beckmann aus dem Ärztenetz „Medizin und Mehr“ und Dr. Olaf Boettcher, von Seiten des NAV-Virchow-Bundes benannt.

Erstes politisches Ziel des Verbandes ist es, im aktuell entstehenden Versorgungsgesetz einen regionalen Versorgungsauftrag über die jeweiligen

Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhalten.

Gründungsmitglieder der Agentur deutscher Ärztenetze sind:

- Ärztenetz „Medizin und Mehr“ (MuM Bünde)
- Ärztenetz Südbrandenburg, ANSB Consult GmbH
- Bundesverband der Netzmanager Deutschlands e.V.
- Gesundheitsnetz Dreiländereck Südbaden e.V.
- Gesundheitsnetz Köln-Süd e.V.
- GMZ GmbH, Greifenberg
- HNO-net NRW eG.
- MEDI-Verbund Berlin
- Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
- Praxisnetz Nürnberg Süd e.V.
- Qualität & Effizienz eG, Praxisnetz Nürnberg Nord
- Regensburger Ärztenetz
- UGOM Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG
- NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

Weitere Netze und Gesundheitsverbände haben nach Angaben des Verbandes ihren Beitritt signalisiert.

Insgesamt gibt es nach der aktuellen Studie einer Hamburger Unternehmensberatung in Deutschland 924 Ärztenetze, davon die meisten in Nordrhein-Westfalen (294) und Bayern (126). Nach der Studie sind damit bundesweit etwa 50.000 der insgesamt rund 140.000 ambulant tätigen Ärzte vernetzt. Die regionale Ausprägung ist jedoch recht unterschiedlich. So verfügt Sachsen-Anhalt nur über drei Netze. Ein überproportionales Wachstum sieht die Studie bei Facharztzentren. Wichtige Funktionen haben die Netze nach Auskunft der darin tätigen Mediziner vor allem in Verträgen nach § 140 SGB V und § 73 SGB V. Projekte der Integrierten Versorgung sind mit 73 Prozent der abgeschlossenen Verträge Spitzenreiter. Nachholbedarf sieht die Studie in der elektronischen Vernetzung und im professionellen Management der Netze.

Gerade wegen der Vielfalt der Ärztenetze bezüglich ihrer Zielsetzungen und ihrer Strukturen ist die Gründung eines Interessenverbandes, der gemeinsame Positionen schafft und vertritt, ein wichtiger und notwendiger Schritt.

IMPRESSUM

Eine Zeitung für regionale Versorgungsstrukturen
Herausgeber und Redaktionsanschrift:
 UCB Pharma GmbH
 Alfred-Nobel-Straße 10
 40789 Monheim
 E-Mail: customerservice@ucb.com
 Internet: www.ucb.de
 Internet: www.unternehmen-arztpraxis.de
 Support-Line: (0 21 73) 48 4847
Redaktion: Dr. Erich Schröder
 Telefon: (02 11) 4 35 07 67
 E-Mail: redaktion@gesundheitspolitik.de
 Internet: www.gesundheitspolitik.de
Netz-Report 17. Jg. · August 2011

 **Netz-Report**
WELCHE QUALITÄT DER MEDIZIN EIN ANSPRUCH IST



VIMPAT
Lacosamid

ucb