

RPG

Band 17 | Heft 3 | 2011

3 | 2011

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Wie wollen wir die gesundheitliche Versorgung auch morgen sicherstellen?**
- **Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen? Die Sicht der Opposition**
- **Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen?**
- **Die Zusammenarbeit von Ärzten mit der pharmazeutischen Industrie: Ergebnisse eines Seminars nicht nur für Medizinstudenten der Universität Ulm**
- **Die neuen österreichischen Regeln zur Neuverblisterung**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes
Annette Widmann-Mauz
Biggi Bender
Marlies Volkmer
Franz Porzsolt
Hardy Scholz



pmi Verlag e. K.

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

Zur gleichen Zeit, als die Bundesregierung ihre Eckpunkte für das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Berlin vorstellte, hatte die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)* genau zu diesem Thema in der Bundeshauptstadt ein Symposium veranstaltet, bei dem sowohl Vertreter der Regierung wie auch der Opposition zu Wort kamen. Redebeiträge aus diesem Symposium, die die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Positionen deutlich machen, finden Sie in diesem Heft.

Inzwischen hat sich die politische Auseinandersetzung weiterentwickelt und am Ende wird ein Gesetz stehen, das sich naturgemäß an der einen oder anderen Stelle vom ursprünglichen Entwurf unterscheidet.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung unter sich ändernden demografischen Bedingungen auch in Zukunft gewährleisten soll, wird seine Wirkung im Großen und Ganzen erst längerfristig entfalten. Grund genug für die *GRPG* zu gegebener Zeit interdisziplinär Bilanz zu ziehen, um zu sehen, ob und wie die gesetzten Ziele erreicht wurden.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Was bringt das GKV-Versorgungsgesetz und wem nützt es?

Wie wollen wir die gesundheitliche Versorgung auch morgen sicherstellen?

Annette Widmann-Mauz 59

Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen? Die Sicht der Opposition

Biggi Bender 62

Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen?

Marlies Volkmer 67

Zur Diskussion gestellt

Die Zusammenarbeit von Ärzten mit der pharmazeutischen Industrie: Ergebnisse eines Seminars nicht nur für Medizinstudenten der Universität Ulm

Franz Porzolt 70

Überblick

Die neuen österreichischen Regeln zur Neuverblisterung

Hardy Scholz 76

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Drs. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma- und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948-3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieherers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Bertha-Bagge-Straße 66
D-60438 Frankfurt
Telefon 069-5480000
Telefax 069-54800066
e-mail: pmiverlag@t-online.de

Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2011 pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Printed in Germany

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Annette Widmann-Mauz

Wie wollen wir die gesundheitliche Versorgung auch morgen sicherstellen?

In der Sozial- und Gesundheitspolitik gilt, wie sonst auch, bürgerliche Politik ist Ordnungspolitik, keine Versorgungsplanungspolitik. Wir wollen politisch einen Rahmen setzen, innerhalb dessen die unmittelbar Verantwortlichen die Gesundheitsversorgung freiheitlich gestalten können.

Im Zentrum der Reformen der Bundesregierung steht das Ziel, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und finanzierbare Gesundheitsversorgung auf dem aktuellen Stand des medizinisch-technischen Fortschritts zu erhalten. Es gilt, die Herausforderungen einer sich rasant wandelnden Gesellschaft aufzufangen und mit den fortlaufenden Innovationen Schritt zu halten.

Der demografische Wandel

Unsere Gesellschaft altert. Die steigende Lebenserwartung ist erfreulich. Gleichzeitig bedeutet der demografische Wandel jedoch auch, dass immer mehr Menschen auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Die Zahlen zeigen, dass bereits heute die Hälfte der Krankheitskosten auf ältere Menschen entfallen, trotzdem deren Anteil an der Gesamtbevölkerung derzeit bei nur 20 % liegt. Während heute jeder Fünfte 65 Jahre und älter ist, wird es 2060 jeder Dritte sein. Zugleich reduziert sich die Zahl der Menschen im Erwerbsalter von heute 50 Millionen auf 33 bis 36 Millionen im Jahr 2060.

Die Alterung der Bevölkerung in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt erfordern Finanzierungs- und Strukture-

formen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Wichtige Änderungen zur Finanzierung sind mit dem GKV-Finanzierungsgesetz bereits umgesetzt worden. Die notwendigen Anpassungen in den Strukturen werden im Rahmen des geplanten Versorgungsgesetzes vorgenommen.

Das GKV-Finanzierungsgesetz – Erster Schritt

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2010 den gestiegenen Finanzbedarf der Kassen aufgefangen. Die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 % entsprechend der Beitragshöhe vor der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 hat die Finanzausstattung der Kassen wesentlich verbessert. Zudem kann jede Krankenkasse individuell einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Mit den Zusatzbeiträgen hat der Gesetzgeber den Kassen die Beitragsautonomie zurückgegeben und ein Finanzierungsinstrument geschaffen, von dem auch die Versicherten profitieren. Es ist ein Wettbewerbsrahmen mit klaren Preissignalen entstanden, der es den Mitgliedern der Kassen ermöglicht, in Zukunft Leistung und Beiträge direkt zu vergleichen.

Die hieraus resultierende finanzielle Mehrbelastung der Mitglieder der GKV wird

über den neu eingeführten Sozialausgleich abgedeckt, der automatisch durchzuführen ist, wenn der Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes übersteigt.

Die angeführten Änderungen zeigen beispielhaft die konsequente Umsetzung der gesetzgeberischen Intention, einen staatlichen Ordnungsrahmen für Wettbewerb und Solidarität auf der Finanzierungsseite zu schaffen.

Arzneimittelmarkt – Neuordnungsgesetz (AMNOG) – Zweiter Schritt

Einen weiteren Schritt zur Finanzierungsreform hat der Gesetzgeber mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz getan. Bis 2013 ist ein Preisstopp für Arzneimittelpreise festgelegt worden. Hersteller, die dennoch die Preise erhöhen, müssen den gesetzlichen Krankenkassen einen entsprechenden Zusatzrabatt in derselben Höhe gewähren.

Für die Preisbildung bei innovativen, nicht festbetragsregulierten Arzneimitteln wurde ein neuer Ordnungsrahmen gesteckt. Eine schnelle Nutzenbewertung soll eine angemessene Preisbildung auf Vertragsbasis ermöglichen.

Versorgungsgesetz – Dritter Schritt

Den dritten Reformschritt macht die Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP 2011 mit dem Versorgungsgesetz, das den rechtlichen Rahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versor-

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

gung der Versicherten in strukturschwachen ländlichen bis urbanen Räumen in der Zukunft schafft. Neben der Alterung der Bevölkerung und der Ärztinnen und Ärzte haben die bestehenden Probleme, eine bedarfsgerechte Verteilung der Ärztinnen und Ärzte herzustellen, eine Anpassung notwendig gemacht. Die Bedarfsplanung hat sich hier in den letzten Jahren als nicht ausreichendes Instrument erwiesen. Mit dem neuen Versorgungsgesetz werden wir mehr Gestaltungsfreiheit schaffen und die Kompetenzen der Verantwortungsträger vor Ort in der Region auf der Grundlage eines einheitlichen rechtlichen Rahmens stärken.

Hierbei setzt die Reform an verschiedenen Stellen an:

- **Bedarfsplanung** – Zunächst soll die bisherige Bedarfsplanung flexibler gestaltet werden. Wir streben ein ausgewogenes Verhältnis zwischen bundeseinheitlichen Vorgaben einerseits und regionaler Gestaltungsfreiheit andererseits an. Der vorhandene Bedarfsplanungsrahmen wird dabei auf Regionalebene für möglichen Sonderbedarf geöffnet. So können regionale Besonderheiten bei den Bedarfen aufgefangen werden. Wir stärken hier die Länderkompetenzen und vertrauen auf die Stärke der Verantwortlichen vor Ort.
- **Versorgungssteuerung** – Die Tätigkeit in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten muss für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Hierzu ist über die im GKV-FinG festgeschriebenen Sicherstellungszuschläge hinaus, die Aussetzung der Mengenabstaffelung in den betroffenen Gebieten vorgesehen. Dazu kommt die Lockerung der Residenzpflicht in Verbindung mit der Ermöglichung mobiler Versorgungsangebote, wodurch das Praktizieren in Zweigpraxen und eine Tätigkeit an anderen als den Wohnorten ermöglicht werden. Wir werden die Vertretungsmöglichkeiten in

Praxen ausbauen und unterstützen damit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch die Möglichkeit, ärztliche Leistungen nach klaren Regeln zu delegieren, ist vorgesehen. Die breitgefächerte Steigerung der Attraktivität einer ärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Gebieten wird sich mittelbar versorgungssteuernd auswirken. Des Weiteren erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerberinnen und Bewerber auf einen Arztsitz besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen (z. B. neben der Tätigkeit in einem überversorgten Gebiet Beteiligung an der Versorgung in einem nahegelegenen schlecht versorgten Gebiet). Auch soll der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung ausgeschriebener Arztsitze künftig die Bereitschaft berücksichtigen, für einen bestimmten Zeitraum in einem unterversorgten Gebiet ärztlich tätig zu sein.

- **Weitere Maßnahmen** – Eine weitere Maßnahme ist daneben die Verbesserung der Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, eigene Einrichtungen zu errichten. Gesetzlich klargestellt wird, dass die Leistungen dieser Einrichtungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergüten sind. Ebenfalls vorgesehen ist die Errichtung von Eigeneinrichtungen durch Dritte, das heißt Kommunen und kommunale Träger. Die Einbeziehung der kommunalen Verantwortungsebene in die Gestaltung der Versorgung in begründeten Ausnahmefällen ist dabei jedoch eindeutig subsidiär und soll nur zum Tragen kommen, wenn eine Versorgung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte beziehungsweise Krankenkassen nicht sichergestellt werden kann.

Als Zwischenfazit ergibt sich in der Zusammenschau ein Maßnahmenpaket mit Anreizen und Flexibilisierungseffekten. Die Kombination führt zu einem flexibleren Ordnungsrahmen, der sich den besonderen regionalen Bedarfen öffnet und diese auffängt.

Das Versorgungsgesetz umfasst über die Neuregelungen zur Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung hinaus weitere Maßnahmen:

Auf Grundlage des Koalitionsvertrages ist eine ausgewogene Weiterentwicklung der Strukturen Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) vorgesehen. Deren Notwendigkeit für die künftige Versorgungsgestaltung ist unbestritten. Gleichwohl stehen wir zur Freiberuflichkeit und wollen keine Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung. Beides berücksichtigt das neue Gesetz, in dem es die Errichtungsbefugnis konzentriert, – so dass eine Gründung über Strohleute ausgeschlossen ist –, die Pflicht zur ärztlichen Leitung klarstellt und die Rechtsform der renditeorientierten Aktiengesellschaft für MVZen ausschließt. Bereits im Koalitionsvertrag war festgeschrieben, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile in der Hand von Vertragsärzten liegen muss. Bestehende MVZen genießen Bestandsschutz.

Hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung schafft das Gesetz verbesserte Bedingungen durch die Lockerung der Budgetbindung. Diese ist jetzt entsprechend der vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung über einen Orientierungswert geregelt.

Darüber hinaus stößt das Gesetz die stufenweise Schaffung eines spezialärztlichen Versorgungsbereiches für spezialisierte Fachärzte und Krankenhäuser zu gleichen Konditionen an. Es konkretisiert die gesetzlichen Regelungen zur Vermeidung von Umgehungsmöglichkeiten, in dem es Zuweisungen gegen Entgelt ver-

bietet. Auch die vertragsärztliche Vergütung soll einheitlich und leistungsgerecht nach dem EBM erfolgen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der GKV eine entscheidende Rolle; dies gilt für den ambulanten Bereich und auch stationär. Er bestimmt in Richtlinien nach § 135 SGB V und § 137c SGB V, welche (nicht-medikamentösen) medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Bestandteil der GKV-Versorgung sind und regelt damit den Zugang der GKV-Versicherten zu neuen, innovativen Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei noch unzureichendem Nutzenbeleg nach bisheriger Rechtslage zwar die Möglichkeit des Ausschlusses, aber keine wirkliche Möglichkeit auf eine Beseitigung der unzureichenden Evidenzlage hinzuwirken. Im Versorgungsgesetz ist daher vorgesehen, für den G-BA die Möglichkeit zu schaffen, künftig innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial zeitlich begrenzt unter struk-

turierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben. Damit erhält der G-BA ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Die angemessene Beteiligung und Beratung der betroffenen Fachkreise im G-BA-Verfahren wird gesichert.

Honorarreform

Die Umsetzung der letzten Honorarreform wird von vielen Ärztinnen und Ärzten als zu bürokratisch und zu wenig leistungsgerecht kritisiert. Vor diesem Hintergrund wurde vereinbart, die Honorarreform zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unter der Zielsetzung zu unterziehen, ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt.

Mit dem GKV-Versorgungsgesetz ist deshalb vorgesehen, das System der vertragsärztlichen Vergütung zu flexibilisieren

und zu regionalisieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Kompetenz zur Honorarverteilung, die künftig nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen festzulegen ist. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen. Zentrale Umsetzungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen werden zurückgenommen. Hiermit wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben, dem Versorgungsauftrag vor Ort besser als bisher Rechnung tragen zu können und regionale Besonderheiten geeigneter zu berücksichtigen. Die Abrechnungsvorgaben in Form von Ambulanten Kodierrichtlinien entfallen ersatzlos.

Autor:

**Annette Widmann-Mauz, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin**

Buchbesprechung

Andreas Meusch, Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive, 2011, 507 S., brosch., 79 Euro, ISBN 978-3-8329-6799-4, Nomos Verlagsgesellschaft (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 33)

Das Werk untersucht die Auswirkungen von Moral Hazard Verhalten im System

der gesetzlichen Krankenversicherung. Hochwertige Gesundheitsversorgung, sozialer Ausgleich und Wirtschaftlichkeit werden als zentrale Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung verstanden, die Verfolgung von Individualinteressen zu Lasten dieser Gesamtinteressen als Moral Hazard definiert. Anhand dieser Kriterien wird untersucht, wie das deutsche Gesund-

heitswesen darauf hinwirkt, das Verhalten von Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen steuert. Dabei werden nicht nur materielle Anreizsysteme untersucht, sondern auch der Sozialpsychologie des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit Aufmerksamkeit geschenkt.

Jürgen Stoschek, Starnberg

Biggi Bender

Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen? Die Sicht der Opposition

Bevor ich mit meinem eigentlichen Thema, der Bedarfsplanung einsteige, möchte ich kurz auf das neueste Positionspapier des Bundesgesundheitsministeriums eingehen, in das einige Regelungen aufgenommen wurden, die den von Schwarz-Gelb eingeleiteten Systemwechsel zu einem entsolidarisierten Gesundheitssystem fortschreiben.

Da will die Koalition die bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen ausweiten, zum Beispiel bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, bei der häuslichen Krankenpflege oder Heil- und Hilfsmitteln. Das ist der Einstieg in Grund- und Wahlleistungen, so wie es sich die FDP immer gewünscht hat. Der schleichende Systemwechsel über die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge, die kleine Kopfpauschale, und den nun eingeschlagenen Weg der Grund- und Wahlleistungen geht vorerst weiter. Ein Blick auf die aktuelle Lage der FDP macht optimistisch, dass der vollständige Systemwechsel nicht gelingen wird.

Wir Grünen werden unsere Möglichkeiten in der Opposition voll ausschöpfen, damit es der Koalition nicht gelingt, kurz vor Toresschluss das System der gesetzlichen Krankenversicherung – das sich im Großen und Ganzen bewährt hat, und um das uns viele andere Länder beneiden – völlig auf den Kopf zu stellen. In den vergangenen 25 Jahren sind unterschiedliche Regierungen mit dem Anspruch angetreten, strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem herbeizuführen. Dies ist mal mehr und mal weniger gelungen.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde erstmalig der Versuch unternommen, die traditionelle Kostendämpfungspolitik der 1970er und 1980er Jahre zu beenden. Kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen ohne strukturelle Veränderungen brachten das Gesundheitssystem an seine Grenzen. Eine Erkenntnis, die es also schon einige Jahre gibt und die auch heute die aktuelle Diskussion bestimmt. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz sollten sowohl strukturelle Veränderungen vorgenommen, als auch mehr Wettbewerb in das System gebracht werden. Dies geschah zum Beispiel durch die freie Kassenwahl und den damit verbundenen Kassenwettbewerb sowie die Steuerung der Arztzahlen durch Bedarfsplanung. Mit dieser Form der Bedarfsplanung konnte eine Überversorgung in vielen Landkreisen und Städten allerdings nicht verhindert werden. Sie enthielt kein Instrument zum Abbau von Überversorgung. Das Ergebnis: Von 1990 bis heute ist die Zahl der Kassenärzte und Kassenärztinnen von ca. 92 000 auf 150 000 gestiegen. Eine gewisse Einsicht in die Notwendigkeit, die Versorgungsstrukturen nach den Versorgungsbedarfen und den begrenzten finanziellen Ressourcen auszurichten gab es auch schon in einer schwarz-

gelben Bundesregierung. Nur das Ergebnis überzeugte nicht!

Mit der Gesundheitsreform 2000 sind wir in der rot-grünen Bundesregierung weitere Schritte gegangen, um eine Reform der Versorgungsstrukturen voranzubringen, die ihren Namen verdient. Im Unterschied zu Schwarz-Gelb und Schwarz-Rot haben wir nämlich eine gesundheitspolitische Leitidee entwickelt. Unsere Vorstellung war es, nicht nur eine Reform der Bedarfsplanung, sondern wirkliche strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Versorgung, so unsere Überlegung damals und heute, ist nur durch die Integration der Versorgungsstrukturen langfristig aufrechtzuerhalten. Die historisch gewachsene Sektoralisierung und die mit ihr verbundene Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor einerseits sowie Haus- und FachärztInnen andererseits waren bereits damals überholt. Eine Versorgung Hand in Hand und eine bessere Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen war und ist eine Notwendigkeit, um Versorgungslücken zu schließen. Die Gründe dafür lagen und liegen auf der Hand. Ich nenne an dieser Stelle die Stichworte „Wandel des Krankheitsspektrums“ und „demografischer Wandel“. Wir haben deshalb den § 140 SGB V und damit die integrierte Versorgung in das Sozialgesetzbuch eingeführt. Leistungserbringer konnten zum ersten Mal einen Vertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen schließen. Allerdings – und das ist auch ein Beispiel für die Reformresistenz des Gesundheits-

wesens – wurde der Paragraph unter einem Vorbehalt eingeführt, das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen mussten solchen Verträgen zustimmen und an ihnen beteiligt werden. Problematisch war unter anderem, dass die Honorare für IV-Verträge aus dem Topf für die gesamten Honorare bezahlt werden mussten.

Erst im Jahr 2004 ist es uns gelungen, den Zustimmungsvorbehalt der Kassenärztlichen Vereinigung aufzuheben und eine Budgetbereinigung einzuführen. Außerdem wurde ein finanzieller Anreiz durch eine Anschubfinanzierung gesetzt. In den Jahren 2004 bis 2008 haben immerhin 75 Prozent aller Krankenkassen IV-Verträge abgeschlossen. Im Durchschnitt wurden etwa 1 500 Verträge pro Jahr abgeschlossen, überwiegend zu eingrenzenden Indikationen oder zum ambulanten Operieren. Erste populationsorientierte Verträge konnten wir ebenfalls umsetzen. Das „Gesunde Kinzigtal“ in Baden-Württemberg ist hierfür ein Paradebeispiel.

Im Übrigen hatten wir vor, ein Globalbudget, das heißt, eine Ausgabenobergrenze für die gesamten GKV-Ausgaben einzuführen. Unsere Idee war, mit dem Globalbudget eine größere Flexibilität des Leistungsgeschehens gegenüber sektoralen Ausgabenobergrenzen zu ermöglichen. Wir wollten die Reform der Versorgungsstrukturen mit einer Reform des Vergütungssystems begleiten. Das Globalbudget scheiterte jedoch am Widerstand der konservativ-liberal geführten Bundesländer, die jede Form der Budgetierung ablehnten. Sicherlich wäre es in der konkreten Ausgestaltung schwierig gewesen, die unterschiedlichen Akteure und Handlungsebenen in der Vertragspolitik zu koordinieren, aber aus damaliger Sicht war es ein richtiger Schritt, Versorgungs- und Vergütungssystem anzugleichen. Im Nachhinein kann niemand sagen, wir hätten keine Vorstellung davon gehabt, wie wir Versorgung in der Zukunft organisieren wollen. Mit un-

serer Reform hätten wir einen Richtungswechsel im Gesundheitswesen eingeleitet. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden im Jahr 2006 einige Regelungen geschaffen, die zu einer Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung geführt haben. In der Folge konnten Sektorengrenzen geöffnet werden. Dazu gehört beispielsweise die Tätigkeit als Vertrags- und Krankenhausarzt. Im Kern leisten die Regelungen aber keinen wirklichen Beitrag zu Integration der Versorgungsstrukturen. Der unter Rot-Grün eingeschlagene Weg hin zu einer populationsorientierten integrierten Versorgung wurde unter den Nachfolgeregierungen wieder verlassen.

Im Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit sowie in den Vorschlägen der Union finden sich eine Vielzahl von einzelnen Vorschlägen, die im Kern auf die Aufrechterhaltung des Status quo hinauslaufen und notwendige strukturelle Änderungen eben nicht angestoßen werden. Schwarz-Gelb wird seinem Ruf als Reformbremsen gerecht. So findet sich im „Papier zum Versorgungsgesetz“ des BMG nichts zur integrierten Versorgung. Die Union setzt noch einen drauf. In deren Papier heißt es: „Daher muss in absehbarer Zeit abschließend geklärt werden, wie sich insbesondere die Idee der integrierten Versorgung, deren eigentliches Ziel ja die regionale, populationsbezogene Vollversorgung ist, zum Kollektivvertrag verhält“. Damit kündigt die Union nichts anderes an, als die Beerdigung eines Instrumentes, das in größerem Umfang noch nicht zum Einsatz gekommen ist. Die integrierte Versorgung wird abgewürgt. Wir haben die integrierte Versorgung in öffentlichen Fachgesprächen im Bundestag diskutiert, und auch den Grünen nicht unbedingt nahestehende Experten haben betont, dass an der integrierten Versorgung kein Weg vorbei führt. Anstatt einen Paradigmenwechsel einzulei-

ten, bastelt Schwarz-Gelb an einzelnen vermeintlichen Lösungen herum.

Was bieten diese bisherigen Vorschläge? Unterversorgung wird vor allem als ein Problem fehlender Ärztinnen und Ärzte verstanden. Die Chancen, z. B. die Versorgungsprobleme ländlicher Räume durch innovative Versorgungsansätze zu nutzen, wird nicht genutzt. Die Vorschläge orientieren sich nicht an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und es wird auch nicht der Versuch unternommen, diese zu ermitteln. Ich bin mir der Probleme bewusst, die mit Bedarfserhebungen verbunden sind, und weiß, dass es den objektiven Bedarf nicht gibt. Das heißt aber nicht, dass man nicht versuchen sollte, den Bedarf zu erheben. Schwarz-Gelb unternimmt diesen Versuch nicht. Die Vorschläge sind teilweise purer Klientelismus. Beispielhaft dafür steht der Vorschlag, dass Medizinische Versorgungszentren mehrheitlich von Ärztinnen und Ärzten geführt werden müssen. Das ist aus meiner Sicht sachlich nicht begründbar. Dieser Klientelismus zieht sich durch die weiteren Vorschläge, wie zum Beispiel bei der Neujustierung des Verhältnisses zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Von einer Substitution von Kompetenzen oder neuen Tätigkeitsfeldern beispielsweise für die Pflege ist keine Rede. Die hausärztliche Versorgung in unterversorgten Regionen wird nicht gestärkt. Dabei wissen wir, dass gerade dort die fehlende hausärztliche und weniger die fachärztliche Versorgung ein Problem ist. Dafür steht der Plan, Ärztinnen und Ärzte von einer Abstaffelung zu befreien. In der Praxis hat eine solche Abstaffelung aber keine praktische Bedeutung, da Hausärztinnen und Hausärzte in unterversorgten Regionen in der Regel sehr viele Scheine machen können, ohne von einer Abstaffelung betroffen zu sein. Die Regelung hätte – wenn überhaupt – eine psychologische Wirkung, indem sie suggeriert, dass keine

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

Einnahmeverluste befürchtet werden müssen. Andererseits kann sie auch dahingehend interpretiert werden, die Regelleistungsvolumen schrittweise abzuschaffen. Das Vorhaben des BMG, die Regelung zum Honorarabschlag in überversorgten Regionen aus dem SGB V zu streichen, führt dazu, dass ein wirksamer Anreiz zum Abbau von Überversorgung getilgt wird.

Fragwürdig ist das geplante Initiativ- und Beanstandungsrecht der Bundesländer in Bezug auf Verträge der hausärztlichen Versorgung und Integrierten Versorgung. Das mag zwar dem Herrn Söder aus Bayern gefallen, der den Vorschlag forciert hat; ob es den Ländern in der Versorgungsplanung einen sinnvollen Vorteil verschafft, ist unklar. Wir werden in der Fraktion genau prüfen, welche Auswirkungen dies auf die Versorgung haben kann. Die Probleme der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung sind Ihnen bekannt. Durch eine zunehmende Beteiligung der Bundesländer an der Bedarfs- und Versorgungsplanung bestünde die Gefahr, dass Entscheidungen zunehmend politischen Logiken folgen würden, die nicht immer den Bedarfen vor Ort entsprechen. Hier sollte der Grundsatz gelten: Wer nicht zahlt, darf auch nicht umfangreich mitbestimmen. Nun sollen die Länder über die Hintertür Einfluss nehmen können, indem sie Empfehlungen für eine die stationäre und ambulante Sektoren übergreifende Versorgung machen können. Sie wollen ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung. Es bleibt abzuwarten, wie dieser Mechanismus konkretisiert werden soll. Ein Eingriff in die Selbstverwaltung muss wohl überlegt sein.

Bündnis 90/Die Grünen haben sich in den vergangenen Monaten zur Frage einer zukünftigen Versorgungspolitik neu aufgestellt. Uns geht es darum, die Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu

denken und zu konzipieren. Dabei stellen wir uns die Fragen, die sich die Bürgerinnen und Bürger auch stellen:

- Wird es in Zukunft in meiner Nähe noch einen Hausarzt/eine Hausärztin geben und sind diese auch für mich erreichbar?
- Wie sieht es mit der fachärztlichen Versorgung aus?
- Wo ist das nächste, im Notfall gut zu erreichende, Krankenhaus?
- (Umgekehrt könnte man aber auch fragen, wo denn die nächste Kinderstation oder Kinderklinik ist, denn wenn weniger Kinder geboren werden, können viele Krankenhäuser entsprechende Kapazitäten nicht immer aufrechterhalten.)
- Besucht mich mein Arzt/meine Ärztin in Zukunft noch zu Hause, oder werde ich alleine gelassen?
- Wer versorgt mich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn ich es nicht selber kann?

Wir wollen neue Formen der regionalen Versorgung erproben und etablieren und an von uns auf den Weg gebrachten Konzepten anknüpfen. Die Versorgung muss stärker an den regionalen und lokalen Gegebenheiten ausgerichtet werden. Sie muss sich an der Krankheitslast, Gesundheitszielen und der Sozialstruktur orientieren. Das geht aber nur durch eine weitere Integration der Versorgungsstrukturen, eine flexible Bedarfsplanung und durch eine engere Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Sozialeinrichtungen und weiteren Berufen und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Folgende Schwerpunkte sind uns wichtig:

- Neben einer flexiblen Bedarfs- und Strukturplanung sollten ergebnis- und prozessorientierte Versorgungsziele beziehungsweise Gesundheitsziele eine maßgebliche Rolle spielen.
- Für die Vereinbarung und Operationalisierung von Versorgungszielen könnten Arbeitsgemeinschaften auf

Landesebene gebildet werden. Über die genaue Zusammensetzung der Arbeitsgemeinschaften müsste noch diskutiert werden. Wichtig ist uns vor allem auch, dass neben professionellen Akteuren Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden. Der G-BA könnte die vorrangigen Themen für die Versorgungsziele benennen. Patientinnen und Patienten sind zu beteiligen. Zu überlegen wäre auch, inwieweit die Kompetenzen des Forums gesundheitsziele.de dafür genutzt werden.

- Die Folgen der Entscheidungen der Arbeitsgemeinschaft für die Versorgung sollten evaluiert werden.

Im Einzelnen halten wir unter anderem folgende Maßnahmen für notwendig: Wir wollen Grenzen zwischen den Sektoren überwinden. Dazu sind auch ähnliche Rahmenbedingungen im stationären wie im ambulanten Bereich etwa bei Investitionsfinanzierung notwendig. Von großer Bedeutung ist für uns – im Unterschied zu Schwarz-Gelb – der Ausbau der Integrierten Versorgung hin zu regionalen Vollversorgungsangeboten. Dafür ist eine Förderung langfristig angelegter Modellprojekte, die neue Versorgungslösungen erproben, notwendig. Die Förderung kann durch einen Innovationsfonds und auf Darlehensbasis erfolgen. Wir denken an 0,5 Prozent der GKV-Mittel. Die Beteiligung der PKV ist zu prüfen. Wir wollen die bisherige rein ärztliche Bedarfsplanung zu einer alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassenden Versorgungsplanung umbauen. Grundlage der Planungen sollen Versorgungsziele sein, die auf Gesundheitszielen, einer patientenorientierten Bedarfsermittlung und einer gründlichen Versorgungsforschung beruhen. Die Ausgestaltung der Versorgung soll nach unseren Vorstellungen weitgehend auf die Ebene der Kommunen und Landkreise verlagert werden. Hier ist das Wissen um den konkreten Bedarf

am größten. Wir wollen zudem auch Patientinnen und Patienten mehr Möglichkeiten geben, die Versorgungsstrukturen vor Ort in ihrem Sinne mit zu bestimmen. Zudem müssen auch regionale Gesundheitskonferenzen stärker einbezogen werden. Wir wollen die Primärversorgung aufwerten. Sie muss zur Basis und zum Lotsen guter Versorgung werden. Qualifizierte Pflegekräfte, ambulante Pflegedienste und Sozialdienste müssen Teil der Primärversorgung sein. Für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sollte verpflichtend eine professionsübergreifende Zusammenarbeit vorgegeben werden. Wir wollen darüber hinaus eine grundlegende Neuverteilung der Aufgaben der Gesundheitsberufe. Konkret bedeutet dies auch eine Neudefinition der ärztlichen Aufgaben. Dabei muss auch mehr Rechtssicherheit für die Substitution ärztlicher Aufgaben geschaffen werden.

Die vom G-BA kürzlich geschaffene Richtlinie, mit der ein Katalog von 40 ärztlichen Tätigkeiten, die in Modellvorhaben auf Angehörige der Pflegeberufe zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings beschränkt sich die Richtlinie, in der die Worte „Delegation ärztlicher Tätigkeiten“ und „Substitution ärztlicher Tätigkeiten“ nicht auftauchen, auf den stationären Sektor. Gerade auch im ambulanten Sektor benötigen wir entsprechende Richtlinien. Die Bundesregierung hat sich jedoch noch nicht bewegt. Mit den Ärztinnen und Ärzten legt man sich ungerne an, wie wir zuletzt an der geplanten Öffnungsklausel für GOZ/GOÄ sehen konnten. Wir wollen es besonders qualifizierten Pflegefachkräften und psychologischen Psychotherapeuten ermöglichen, bestimmte Leistungen (etwa Pflegemittel oder bestimmte Medikamentengruppen) selbst zu verordnen. Der Arztvorbehalt für bestimmte Tätigkeiten sollte entfallen, vielmehr sollten

sogenannte Poolkompetenzen geschaffen werden. Dabei wird einer Gruppe von Gesundheitsberufen jeweils die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit ermöglicht. Voraussetzung hierfür sind entsprechende Qualifikationen, die jedoch von den Gesundheitsberufen jeweils erworben werden können.

Die mögliche Trägerschaft für Medizinische Versorgungszentren soll auf Leistungserbringer wie Ärztenetze, Kommunen oder auf andere Gesundheitsberufe wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder qualifizierte Pflegekräfte ausgeweitet werden. Für die spezialfachärztliche Versorgung können die Krankenkassen nach qualitativen Vorgaben des G-BA landesweite Versorgungsverträge mit Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern abschließen. Wir wollen durch eine Vergütungsreform Hamsterradeffekte aufheben und mehr Anreize für Qualität, Kooperation und wirtschaftlichere Versorgungsstrukturen schaffen. Zusätzlich sind unser Ziel auch Anreize zum Abbau der Überversorgung, wie etwa Abschlagsregelungen für diese Regionen. Denkbar wäre, eine Möglichkeit zu schaffen, die Budgetverantwortung auch auf einzelne geeignete Leistungserbringer etwa im Wege von Komplexpauschalen auf besondere fachärztliche MVZ oder Gesundheitszentren zu übertragen. Die Übertragung der Budgetverantwortung ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie neben Anreizen zur Überwindung des Sektorendenken die bisherige allein an ärztliche Leistungserbringer geknüpfte Vergütung durchbricht. Damit wird auch die Einbeziehung insbesondere von Pflegefachkräften erleichtert. Darüber hinaus sollten entsprechend den Vorschlägen auch Aus- und Weiterbildungsstrukturen für sektoral übergreifendes Case Management geschaffen werden. Dabei kann auf Pflegekräfte zurückgegriffen werden. Auch dieses kann in einem

Modellausbildungsgang untersucht werden. Denkbar ist, dass die medizinischen Hochschulen und Fakultäten an den Universitäten Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung bestimmter nichtärztlicher Gesundheitsberufe übernehmen. Auf diese Weise lässt sich die Aus- und Weiterbildung stärker professionenübergreifend organisieren. Das verlangt auch eine stärkere bundesweite Vereinheitlichung der Ausbildungsinhalte bei allen Gesundheitsberufen. Diese Regelungen sind aus unserer Sicht insgesamt zielführender als die Steigerung der Medizinstudienplätze. Notwendig sind ambulant-stationär vernetzte Versorgungsangebote. Das Krankenhaus der Zukunft kann – insbesondere in ländlichen Gebieten – eine Schlüsselfunktion haben. Es kann eine Schnittstelle zwischen den Versorgungsbereichen sein und – falls notwendig – auch verschiedene Versorgungsbereiche abdecken. Bereits jetzt gibt es Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus. Das ist grundsätzlich richtig, gerade dann, wenn spezialärztliche Leistungen erbracht werden. In strukturschwachen Regionen kann das Krankenhaus hierbei ein wichtiger Akteur sein. Allerdings sind dann Steuerungsinstrumente notwendig, die eine Mengenausweitung verhindern. Bislang werden diese Leistungen voll vergütet. Damit wird ein Anreiz zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung gesetzt. Möglich wären für diesen Bereich – wie es auch die GKV vorschlägt – Selektivverträge. Sinnvoll ist auch eine gemeinsame Kapazitätsplanung für den ambulanten und stationären Sektor. Diese ist derzeit aufgrund unterschiedlicher Planungsmechanismen nicht möglich. Schwarz-Gelb bietet jetzt zwar eine Lösung an, indem im SGB V eine Rechtsgrundlage zur Bildung eines sektorenübergreifenden Gremiums geschaffen werden soll, das Empfehlungen zur medizinischen Versorgung aussprechen kann.

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

Das Ganze soll aber keine Bindungswirkung haben. Außer mehr Bürokratie bringt dieser Vorschlag nichts. Wir schlagen einen Landesversorgungsausschuss vor, der die auf Ebene der Landkreise angesiedelte regionale Planung koordinieren soll. Der Ausschuss setzt sich aus Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und dem Zulassungsausschuss zusammen. Wir brauchen eine wirkliche Strukturreform, damit Krankenhäuser nicht nur eine bedarfsgerechte Versorgung bereitstellen können, sondern auch wettbewerbsfähig sind. Krankenhäuser haben mit enormen Ausgabenzuwächsen – insbesondere bei Sach- und Personalkosten – zu kämpfen. Ein Grund ist der fehlende Wettbewerb. Die Investitionsfinanzierung ist immer noch Ländersache und folgt häufig politischen Logiken. Diese alleinige Finanzierungsform ist aber nicht zukunftsfähig. Das heißt, es müssen sowohl die Voraussetzungen als auch die Instrumente des Wettbewerbs verändert werden.

Bei den Rahmenbedingungen fordern wir Grünen bereits seit Jahren, die bisherige Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen auf eine leistungsbezogene Pauschalförderung umzustellen. Darüber hinaus wollen wir die Krankenkassen hälftig an der Investitionsfinanzierung beteiligen, ihnen dann aber auch Beteiligungsrechte an der Krankenhausplanung gewähren. Das beste Versorgungsgesetz nützt jedoch nichts, wenn keine notwendigen Reformen in den Versorgungsbereichen folgen. In der Pflegepolitik kündigt sich ein ähnliches Chaos zwischen den Koalitionä-

ren an, wie in den vorangegangenen Gesetzgebungsprozessen. Über die Finanzierung wird fortwährend gestritten. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen wird in den kommenden Monaten ein Konzept zur Finanzierung der Pflege vorlegen. Wir wollen eine Pflegebürgerversicherung. Auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen zur medizinischen Rehabilitation hat uns die Bundesregierung geantwortet, dass die Rehabilitation ein wichtiger gesundheitspolitischer Schwerpunkt der Bundesregierung ist und es Ziel ist, Vorsorge und Rehabilitation zu stärken. Davon habe ich bislang noch nichts gemerkt. Der aus meiner Sicht sinnvolle Vorschlag der GKV, Innovationszentren für nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden zu schaffen, wird von der Koalition nicht aufgegriffen. Der große Vorteil dieses Vorschlages ist, dass direkt bei der Einführung neuer Methoden Evidenz geschaffen wird. Stattdessen soll der G-BA neue Möglichkeiten der Bewertung erhalten. Diese setzen jedoch zu einem Zeitpunkt ein, bei dem eine Methode bereits in der Praxis eingeführt ist und gegen die Bedenken bestehen. Damit wird sich im Grundsatz wenig ändern und das Problem, dass in Krankenhäusern Behandlungen durchgeführt werden, denen Evidenz oder deren Nachweis fehlen.

Und auch in der Prävention und Gesundheitsförderung ist Schwarz-Gelb Lichtjahre von einer nachhaltigen Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik entfernt. Auch in diesem Handlungsfeld hatten wir unter Rot-Grün die Weichen mit einem Entwurf für ein Präventionsgesetz

gestellt, das die Union verhinderte. Ein entsprechendes Gesetz steht nicht auf der politischen Agenda dieser Koalition. Dabei genügt ein Blick in den Berliner Sozialstrukturatlas, um zu wissen, dass die durch soziale und gesundheitliche Ungleichheiten bedingten Probleme nur mit einer politikfeldübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik gelöst werden können. Selbst das beste Versorgungssystem und eine optimale Versorgungs- und Bedarfsplanung können die gesundheitlichen Probleme sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen nicht lösen.

Perspektivisch heißt das nichts anderes, als dass ein anderes Verständnis von Gesundheitspolitik notwendig ist. Die Versorgung mit medizinischen Leistungen und Arzneimitteln ist zweifelsohne wichtig und wird dies immer bleiben. Gerade in einer alternden und von chronischen Krankheiten betroffenen Gesellschaft sollte der Fokus aber auch darauf gelegt werden, wie Krankheiten verhindert oder so lange wie möglich hinausgezögert werden können, um mehr gesunde Lebensjahre zu ermöglichen. Dieser Paradigmenwechsel müsste sich auf die Ausgestaltung des Versorgungs- und Honorarsystems niederschlagen. Eine solche in die Zukunft gerichtete Gesundheitspolitik findet bei Schwarz-Gelb bis zum heutigen Tag nicht statt.

Birgitt Bender, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Marlies Volkmer

Kann das GKV-Versorgungsgesetz die Lücken in der Versorgung schließen?

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung in guter Qualität für jeden ist die gesundheitspolitische Aufgabe. Nun zählt das deutsche Gesundheitswesen weltweit unbestritten zu den besten, aber dennoch haben wir auch in Deutschland Probleme.

Ein Problem ist die unmittelbare Zugänglichkeit zur ambulanten medizinischen Versorgung für jeden. Diese Zugänglichkeit ist gesetzlich selbstverständlich garantiert. In der Praxis, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen ist sie aber erschwert, weil in diesen häufig ärztliche Unterversorgung zu verzeichnen ist, während es in wirtschaftlich starken Ballungsgebieten mit einkommensstarker Bevölkerung ärztliche Überversorgung gibt.

In den unterversorgten Regionen kommt es zu langen Anfahrtswegen, Wartezeiten auf Termine und im Wartezimmer oder – noch schlimmer – Patienten finden keinen neuen Hausarzt, wenn ihr bisheriger aus Altersgründen die Praxis aufgegeben hat. Aber auch in den überversorgten Gebieten negative Auswirkungen:

Dort kommt es dann zu unschönen Vorfällen, die es regelmäßig in die Presse schafften:

AU-Schreibung von eigentlich Gesunden als Instrument der Kundenbindung oder das Aufdrängen von individuellen Gesundheitsleistungen.

Verstärkt wird die ungleiche regionale Verteilung ambulant tätiger Ärzte oder der Praxis-Öffnungszeiten durch die ungleiche Honorierung der gleichen ärztli-

chen Leistung abhängig davon, ob der Patient gesetzlich oder privat versichert ist. Ein weiteres Problem ist die gegenwärtige Ausrichtung unseres Gesundheitssystems auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Krebserkrankungen. Bei den durch die demografische Entwicklung zunehmenden chronisch-degenerativen Erkrankungen bestehen deutliche Defizite. Deutliche Versorgungsdefizite gibt es auch bei der Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten. Diese gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Grundsätzlich muss sich die medizinische Versorgung auch stärker an den spezifischen Bedarfen orientieren, die bestehen:

- in der Lebensphase und dem Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter
- bei älteren Menschen
- Menschen mit Behinderung
- Migrantinnen und Migranten

Entscheidend für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung muss die Patientenperspektive sein. Wichtigster Prüfstein für alle Maßnahmen ist, ob sie geeignet sind, die Menschen vor Ort umfassend und in guter Qualität medizinisch zu versorgen.

Auch für die Bewertung und die Entscheidung, ob Innovationen von der gesetzli-

chen Krankenversicherung bezahlt werden, muss danach gefragt werden, welchen Vorteil sie für die Patientinnen und Patienten bringen. Innovationen als Selbstzweck liegen nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Ein GKV-Versorgungsgesetz muss sich an diesen Grundsätzen messen lassen.

Was uns vorliegt, ist ein Positionspapier der Bundesregierung zum Versorgungsgesetz und das Ergebnis der Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Dabei fällt auf, dass der Fokus auf den niedergelassenen Ärzten liegt. Das ist auch konsequent aus Sicht der Koalition.

Schon im Koalitionsvertrag kommt das zum Ausdruck: Die Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b soll kritisch überprüft werden, ebenso stehen die medizinischen Versorgungszentren unter besonderem Vorbehalt: „MVZ sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gehalten werden. Wesentlich ist vor allem, dass die Mehrheit der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und dass das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen“.

Auch Johannes Singhammer, der für Gesundheit zuständige stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU wird

WAS BRINGT DAS GKV-VERSORGUNGSGESETZ UND WEM NÜTZT ES?

deutlich: Ich zitiere aus dem Deutschen Ärzteblatt vom 4. März diesen Jahres: „Wir sehen, dass MVZ in unterversorgten Regionen eine Rolle spielen können, aber wir wollen unter keinen Umständen, dass der freie ärztliche Beruf damit in die Defensive gerät.“ Hier geht es um Klientelpolitik und nicht um die bedarfsgerechte Patientenversorgung.

Das verhindert ein wirkungsvolles Versorgungsgesetz, das für die Herausforderungen der demografischen Entwicklung gerüstet ist. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten – unabhängig davon, wie alt sie sind oder wie schwer der Grad ihrer Erkrankung ist – in zumutbarer Weise die für sie notwendigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen können, unabhängig davon, wo Sie wohnen. Das Versorgungssystem muss sich den Patientinnen und Patienten anpassen, nicht umgekehrt. Der geteilte Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auf der einen und der stationären Versorgung auf der anderen Seite hat Hürden aufgebaut, die nach und nach weggeräumt werden müssen. Das erfolgt mit den uns vorliegenden Vorschlägen nicht.

Es ist richtig, dass ein Versorgungsgesetz die jetzige Bedarfsplanung weiterentwickeln muss, wenn auch selbstverständlich nicht alle Fehlallokationen dadurch korrigiert werden können.

Ein Versorgungsgesetz 2011 muss aber die Bedarfsplanung zur Versorgungsplanung innerhalb der bestehenden Strukturen dort – wo das dem Bund gesetzgeberisch möglich ist – weiterentwickeln. Die Länder sollen dabei einbezogen werden.

Wir würden es zum Beispiel begrüßen, wenn in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen neben der nunmehr vorgesehenen Länderbeteiligung auch die jeweilige Krankenhausgesellschaft ihren Platz hätte. Wir würden die besondere Aufgabe der Länder darin sehen, die sek-

torübergreifende Versorgungsplanung voranzubringen.

Probleme können im Bereich der spezialärztlichen Leistungen erwartet werden, wenn nicht die reformierte Bedarfsplanung, sondern Qualitätsanforderungen, die von Länderbehörden geprüft werden, zum Einsatz kommen sollen.

Und dazu die Honorierung extrabudgetär und ohne Mengensteuerung erfolgt. Durch diese Konstruktion sind steigende Kosten praktisch garantiert. Außerdem würden so Fehlanreize gesetzt.

Bei der Struktur der Planungsbereiche zukünftig zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialärztlicher Versorgung zu unterscheiden, halten wir für richtig.

Unsere Bundestagsfraktion hält die lokale Verfügbarkeit für die Primärversorgung und die allgemeine fachärztliche Versorgung für unverzichtbar. Hier müssen wir Voraussetzungen schaffen, dass sich Fachärzte in unterversorgten Regionen leichter ansiedeln:

Doch gerade an dieser Stelle bleibt das Positionspapier der Regierung dünn.

Wir wissen auch: Unterversorgung kann nur erfolgreich bekämpft werden, wenn gleichzeitig die bestehende Überversorgung abgebaut wird. Auch hierzu reichen die Vorschläge der Regierung nicht aus.

Die Einbeziehung des demografischen Faktors bei der Bedarfsplanung kann die Probleme der Unterversorgung nicht lösen. Vielmehr sorgt er für eine erneute Öffnung bereits wegen Überversorgung geschlossener Bezirke, siehe Sachsen.

Die Bundesregierung schlägt vor, um Überversorgung abzubauen, solle die Möglichkeit erweitert werden, dass in überversorgten Gebieten der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt durch die KV finanziell gefördert werden soll, auch für Ärzte unter 62 Jahren.

Hier gibt es einige Vorschläge in den Eckpunkten, die wir unterstützen.

Das kann man durchaus so machen, aber es reicht bei weitem nicht. Es braucht neue Modelle!

Wir halten es für notwendig, die Nachbesetzung eines Arztsitzes in einer überversorgten Region zukünftig zeitlich zu befristen, um auf diese Weise flexibler auf den tatsächlichen Bedarf eingehen zu können. Zwingend notwendig ist auch die einheitliche Vergütung von medizinischen Leistungen. Denn die unterschiedliche Vergütung, je nachdem ob der Patient gesetzlich oder privat versichert ist, erzeugt Fehlanreize, auch beim Niederlassungsverhalten. Wir müssen aber auch gesetzgeberische Maßnahmen einleiten, damit verstärkt Ärzte in die unterversorgten Gebiete kommen und dort auch bleiben. Ich bin aber der Überzeugung, dass es Landkreise gibt, wo es trotz aller finanzieller Anreize und Vergünstigungen nicht gelingt, einen Arzt für die Niederlassung zu gewinnen und auch die Anstellung in einer Eigenpraxis der KV oder in einem MVZ nicht zum Zuge kommt. Dann braucht es aber Möglichkeiten, zum Beispiel die mobile Versorgung von einem MVZ oder einem Krankenhaus.

Für die Planung und Gestaltung wären dafür sektorübergreifende regionale Versorgungskonferenzen hilfreich, unter der Beteiligung der Kommunen.

Unverzichtbar für die Versorgung vor Ort sind die Hausärzte. Wir wissen, dass in Deutschland die Zahl der Hausärzte jedes Jahr weiter abnimmt. Es entscheiden sich immer weniger Medizinstudenten für den Hausarztberuf.

Deswegen muss die Attraktivität des Hausarztberufs deutlich verbessert werden. Neben den Vorstellungen der Bundesregierung halten wir dazu strukturelle Maßnahmen für notwendig:

- Die Möglichkeit zur Errichtung Hausärztlicher Versorgungszentren
- Die Förderung weiterer selektivvertraglicher Optionen im Rahmen der integrierten Versorgung

- und einen Ausbau der IT-Infrastruktur zur Unterstützung der Telemedizin.

Das Problem der psychischen Störungen und Krankheiten ist bei der Bundesregierung nicht angekommen. Dabei nehmen die Diagnosen von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren bedeutend zu. Eine Untersuchung hat jüngst gezeigt, dass gerade ältere Menschen und ländliche Regionen in diesem wichtigen medizinischen Bereich unterversorgt sind. Deutschlandweit beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz zwei Monate. Wir haben aber Regionen, in denen Patientinnen und Patienten fast ein Jahr warten! Und das, obwohl der Versorgungsgrad nach aktueller Bedarfsplanung fast überall optimal ist. Die Psychotherapeuten kommen jedoch bisher im Versorgungsgesetz überhaupt nicht vor.

In den Vorschlägen wird weiterhin ein wichtiges Problem, der Übergang der Patienten vom stationärem in den ambulanten Bereich, ignoriert: Die Patientinnen und Patienten brauchen hier einen einklagbaren Leistungsanspruch auf Entlassungsmanagement.

Spätestens drei Tage vor der Entlassung muss klar sein, ob und welche Leistungen, wie zum Beispiel Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Rehabilitation oder hauswirtschaftliche Versorgung im Anschluss benötigt werden. Bis dahin ungeklärte Kostenträgerschaft darf hierbei kein Grund für verspätete oder verweigerter Leistungsgewährung sein.

Zusammenfassend stelle ich fest, dass die Vorschläge der Regierung daran krankten, dass hier der niedergelassene Arzt isoliert in den Fokus genommen wird um die Versorgung zu verbessern.

Die modernen Konzepte der medizinischen Versorgung wie etwa sektorübergreifende integrierte Versorgung oder die Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe bleiben vage. Es sind ungeliebte Kinder dieser Koalition.

Auch die speziellen Bedarfe, die ich zu Anfang herausgestellt habe, die Gruppen wie

- Heranwachsenden
- älteren Menschen
- Menschen mit Behinderung
- und Migrantinnen und Migranten werden nicht beachtet.

Das eigentliche Ziel eines Versorgungsgesetzes – die Menschen vor Ort umfassend und mit einer guten Qualität bedarfsgerecht medizinisch zu versorgen – wird damit nicht erreicht.

Werden die Ideen in ihrer jetzigen Form umgesetzt spüren die Versicherten zunächst einmal Zusatzbeiträge, denn teurer wird es, zum Beispiel in Bereich der ärztlichen Honorierung – aber nicht etwa eine Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Es bleibt zu wünschen, dass im Laufe der parlamentarischen Beratungen noch deutliche Erweiterungen vorgenommen werden.

Dr. Marlies Volkmer, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Buchbesprechung

Behrends/Gerdemann, Krankenhaus-Rechtsprechung (KRS), 40. bis 44. Lieferung / November 2010 und Januar 2011 – Teil III. Urteile ab 2004, Erich Schmidt Verlag

Die vorstehenden Lieferungen, herausgegeben von Dr. jur. Behrend Behrends und Dr. rer. pol. Werner Gerdemann, ergänzen die vorangegangenen Lieferungen Nr. 36 – 39 zur Vervollständigung des Teil III Krankenhausrechtsprechung. Diese beinhalten wesentliche Urteile der Jahre 2008 bis 2010 und bilden damit Band 5 des Werkes.

Ebenso wie die bisherige Zusammenstellung umfassen die aktuellen Lieferungen Rechtsprechung sämtlicher vom Krankenhauswesen berührter Rechtsgebiete. Dazu zählen relevante Entscheidungen von Arbeitsgerichten, Sozialgerichten, Verwaltungsgerichten sowie des Bundesgerichtshofs und des Europäischen Gerichtshofs. Die vielseitige und umfassende Auswahl der Urteile bietet einerseits einen hervorragenden Überblick über die Entwicklung der Rechtsprechung im Bereich des Krankenhauswesens. Andererseits ermöglicht es ein effizientes und erfolgreiches Re-

cherchieren der jeweils einschlägigen Urteile.

Auch diese Lieferungen zu Teil III erscheinen wie gewohnt als Loseblattsammlung, was die Möglichkeit bietet, das Gesamtwerk stets zu erweitern und zu aktualisieren. Dies bedeutet, dass alle weiteren erst künftig ausgearbeiteten Entscheidungen zum breiten Themenkomplex des Krankenhauswesens in Form von Nachlieferungen bezogen und einsortiert werden können, womit das Werk kontinuierlich auf den neuesten Stand gebracht werden kann.

Rechtsanwältin Heike Stark, München

Maria B. Sailer | Jan Engelmann | Artur Greinert | Johannes Hirsch | Judith Kappenschneider | Daniela Keller | Martin Mentzel | Sven-Jannis Randoll | Simon Redeker | Marie-Christin Rösch | Sabrina Swoboda | Charlotte Topka | Maike Wiegers | Tania Gouvea Thomaz | Johannes Clouth | Gunter Bienert | Franz Porzsolt

Die Zusammenarbeit von Ärzten mit der pharmazeutischen Industrie: Ergebnisse eines Seminars nicht nur für Medizinstudenten der Universität Ulm

Die Zusammenarbeit von Ärzten mit der pharmazeutischen Industrie ist ein häufig in den Medien diskutiertes Thema, das eine Reihe potenzieller Konflikte für die Versorgung der Patienten birgt. Im aktuellen Curriculum nach der Ärztlichen Approbationsordnung ist eine Auseinandersetzung mit diesen Konflikten im Rahmen des Medizinstudiums nicht vorgesehen.

Da die in den Medien aufgegriffenen Aspekte lediglich einen kleinen Teil der Problematik darstellen, wurde dieses Seminar mit Beteiligung verschiedener Experten durchgeführt. Ziel war es, die Unterschiede zwischen den beiden in Deutschland gültigen Kodices der beiden Vereine „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ (AKG) und „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) herauszuarbeiten, zu diskutieren und Verbesserungsvorschläge für die Regelung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Industrie einerseits und zwischen einzelnen pharmazeutischen Unternehmen andererseits zu generieren. Die geregelten Kernbereiche unterscheiden sich nur geringfügig. Als wesentliche Problematik wurde die unterschiedliche Regelung zur Auslegung der Terminologie identifiziert, die

nur durch den Verein für die „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) in einem zusätzlichen Regelwerk festgelegt wird. Dies könnte zu Wettbewerbsnachteilen für dessen Mitgliedsunternehmen und in Folge einer Verzerrung der Informationspolitik führen. Außerdem scheint problematisch, dass die Kernkompetenzen im Verein für die „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) beim Geschäftsführer zusammenlaufen. Verstöße können nur durch Mitgliedsunternehmen eines der beiden Kodices zur Anzeige gebracht werden. Als Lösung wurde die Schaffung eines einheitlichen Kodex, der für alle in einem Land agierenden Unternehmen verbindlich ist, diskutiert. Zusätzlich sollte die Einführung eines sogenannten „Reinforcement Certificate“ erfolgen, einer jährlich durch eine unabhängige Institution vergebene Bescheinigung über die

lückenlose Einhaltung dieses Kodex. Dabei sollten auch nicht dem Verband zugehörige Parteien Verstöße gegen dessen Regelungen zur Anzeige bringen können.

Einleitung

Angehende Ärzte werden während ihres Studiums mit den wesentlichen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit und jenen der Diagnostik und Therapie vertraut gemacht. Für die Diskussion der Rahmenbedingungen, welche die Prozesse beeinflussen, die zwischen Patienten und Ärzten, Patienten und dem nicht-ärztlichen Personal und innerhalb eines Versorgungsteams ablaufen, bleibt kaum noch Zeit. Nahezu unberücksichtigt müssen aus Zeitgründen die Zusammenhänge bleiben, die von außen auf das Versorgungsteam und damit auf die Qualität der Patientenversorgung Einfluss haben.

Zu diesen externen Einflussfaktoren zählen die politischen, juristischen, ökonomischen und psychologischen Rahmenbedingungen, die gerade in einer zunehmend kommerzialisierten Medizin erheblich an Bedeutung gewinnen. Jeder Arzt, der medizinisch hervorragend ausgebildet ohne Kenntnis dieser Rahmenbedingungen eine Karriere startet, wird unmittelbar

nach seiner Trennung von der universitären Lehre erfahren, was er an lebensnotwendigen Informationen und Erfahrungen noch erwerben muss.

Da die Beziehungen der Pharmazeutischen Unternehmen untereinander und zu den Ärzten einen bedeutenden Teil dieser Rahmenbedingungen darstellen und deshalb auch intensive Diskussionen über die Gestaltung dieser Bedingungen geführt und in sogenannten Kodices festgehalten sind, haben wir unseren Studenten ein Seminar zu diesem Thema angeboten. Die Synthese, die aus den Beiträgen der Experten und den Kommentaren der Studenten entstanden ist, fanden wir hinreichend interessant, um sie der Öffentlichkeit in diesem Aufsatz vorzustellen.

In diesem Seminar sollten die Studenten mit den aktuellen Kodizes der beiden Vereine „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ (AKG) und „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) vertraut gemacht werden. In beiden Kodizes, AKG und FSA, haben sich verschiedene Hersteller verschreibungspflichtiger Arzneimittel zusammengeschlossen. Der Verein für die „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) wurde 2004 von den Mitgliedsfirmen des Verbands forschender Arzneimittelhersteller gegründet. Die Ziele der Vereine für die „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) und für „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ (AKG) sind die Selbstkontrolle der pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland, um Fehlverhalten zu erkennen, zu vermeiden und eine Basis für Sanktionen zu schaffen. In der Vergangenheit gab es bereits Studien und Gutachten [2], die allgemeine Vorschläge über den Aufbau von verbindlichen Richtlinien für die Regulierung des pharmazeutischen Marktes machten. Aufgabe der Studenten war es, die Unterschiede dieser

Kodizes herauszuarbeiten, mögliche Diskrepanzen darzulegen und Verbesserungsvorschläge zu diskutieren.

Methoden

Kopien der Kodizes aus Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland, die zugänglich waren, wurden als Arbeitsunterlagen zur Verfügung gestellt. Hierbei handelte es sich um die beiden in Deutschland gültigen Kodizes der „Freiwilligen Selbstkontrolle der forschenden Arzneimittelhersteller“ (FSA) [11] und des Vereins „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen“ (AKG) [12]. Im Jahr 2006 ist ein Teil der Mitglieder des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI) dem FSA beigetreten. Nachdem Fehlverhalten durch den FSA jedoch mehrfach hart sanktioniert wurde, gründete der BPI einen zweiten Verband, den AKG, dessen Regelungen liberaler als die des FSA gestaltet sind [1].

Um diese komplexe Problematik adäquat behandeln zu können, wurden als Experten der Leiter der Schlichtungsstelle des AKG e. V., sowie ein Kooperationspartner einer anderen Universität (TGT) und ein Partner aus der pharmazeutischen Industrie eingeladen.

In einem ersten Schritt wurden die Teilnehmer aufgefordert, die aus ihrer Sicht bedeutenden Aspekte zu benennen, die in einem Kodex zur Zusammenarbeit von Ärzten mit der Industrie benannt werden sollten. Ziel war es, die Erwartungen angehender Mediziner an die Regelungen der Pharmazeutischen Industrie, da diese unvermeidlich ebenso eine Mittlerfunktion in den Geschäftsbeziehungen der darin angesiedelten Unternehmen darstellen. Die genannten Punkte wurden stichpunktartig aufgelistet.

In einem zweiten Schritt wurden den Studenten die Ziele und Inhalte der in Deutschland gültigen Kodizes durch einen Juristen vorgestellt. Hier bestand die

Möglichkeit, Unklarheiten bezüglich der juristischen Terminologie zu klären und sich das nötige Hintergrundwissen anzueignen. Es wurde eine Tabelle erstellt, in der die Unterschiede herausgearbeitet und gegenübergestellt wurden.

In einem dritten Schritt wurden die Unterschiede zwischen den beiden deutschen Kodizes zusammen mit den Experten diskutiert und potenzielle Verbesserungsvorschläge generiert.

Ergebnisse

Unterschiede zwischen den Forderungen der Studenten und den Inhalten der Kodizes

Als bedeutendsten Aspekt forderten die Studenten die Unabhängigkeit der ärztlichen Therapieentscheidungen von ökonomischen Interessen. Weiterhin wurden Transparenz und eine umfassende, wissenschaftlich fundierte Informationspolitik gefordert. Die Aspekte der Preisbildung sollten nachvollziehbar sein, ebenso sollte Markttransparenz garantiert sein. Die Offenlegung spezifischer Unternehmensinteressen (z. B. geplante Fusionen und Kooperationen) wurde ebenso gefordert. Ein von den Studenten nicht genannter, aber in den Kodizes stark betonter Aspekt betrifft das Irreführungsverbot. Die Studenten haben lediglich den Teilaspekt der Unbedenklichkeit, der unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln und den Ausschluss subtiler Manipulationsmechanismen in den Vordergrund gestellt.

Die Kodizes decken diese Bereiche durch die Regelung der Werbung und Zusammenarbeit größtenteils ab. Die Betonung liegt jedoch auf einer Vereinheitlichung der Qualitätssicherung und der Vermeidung unlauteren Wettbewerbs, insbesondere auch durch das Verbot vergleichender Werbung. Sie berücksichtigen die Interessen der Einzelunternehmen stärker, im Sinne der Vermeidung eines Nachteils

durch unlauteren Wettbewerb. Die Verhinderung einer Kartellbildung wurde nicht explizit und im Detail abgehandelt, obwohl die Seminarteilnehmer diese als wichtigen Aspekt einstufen.

Die größte Übereinstimmung zwischen den Forderungen der Studenten und dem Inhalt der Kodizes bestand im Bereich Transparenz. Unterschiede zwischen den Forderungen der Studenten und der Umsetzung in den Kodizes bestanden in der von den Kodizes geforderten umfassenden Dokumentation (Tab. 1).

Unterschiede zwischen den beiden Kodizes

Die wesentlichen Unterschiede der beiden deutschen Kodizes lassen sich in zwei Punkten zusammenfassen. Der Kodex des FSA legt die Auslegung seiner Terminologie fest. So werden beispielsweise Fünf-Sterne-Hotels als Veranstaltungsort von Kongressen untersagt und die Imagewerbung auf praxisbezogene Zuwendungen beschränkt. Außerdem sind die Kriterien zur Wahrung der Transparenz im FSA stringenter als im AKR. Der FSA fordert bei Beobachtungsstudien die Einhaltung von Deadlines und regelt die Kompetenz von Beratern, die sich auf administrative Aufgaben beschränkt. Die zeitnahe Veröffentlichung von Studienergebnissen und ständige Aktualisierungen (z. B. von Adressenlisten) sind Teil des FSA- aber nicht des AKG-Kodex (Tabelle 2).

Gemeinsame Verbesserungsvorschläge aller Teilnehmer

Als primäres Ziel wurde die Vereinheitlichung insbesondere der Auslegungskriterien benannt. Der zeitliche Geltungsbe- reich des Kodex sollte definiert sein. Es sollten keine Detailregelungen wenig bedeutender Kriterien (z. B. Hotelklasse) getroffen werden. Entscheidend ist, dass die Qualität der Fachinformation im Vordergrund steht, z. B. durch Benennung der

Validität der weitergegebenen Information. Um diese Qualität zu sichern, kann es notwendig sein, ein unverhältnismäßig hoch erscheinendes Honorar für einen Experten zu bezahlen, sofern dies durch den Markt gerechtfertigt ist. Dies beinhaltet auch eine Orientierung an europäischen Richtlinien und einer liberalen Auslegung der Terminologie des Kodex. Eine Liberalisierung sollte dringend erfolgen, da die Wahrung der Transparenz als Kernkriterium des Kodex und der damit verbundenen adäquaten Dokumentation von Verträgen benannt wurde. Nur bei transparenten Verträgen kann die generierte und weitergegebene Information bewertet werden. Den Teilnehmern erschien es bedeutend, anstelle einer Einschränkung die Transparenz der getroffenen Regelung herzustellen und einen Wettbewerbsnachteil für die Parteien eines der beiden Kodices zu vermeiden. Damit soll verhindert werden, dass die ärztliche Entscheidungsfindung durch Verzerrungen in Informationspolitik und Preisbildung beeinflusst wird.

Als weiteres Problem wurde die Durchführung von Sanktionierungen benannt. Da es sich bei beiden Kodices zwar um verbindliche Regelungen, nicht jedoch Gesetze im eigentlichen Sinne handelt, muss ein Verantwortlicher für das Verfahren bei Verstößen gegen einen Kodex benannt werden. Sofern jedoch in gewissen Fällen mehrere Unternehmen von der Nichtbeachtung der Regelungen profitieren, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass dieser Verstoß zur Anzeige beim zuständigen Verband gebracht wird. Als mögliche Lösung wurde diskutiert, ein sogenanntes „Reinforcement Certificate“ einzuführen. Hierbei handelt es sich um ein Zeugnis, das durch eine unabhängige Institution nach Überprüfung der Einhaltung des Kodex, dem sich das Unternehmen verpflichtet hat, jährlich vergeben wird.

Diskussion

Wesentliche Inhalte zur Auslegung der Kodices werden in eigenen Werken dargestellt, die zur Klärung von Detailfragen herangezogen werden sollten [10]. Auf diesen basierte die Evaluation der Teilnehmer des Seminars zur Zusammenarbeit der Pharmazeutischen Industrie untereinander und mit Ärzten in Klinik oder Praxis.

Die Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

- Das Nebeneinander zweier Kodizes stiftet Verwirrung und gibt Anlass zu Konflikten. Besonders eindrucksvoll trifft das für Unternehmen zu, die Mitglied in Verbänden mit unterschiedlichen Kodizes sind. Dieses Nebeneinander kann zu einem Wettbewerbsnachteil führen, weil ein Unternehmen die Veranstaltungen attraktiver als sein Mitbewerber, der in einem anderen Verband organisiert ist, gestalten kann. Im Extremfall kann diese widersprüchliche Regelung zu einem Informationsmonopol führen. Diese Unterschiede wirken sich auch auf die Möglichkeiten der Imagepflege aus, weil der Praxisbezug der Imagewerbung (z. B. Geschenk anlässlich eines Jubiläums) unterschiedlich geregelt ist.
- Die Klarheit eines Kodex, durch welche ein Stück Liberalität verloren geht, beinhaltet aber auch erhebliche Vorteile für die Öffentlichkeit. Beispiele hierfür sind die Definition eines Zeitraums innerhalb dessen Details und Ergebnisse von Studien veröffentlicht werden müssen und die Benennung des Verantwortlichen in einer Studie (Transparenz). Durch die Klarheit eines Kodex kann auch der Verdacht auf eine bestehende Doppelmoral entkräftet werden, der entstehen könnte, wenn einerseits die Zusammenarbeit zwischen zwei Abteilungen eines Unternehmens (z. B. der Medizinischen Abteilung und der Marketing Abteilung) untersagt wird, aber

Tabelle 1: Aspekte eines Kodex, die nach Meinung der Studenten berücksichtigt werden sollten und tatsächlich im Kodex des FSA und AKG berücksichtigt sind.

	Kriterien des FSA und AKG	Vorschläge der Studenten
1. Geltungsbereich	1.1. Fachkreise 1.2. Verhalten Dritter 1.3. Verschreibungspflichtige Medikamente	1.1 Spektrum der erforderlichen Entscheidungen 1.2 Entscheidungskompetenz
2. Werbung	2.1. Irreführungsverbot 2.2. Schleichwerbungsverbot 2.3. Verbot vergleichender Werbung 2.4. Pflichtangaben 2.5. Muster (2.6. Onlinewerbung, nur im AKG)	2.1 Transparenz der Arzneimittelprofile 2.2 Transparenz der Marktlandschaft: Einflussnahme durch z. B. Kassenärztliche Vereinigung (KV), Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA), Krankenkassen, Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), Ärzte, Patienten, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV (MDK), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2.3 Sicherung eines fairen Wettbewerbs
3. Verbot unlauterer Zusammenarbeit	3.1. Vorteilsgabe 3.2. Wissenschaftliche Zusammenarbeit 3.3. Fortbildungsveranstaltungen 3.4. Geschenke (zusätzliche Forderung des Praxisbezugs von Imagewerbung im FSA) 3.5. Bewirtung 3.6. Gewinnspiele 3.7. Dienstherrengenehmigung (3.8. Spenden, nur im FSA)	3.1 Vorteilsgaben 3.2 Preisgestaltung der Arzneimittel 3.3 Nutzen aus Sicht des Patienten 3.4 Einschätzung gesundheitlicher Risiken aus Sicht des Patienten 3.5 Einschätzung wirtschaftlicher Risiken aus Sicht der Pharmaunternehmen 3.6 Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungsfindung
4. Schulung von Mitarbeitern in Compliancefragen	Geregelt	Nicht als wichtig benannt.

gleichzeitig in einem Verband alle Entscheidungen in der Geschäftsführung (z. B. die Auslegung der Terminologie und die Verhängung von Sanktionen) zusammenfallen.

- Aufgrund dieser Diskussion ist zu fordern, dass das bisher übliche reaktive Vorgehen durch ein proaktives Vorgehen ersetzt werden sollte. Ein reaktives Vorgehen beinhaltet den Nachteil, dass erforderliche Sanktionen unterbleiben könnten, wenn mehrere Unternehmen etwa vergleichbare Vorteile aus den Verstößen gegen den Kodex ziehen können.

In diesem Fall besteht kein Anlass, eine Beschwerde einzureichen. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass Beschwerden wegen eines Verstoßes gegen den Kodex nicht von der Zielgruppe, den Ärzten, sondern von einem Mitbewerber (anderes Unternehmen) erhoben werden. Beschwerden werden nur erhoben, wenn sich ein Unternehmen gegenüber einem anderen Unternehmen benachteiligt fühlt oder wenn Verstöße gegen den Kodex durch „Whistleblowing“ an die Öffentlichkeit gebracht werden.

- Ein wesentlicher Faktor der Zusammenarbeit von Pharmazeutischer Industrie, Staat und Marktteilnehmern in Form von Ärzten und Patienten ist die vorherrschende Korruption. Da diese sich deren Ausmaß in unterschiedlichen Ländern unterscheidet [9, 12] wurden die Regelungen anderer Länder [4, 7, 8] ausgeklammert. Die Ursachen zu klären könnte aufschlussreich für das Erstellen von Kodices sein, allerdings besteht darüber weitestgehend Uneinigkeit: Einige Autoren warnen, dass verstärkte Zusammenarbeit und Kooperation zwi-

ZUR DISKUSSION GESTELLT

schen den Parteien eher schädlich sein könnten [9], insbesondere da vor allen Dingen die Protagonisten und weniger das System als Verantwortliche zu benennen seien [3,5], während andere eine solche Zusammenarbeit als Voraussetzung für die Eindämmung von Korruption sehen [9].

Als Schlussfolgerung schlagen wir vor, Maßnahmen einzuführen, die ein proaktives Vorgehen unterstützen. Als proaktive Maßnahmen könnte zum einen der Inhalt eines Kodex in der Öffentlichkeit bekanntgemacht werden. Die Diskussion über den Kodex sollte ein Teil des Ausbildungscurriculums von Medizinstudenten sein, um den Studenten die komplexen Verflechtungen von Interessen im Gesundheitssystem zu vermitteln. Für Ärzte und pharmazeutische Unternehmen könnte ein „Reinforcement Certificate“ eingeführt werden, wel-

ches von einer unabhängigen Institution jährlich vergeben wird, sofern keine Verstöße gegen den Kodex bekanntgeworden sind. Der lückenlose Nachweis dieser Zertifikate könnte bei der Übernahme öffentlicher Ämter und bei jeglichen vertrauensbasierten Entscheidungen von Bedeutung sein.

Literaturverzeichnis

- 1 <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=4483> zitiert am 12.1.2011
- 2 Angela Spelsberg, Anke Martiny, P S Schoenhoefer „Is disclosure of potential conflicts of interest in medicine and public health sufficient to increase transparency and decrease corruption?“ J Epidemiol Community Health 2009;63:603–605.

- 3 Ahmad K „Senior Health Official arrested on corruption charges“ Lancet Vol 358, 08 April 2001, p.394.
- 4 Blasszauer B, „Petty Corruption in Health Care“, Journal of Medical Ethics 1997 23:133-134.
- 9 Cave S. Corruption in Health Services. Serv Res Policy Vol12, No.2, April 2007, p.67.
- 10 Ibrahim J, Majoor J. Corruption in the Health Care System: The circumstantial evidence. Australian Health Review Vol25, No.2, 2002.
- 11 Solberg K. India’s Health Sector responds to new corruption charges. www.thelancet.com, Vol 371, Feb.9, 2008.

Tabelle 2: Unterschiede zwischen den beiden deutschen Kodizes

	FSA	AKG
Definition von „international“	Außerhalb des Landes des Unternehmenssitzes	EWR
Stringenter reglementierte Bereiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zusammenarbeit zwischen Arzt und Industrie (keine Beeinflussung durch Verträge, obligate Nennung von Sponsoren, nimmt nebenberuflich als Ärzte arbeitende Pharmaangestellte in die Pflicht, macht Ausnahme für geringfügige Marktforschungstätigkeiten 2. Beobachtungsstudien <ol style="list-style-type: none"> 2a. auch Paul Ehrlich Leitlinien, 2b. Benennung eines Verantwortlichen (Leiter der medizinischen Abteilung, Verbot einer Zusammenarbeit mit der Marketingabteilung), 2c. Benennung von Deadlines für Bekanntgabe von Studiedetails und Veröffentlichung der Ergebnisse 2d. Limitierung der Kompetenzen von Beratern auf administrative Tätigkeiten 3. Praxisbezug der Imagewerbung (keine Weinflaschen, auch nicht zur Habilitation) 4. Explizites Verbot der Fernbehandlung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muster (Verbot der Ausgabe auf Kongressen) 2. Onlineinformation 3. Schutz vor vergleichender Werbung <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Bezug nicht nur auf Medikamente, sondern auch Geschäftsbeziehungen und Dienstleistungen 3.2 Verbot auch von indirekter Beeinträchtigung der Konkurrenz
Auslegung der Terminologie	Separates Regelwerk	Nicht im Einzelnen geregelt
Benennung von Verantwortlichen, Lokalisierung der Kompetenz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geschäftsführer regelt alle Bereiche und hat die gesamte Kompetenz 2. Medizinischer Dienst wird in eigenem Paragraphen verpflichtet 	–

- 12 Huss R, Green A, Sudarshan H, Karpagam SS, Ramani KV, Tomson G, Ge-rein N. Good Governance in the Health Care Sector: Lessons from the Karnataka experience. *Health Policy and Planning* 2010, p.1-14, Dec. 17/2010.
- 13 Sharma S. Politics and corruption mar health care in Nepal. *www.thelancet.com*, Vol.375, June 12, 2010.
- 14 Bienert G, Hein D. Auf einen Blick. Pharma-Verhaltenskodex in der Praxis. Ein alphabetischer Leitfaden. 2009 Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen (AKG) e. V.
- 15 Kodex des Verbandes der „Freiwilligen Selbstkontrolle der forschenden Arzneimittelhersteller“

16 Kodex des Verbandes der „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“

Autoren:

Maria B. Sailer¹, Jan Engelmann¹, Artur Greinert¹, Johannes Hirsch¹, Judith Kap-penschneider¹, Daniela Keller¹, Martin Mentzel¹, Sven-Jannis Randoll¹, Simon Redeker¹, Marie-Christin Rösch¹, Sabrina Swoboda¹, Charlotte Topka¹, Maik Wieggers¹, Tania Gouvea Thomaz², Johannes Clouth³, Gunter Bienert⁴, Franz Porzolt⁵
¹Medizinstudent an der Universität Ulm, Ulm, ²Dept. Physiology, Universidade Federal Fluminense Niterói/RJ, Brasilien,

³Policy and Government Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, ⁴Schlichtungs- und Schiedsstelle des Vereins Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen (AKG e. V.), Berlin, ⁵Klinische Ökonomik am Institut für Geschichte Theorie und Medizin der Universität Ulm, Ulm

Buchbesprechung

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2011

– Qualität durch Wettbewerb, 2011. 512 Seiten, 80 Abb., 56 Tab., ISBN Buch 978-3-7945-2802-8 54,95 Euro, Schattauer

Der diesjährige Krankenhausreport befasst sich mit dem aktuellen Thema Qualität durch Wettbewerb. Nach Ansicht der Autoren muss im Sinne der Patienten die Qualität der Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen im stationären Sektor das zentrale Anliegen aller Beteiligten im Gesundheitswesen sein.

So beleuchten die Beiträge den Stand der stationären Qualitätssicherung in Deutschland, den Stellenwert von Qualität im Markthandeln der Krankenhäuser und die Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten bei der Krankenhauswahl. Nachdem Qualitätsvergleiche zunehmend

Transparenz für Patienten und Einweiser schaffen, können Qualitätsparameter somit perspektivisch auch verstärkt Eingang in Versorgungsverträge finden. Daher befasst sich der vorbezeichnete Krankenhausreport auch damit, qualitätsbezogene Aspekte vertragsfähig und damit vergütungsrelevant werden zu lassen.

Darüber hinaus widmet sich das Werk weiteren Fragen von besonderer Aktualität und Relevanz, darunter Fragestellungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung, zur möglichen Gestalt des zukünftigen Entgeltsystems in der Psychiatrie wie auch zur optionalen Einführung von Investitionspauschalen als Einstieg in die Monistik. Überdies bearbeiten Beiträge das Thema der sektorübergreifenden Bedarfsplanung sowie der Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen zur Krankenhausplanung in Deutschland.

Wie üblich umfasst auch der vorliegende Krankenhaus-Report einen ausführlichen statistischen Teil mit Informationen zu Struktur-, Leistungs-, Kosten- und Budgetdaten der Krankenhäuser auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auch der Krankenhaus-Report 2011 wieder ein sehr wertvolles und unabdingbares Werk für alle im Bereich des Krankenhauswesens Tätigen ist. Besonders die große Anzahl der Autoren und Mitarbeiter bereichern das Werk mit ihrem vielfältigen Fachwissen. Auch überzeugt die übersichtliche Gliederung sowie die Veranschaulichung durch Tabellen und Statistiken. Der vorbezeichnete Krankenhaus-Report 2011 ist daher zu empfehlen.

Rechtsanwältin Heike Stark, München

Die neuen österreichischen Regeln zur Neuverblisterung

Mit Wirkung zum 1. 1. 2011 hat das österreichische Bundesministerium für Gesundheit die Neuverblisterungsbetriebsordnung erlassen¹. Die Vorschrift schuf sowohl für öffentliche Apotheken und Anstaltsapotheken als auch für Herstellerbetriebe, die Arzneispezialitäten maschinell verblistern, spezifische Qualitätsvorgaben, die im Sinne der Patientensicherheit einen einheitlichen Standard vorgeben. In der Apothekenbetriebsordnung 2005 (ABO 2005) wurden flankierend Adaptierungen vorgenommen. Apotheken, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuverblisterungsbetriebsordnung Arzneimittel neuverblistereten, erhielten eine Übergangsfrist bis zum 30. 6. 2011. Die österreichischen Regelungen könnten eine Benchmark für das deutsche BMG sein, das im Begriff ist, die Arzneimittelverblisterung in einer Novelle der deutschen Apothekenbetriebsordnung aufzugreifen. Deshalb sollen wesentliche Bestimmungen des kombinierten Regelwerks aus Österreich zur Begleitung der bevorstehenden deutschen Gesetzgebung vorgestellt werden².

I. Hintergrund

Weil laut Gesetzgebungsmotiv die Verblisterung einerseits der Verbesserung der Therapietreue von vor allem multimorbiden Patienten, die täglich verschiedene Arzneimittel zu unterschiedlichen Tageszeiten einnehmen müssen, andererseits einer rationalen Vorgangsweise im betreuten Setting dient, hatte die österreichische Arzneimittelgesetz-Novelle 2009³ die Grundlage

zur Schaffung spezifischer rechtlicher Rahmenbedingungen für eine Neuverblisterung von Arzneispezialitäten gelegt. Der Begriff wurde legal definiert und die Verordnungsmodalitäten durch die Ärzteschaft geregelt. Jedoch abgesehen von den allgemeinen nach den arzneimittelrechtlichen Vorschriften bei der Arzneimittelherstellung zu beachtenden Qualitätsanforderungen bestanden immer noch keine speziellen Vorgaben insbesondere für Apotheken über die bei der Neuverblisterung und die damit in Zusammenhang stehenden Tätigkeiten einzuhaltenden Qualitätskriterien. 2002 hatten Apotheker in Österreich mit der maschinellen patientenindividuellen Zusammenstellung der Wochenrationen von Arzneimitteln in Blistern für Heime begonnen. Um die Kosten für die Ma-

schinen zu amortisieren, suchten sich die Apotheken zwecks Auslastung überregionaler Heime und störten damit das Nahversorgerprinzip. Hierauf erarbeitete im April 2010 der österreichische Apothekerverband einen Entwurf für eine Novelle der Apothekenbetriebsordnung unter Berücksichtigung der Neuverblisterung. Das Konzept sah eine Versorgung mit patientenindividueller Blistermedikation durch wohnortnahe Apotheken vor und die Verhinderung von überregionaler Belieferung. Als Reaktion wurde am 3. 11. 2010 vom BMG ein Begutachtungsentwurf vorgelegt⁴. Die zentrale Forderung, das maschinelle Verblistern nur Apotheken und nicht auch den inzwischen aufgekommenen Blisterzentren zu erlauben, nahm das Ministerium allerdings nicht auf. Derzeit verblistern in Österreich 15 von insgesamt 1 265 öffentlichen Apotheken⁵ und drei Blisterzentren⁶ Arzneimittel. Als Hauptanwendungsgebiet der Neuverblisterung wird der Einsatz in Krankenanstalten, Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen angesehen.

¹ Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend Betriebe, die Arzneimittel neuverblistern und in Verkehr bringen (Neuverblisterungsbetriebsordnung) erlassen sowie ergänzend die Apothekenbetriebsordnung 2005 geändert (BGBl. II Nr. 474/2010), URL: <http://www.ris.bka.gv.at>

² Auf die Besonderheit des hausapothekenführenden Arztes wird nicht eingegangen. Ohne Gesetzeszitat versehene Bestimmungen beziehen sich auf die Neuverblisterungsbetriebsordnung.

³ BGBl. I Nr. 63

⁴ BEGUT_COO_2026_100_2_620558, URL: http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Begut&Dokumentnummer=BEGUT_COO_2026_100_2_620558&ResultFun

⁵ Entwurf zur Änderung des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG), URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01227/finameorig_222939.html; BMG – Das Apothekenwesen in Österreich; URL: <http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Apotheken/>

⁶ Apotheker als „Genossen“ der großen Neuverblisterer, Pharmaceutical Tribune Nr. 11/2011, URL: <http://www.pharmaceutical-tribune.at/dynasite.cfm?dsamid=109287&dspaid=942782>

II. Regelungsinhalte

Durch die Festlegung qualitativer Anforderungen für den Herstellungsvorgang der Neuverblisterung bleiben die bestehenden Abgabewege des Arzneimittel- und Apothekenrechts unverändert. Die Abgabe von Arzneimitteln an den Patienten bzw. an das Pflegeheim darf weiterhin nur durch öffentliche Apotheken erfolgen. Damit ist ein Auftrag des Patienten zur Neuverblisterung als untrennbar mit der Abgabe zusammenhängend nur einer öffentlichen Apotheke zugewiesen. Die öffentliche Apotheke kann die Neuverblisterung entweder selbst durchführen oder den Auftrag an eine andere öffentliche Apotheke oder einen bewilligten Herstellerbetrieb weitergeben. Obligatorisch ist ein schriftlicher Auftragsherstellungsvertrag, in dem sämtliche Verantwortlichkeiten klar festzulegen sind. Die Umwandlung einer ärztlichen Verschreibung bzw. Anordnung oder eines Auftrags eines Patienten in einen Neuverblisterungsauftrag hat immer in einer Apotheke auf der Grundlage eines dort aufzustellenden Medikationsplans zu erfolgen.

1. Anwendung und Abgrenzung

Ein pharmazeutischer Herstellerbetrieb kann immer nur Auftragnehmer der öffentlichen Apotheke oder der Anstaltsapotheke sein. Dieser Betrieb wird ausschließlich als deren Dienstleister tätig. Bei den der Neuverblisterungsbetriebsordnung unterliegenden Betrieben handelt es sich um öffentliche Apotheken oder Anstaltsapotheken sowie Betriebe, die über eine geeignete Herstellungsbewilligung verfügen. § 3 Abs. 4 und 5 ziehen die Grenze zum üblichen Apothekenbetrieb. Öffentliche Apotheken und Anstaltsapotheken bedürfen immer dann einer formellen Herstellerbewilligung nach dem AMG, wenn sie Arzneispezialitäten in einer über den üblichen Apothekenbetrieb gemäß Apothekenbetriebsordnung hinausgehenden

Häufigkeit, Anzahl oder Menge neuverblistern und an andere öffentliche Apotheken oder Anstaltsapotheken abgeben. Die Österreichische Apothekerkammer hat mit dem Bundesministerium für Gesundheit sich darüber geeinigt, dass die Grenze bei 1 250 mit neuverblisterten Arzneimitteln versorgten Patienten im Jahresschnitt unabhängig davon liegen soll, ob die Apotheke die Patienten direkt oder im Wege anderer Apotheken versorgt oder an Krankenanstalten liefert⁷.

2. Neuverblisterung

Die Neuverblisterung ist in § 2 Ziffer 10 schlicht als eine Herstellung gemäß § 2 Abs. 11c AMG bestimmt. Damit wird auf die Legaldefinition des AMG verwiesen, wonach „Neuverblisterung“ die maschinelle patientenindividuelle Zusammenstellung der Einmal-, Tages-, Wochen- oder Monatsration von Arzneimitteln in Blistern ist. Die Definition soll klarstellen, dass es sich um das maschinelle Auseinanderpacken von Arzneispezialitäten für einen im Voraus bekannten Patienten handelt, der Service des manuellen Befüllens von Doserhilfen jedoch nicht betroffen ist. Erfasst werden sowohl Systeme, bei denen die Arzneimittel entblister werden, als auch solche Systeme, bei denen der unversehrte Blister geschnitten wird. Danach erfolgt die patientenindividuelle Herstellung neuer Blister oder das Einschweißen in Säckchen. Allerdings verkürzt die Definition der Blisterration („der für einen individuellen Patienten neuverblisterter Einmal-, Tages- oder Wochenbedarf an Arzneimitteln“, § 2 Ziffer 4) die Reichweite der Legaldefinition des AMG. Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit und wegen möglicher Therapieänderungen wird grundsätzlich nur ein Wochenbe-

darf eines Patienten als längster Zeitraum für eine Neuverblisterung als zulässig erachtet. In besonderen Fällen darf auch der Bedarf von zwei Wochen neuverblister werden.

3. Medikationsplan (§ 11 a ABO 2005)

Die öffentliche Apotheke, der der Patient einen Auftrag zur Neuverblisterung gibt, ist verpflichtet, auf Basis der ärztlichen Verschreibungen und allfälliger Wünsche des Patienten in Bezug auf rezeptfreie Arzneimittel einen Medikationsplan zu erstellen, die Grundlage für die Herstellung der Blisterrationen ist. Dieser hat erforderlichenfalls besondere Einnahmehinweise, Warnhinweise oder vom Arzt angeordnete Gebrauchsanweisungen zu enthalten. Dabei ist die Eignung der Arzneispezialitäten für eine Ent/Verblisterung entsprechend dem Stand von Wissenschaft und Technik auf Basis des pharmazeutischen Qualitätsrisikomanagements zu beurteilen und die Vorgaben für die Teilung von Tabletten zu berücksichtigen. Der Medikationsplan ist auch die Basis für einen externen Auftrag zur Herstellung der Blisterration. Soll die Neuverblisterung an eine andere öffentliche Apotheke oder einen Herstellerbetrieb weitergegeben werden, ist die datenschutzrechtliche Zustimmung des Patienten zur erforderlichen Weitergabe seiner personenbezogenen Daten einzuholen.

Der an den Patienten abgebenden Apotheke obliegt die Verpflichtung, vor Abgabe der Blisterration zu prüfen, ob diese dem Medikationsplan unabhängig davon entspricht, ob sie die Herstellung selbst durchgeführt oder beauftragt hat. Durch eine Bilanzierung der verschriebenen und nach Neuverblisterung abgegebenen Arzneispezialitäten ist sicherzustellen, dass der Patient die verschriebene Menge ausgefolgt erhält.

⁷ Prinz – Neuverblisterungsbetriebsordnung, Anm. zu § 3, URL: <http://www.apotheker.or.at>

4. Herstellung

Die Neuverblisterung ist eine Herstellung nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften, die entweder im Auftrag des Patienten oder seiner Betreuungseinrichtung im Namen des Patienten oder nach besonderer Anordnung des Arztes mit Einverständnis des Patienten durch eine öffentliche Apotheke oder eine Anstaltsapotheke durchgeführt wird oder durch einen von diesen beauftragten externen Dienstleister, der über eine entsprechende Herstellungsbewilligung verfügen muss. Sie muss – wie jede andere Arzneimittelherstellung – den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes, insbesondere den Qualitätskriterien und der Regelung über die Unbedenklichkeit entsprechen. Der bei der Begriffsbestimmung „Blistercharge“ in § 2 Ziffer 3 („die im Zuge eines Herstellungsvorgangs durch einen Blisterautomaten gefertigte Menge von Blisterationen“) verwendete Ausdruck „Herstellungsvorgang“ bezieht sich je nach verwendeten Neuverblisterungssystemen auf die Abarbeitung eines Datenpakets, das sich aus den patientenindividuellen Medikationsplänen ergibt. Die Freigabe von Blisterchargen obliegt im Herstellerbetrieb der sachkundigen Person, in der öffentlichen Apotheke oder Anstaltsapotheke dem Leiter der öffentlichen Apotheke oder Anstaltsapotheke oder einem von ihm ausdrücklich benannten allgemein berufsberechtigten Apotheker. Die Teilung von Tabletten ist nur zulässig, wenn die verschriebene Dosierung der Arzneispezialität nicht als Darreichungsform tatsächlich in Verkehr gebracht und eine Bruchrille vorhanden ist, die laut Angabe in der Gebrauchsinformation einer Teilbarkeit im Sinne der Dosisteilung dient (§ 13 Abs. 7). In der Praxis hat sich der hohe Anteil an geteilten Tabletten jedoch als großes Problem herausgestellt, da die Ärzte von der Sozialversicherung angehalten sind, höhere, dafür aber günstigere Dosierungen zu verschreiben (z. B. 40-mg-

Tabletten zum Teilen anstatt 20-mg-Tabletten). Geteilte Tabletten dürfen jedoch nur dann neuverblistered werden, wenn es sie in der verschriebenen Dosierung nicht gibt. Das macht es notwendig Kontakt mit den verordnenden Ärzten aufzunehmen, damit diese auch verblisterbare Dosierungen verschreiben⁸. Dass die ärztliche Therapiefreiheit bei der Verschreibung von Arzneimitteln ungeachtet einer möglichen Neuverblisterung der Arzneimittel gewährleistet bleiben muss und kein Austausch des von der Ärztin oder vom Arzt verschriebenen Arzneimittels durch die öffentliche Apotheke (aut idem Substitution) erfolgen darf, hatte die Österreichische Ärztekammer bereits frühzeitig betont⁹.

5. Qualitätssicherungssystem

§ 5 schreibt die Verpflichtung zur Gewährleistung einer wirksamen Qualitätssicherung und zum Betrieb eines pharmazeutischen Qualitätssicherungssystems fest. Dies beinhaltet sämtliche Vorkehrungen, die mit der Absicht getroffen werden, die für den beabsichtigten Gebrauch erforderliche Qualität von Arzneimitteln sicherzustellen. Die Qualitätssicherung beinhaltet auch Faktoren wie ein Qualitätsrisikomanagementsystem (Abs. 3), ein Änderungs-Managementsystem (Abs. 5) oder die Selbstinspektion (Abs. 6). Im Rahmen der pharmazeutischen Qualitätssicherung hat jeder Betrieb die Schlüsselemente von Qualifizierung zu implementieren und zu dokumentieren. In diesem Zusammenhang sind Qualitätsanforderungen nicht nur hinsichtlich der räumlichen Anforderungen, der Verpackungsmaterialien, der Hygi-

ene und der Qualitätskontrolle zu schaffen sein, sondern auch für den Transport. Das Qualitätsrisikomanagement bestimmt Validierungstiefe und Validierungsumfang (Abs. 4).

Um Qualitätseinbußen zu vermeiden, müssen also Apotheken nunmehr auch Risiken systematisch bewerten, kontrollieren und überwachen. Die konkrete Umsetzung ist allerdings noch offen. Die Österreichische Apothekerkammer beteiligt sich mit Vorschlägen, die dem Gesundheitsministerium als Grundlage dienen sollen¹⁰.

a.) Qualitätsrisikomanagement

Ziel des Qualitätsrisikomanagements ist es zu evaluieren, ob sich eine Arzneispezialität für die Neuverblisterung eignet. Hierbei sind gemäß § 13 Abs. 9 insbesondere zu berücksichtigen:

1. Toxizität bzw. Sensibilisierungspotential der Arzneimittel,
2. Stabilität der Arzneimittel, und
3. Reinigbarkeit der Ausrüstung.

Im Begutachtungsentwurf wurden Aspekte zur Prüfung erläutert: Handelt es sich um ein hochaktives Arzneimittel, hat das Arzneimittel ein hohes sensibilisierendes Potential, ist das Arzneimittel ein Hormon, Antibiotikum, Zytostatikum, enthält es krebserzeugende, erbgutverändernde oder fortpflanzungsgefährdende Stoffe, ist das Arzneimittel z. B. hygroskopisch, oxidationsempfindlich, lichtempfindlich, bruchempfindlich, hat es eine nicht überzogene Darreichungsform, so dass gegebenenfalls die Stabilität der entblisterten Darreichungsform nicht gegeben ist, ist seine Kompatibilität mit den verwendeten Verpackungsmaterialien sowie den zur Lagerung verwendeten Magazinen gegeben, können sich mitverpackte Arzneimittel gegen-

⁸ MMA, Pharmaceutical Tribune Nr. 11/2011, <http://www.pharmaceutical-tribune.at/dynasite.cfm?dsamid=109287&dspaid=942782>

⁹ Wahrnehmungsbericht 2009 und 2010 der ÖAK, Seite 78, http://www.aerztekammer.at/c/document_library/get_file?uuid=b0d20059-2a0b-423e-b271-a533d939647a&groupId=10431

¹⁰ Betriebsordnung für Blister-Apotheken, apotheke adhoc vom 1. 3. 2011, <http://www.apotheke-adhoc.de>

seitig in ihrer Qualität beeinträchtigen? Sofern verfügbare Literatordaten und Angaben des Zulassungsinhabers für eine Beurteilung zur Verblisterungsfähigkeit ausreichen, sind keine eigenen wissenschaftlichen Untersuchungen zu erheben, sondern die Ergebnisse mit pharmazeutischem Sachverstand zu bewerten. Erlauben die verfügbaren Daten keine adäquate Risikobewertung und sind eigene Daten nicht vorhanden, ist von einer Verblisterung abzusehen. Das Ergebnis des Qualitätsrisikomanagements ist zu dokumentieren.

b.) Herstellervorprüfung

Mit Sorge um die Versorgungssicherheit und -qualität darf ein Auftrag zur Neuverblisterung durch die öffentliche Apotheke nur an solche Auftragnehmer weitergegeben werden, die in der Lage sind, innerhalb kurzer Frist die Blisterationen zu liefern (§ 11a Abs. 2 ABO 2005). Dies ist einerseits erforderlich, um die Kontinuität in der Medikamenteneinnahme sicherzustellen, andererseits aber auch, um bei Änderungen in der Medikation möglichst zeitnah zur Verschreibung die geänderte Medikation zur Verfügung zu haben. Durch den Herstellungsvorgang der Neuverblisterung soll es in der medikamentösen Versorgung zu keiner Verschlechterung kommen.

6. Qualitätskontrolle

Detailliert sind auch die Erläuterungen des Begutachtungsentwurf zur Qualitätskontrolle (§ 17). Die neuverblisterten Arzneispezialitäten dürfen nicht durch das verwendete Folienmaterial oder mitverpackte Arzneimittel in ihrer Qualität und Stabilität beeinträchtigt werden. Vor dem erstmaligen Neuverblistern ist eine diesbezügliche schriftliche Bewertung zu erstellen. Für die Eingangskontrollen sind Testmethoden und Prüfpezifikationen festzulegen. Die im Europäischen Arzneibuch

genannten Monographien (Pharm. Eur. 6. Ausgabe 3.1.11, 3.1.13, 3.1.15) sind – soweit anwendbar – zugrunde zu legen. Blisternäpfe oder Schlauchabschnitte sind visuell oder durch optische Kontrollsysteme zu überprüfen. Hierbei sollen folgende Merkmale der Arzneimittel (Tabletten/Kapseln/Dragees) überprüft werden: Anzahl, Plausibilität der Identität, z. B. anhand von Farbe, Form, Größe und Unversehrtheit der Darreichungsform. Sofern für einen Einzelblister vorgesehene Arzneimittel sich nicht durch Farbe, Form und Größe unterscheiden lassen, sind sie für die Verblisterung ungeeignet.

Ansonsten arbeitet die Neuverblisterungsbetriebsordnung umfassend die Themen zur Guten Herstellungspraxis wie die Anforderungen an Organisation (§ 6), Personal (§ 7), Betriebsräumen (§ 9), Ausrüstung (§ 10) oder Dokumentation (Vierter Abschnitt – §§ 20ff) ab. Der dritte Abschnitt (§§ 13ff) widmet sich Besonderheiten des Ent- und Neuverblisterns (§§ 14, 15). Der fünfte Abschnitt (§§ 26, 27) beschließt die Sachthemen mit Vorgaben zu Kennzeichnung und Gebrauchsinformation.

IV. Ausblick auf die deutsche Gesetzgebung

Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 12. 4. 2011 ein Positionspapier für die Überarbeitung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) vorgelegt¹¹.

Die vorgesehenen Änderungen sehen u. a. die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems für Apotheken vor. Die Anforderungen an die allgemeine sowie kritische Arzneimittelherstellung sollen festgelegt und präzisiert werden.

Die maschinelle Verblisterung an sich – nicht die manuelle Verblisterung oder das

sog. Manuelle „Stellen“ – wird als kritische Herstellung eingestuft, so dass an die maschinelle Verblisterung in Apotheken aus fachlichen Gründen keine erleichterten Anforderungen an die Apotheken im Vergleich zur maschinellen Verblisterung durch andere Betriebe gestellt werden können. Entsprechende Anforderungen an die Überwachung solcher Betriebseinheiten wurden bereits in einem Aide-mémoire aufgestellt.

Damit verweist das Positionspapier auf ein von der Arbeitsgruppe AATB innerhalb der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz und Medizinprodukte (ZLG) bis Ende August 2010 ausgearbeitetes Aide-mémoire¹². Das Aide-mémoire ist nicht rechtsverbindlich, sondern eine länderabgestimmte Auslegung der bestehenden gesetzlichen und regulatorischen Vorgaben. Dieses Papier trägt offensichtlich alles zusammen, was behördlicherseits wünschenswert ist. Das entbindet aber nicht einer kritischen Auseinandersetzung mit den dort vertretenen Interpretationen insbesondere im Hinblick auf die Ausführungen z. B. zur Kennzeichnung (Ziffer 6 und 14 fünfter Absatz), die eine Fehlinterpretation darstellen¹³.

¹² Aide-mémoire 07120201 der ZLG vom 25. 8. 2010 – Maschinelles patientenindividuelles Verblistern von Arzneimitteln, URL: <https://www.zlg.de/arzneimittel/qualitaetssystem/qualitaetsdokumente.html>

¹³ Danach wird die Angabe des pharmazeutischen Unternehmers auf die Angabe der Apotheke reduziert. Das Aide-mémoire übersieht jedoch, dass es mindestens zwei pharmazeutische Unternehmer bei der Verblisterung gibt. Der pharmazeutische Unternehmer des Blisters ist die abgebende Apotheke. Sie ist gemäß § 14 Abs. 1 ApBetrO zusätzlich zu kennzeichnen. Unbeschadet dessen bleibt aber die Eigenschaft des pharmazeutischen Unternehmers für jedes bei der Verblisterung verwendete Fertigarzneimittel erhalten. Somit ist mit pharmazeutischer Unternehmer im Sinne von § 10 Abs. 8 Satz 1 i. V.m. Abs. 11 AMG der pharmazeutischer Unternehmer eines verblisterten Arzneimittels gemeint. Von ihm müssen Name oder Firma, aber nicht die Anschrift in der Kennzeichnung des Blisters aufgeführt werden. Dies korrespondiert auch mit dem Haftungsregime.

¹¹ URL: <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spezial-apbetro/news/2011/04/13/das-positionspapier-zur-ueberarbeiteten-fassung.html>

ÜBERBLICK

Die zeitliche Entstehung und inhaltliche Übereinstimmungen lassen eine Patentschaft für die österreichischen Regelungen vermuten. So finden sich übereinstimmende Passagen im Aide-mémoire und in den Erläuterungen zum Begutachtungsentwurf der Neuverblisterungs-betriebsordnung, wie die Ausführungen zur optischen Kontrolle in § 17 (Ziffer 7 des Aide-mémoire) und zum Qualitätsrisikomanagement in § 13 Abs. 8 (Ziffer 5 des Aide-mémoire¹⁴). Unterschiede er-

¹⁴ Zu den sieben Mindestkriterien in § 5 des Aide-mémoire gehört auch die Überprüfung, ob das

geben sich hingegen für die Zulässigkeit der Verwendung von parallel importierten Arzneimitteln und der Teilung von Arzneimitteln. Beides ist nach österreichischer Rechtslage erlaubt, während dies durch das Aide-mémoire zu Unrecht generell in Zweifel gezogen wird. Die Ver-

Arzneimittel krebserzeugende, erbgutverändernde oder fortpflanzungsgefährdende Stoffe enthält. Die Regelung ist aber unscharf, weil genauso hochaktive Arzneimittel und Arzneimittel mit einem hohen sensibilisierenden Potential zu prüfen sind, also die übergeordneten Begriffe gleichwertig verwendet werden, ohne dass eine tiefer gehende Differenzierung zu den drei zuvor erwähnten Kriterien stattfindet.

arbeitung geteilter Arzneimittel ist lediglich nicht zulassungsbefreit. Man wird gespannt sein, wie sich der Verordnungsgeber zur Apothekenbetriebsordnung in Ansehung der österreichischen Regelungen und des Aide-mémoire insgesamt positioniert. Ein Referentenentwurf soll nach der parlamentarischen Sommerpause 2011 vorlegt werden.

Autor:

Rechtsanwalt Hardy Scholz
Sperlingsweg 5
66740 Saarlouis
www.ra-hardy-scholz.de

Die GRPG begrüßt als neue Mitglieder

Behm, Michael	MLP AG, Niederlassungsberatung für Mediziner, Senior Financial Consultant, Mainz
Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat	vertreten durch Wolfgang Kast, Teamleiter, Berlin
Frede, Frank-Michael	Geschäftsführer Vamed Management und Service GmbH Deutschland, Berlin
Hermann, Hendrik T.	KMG Kliniken plc, Leiter Recht, Bad Wilsnack
Liebold, Markus	Geschäftsführer Think Wired GbR, Hamburg
Schuhmann, Brigitta	Amgen GmbH, Senior Manager Corporate Affairs, Referat Gesundheitswesen, München
Parvanov, Ivor	Industrie-Förderung GmbH, Geschäftsführer BDI initiativ – Wirtschaft für Gesundheit, Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. (GRPG)

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband (Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a.)
 Patientenverband e. V. (Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a.)
 Individualmitgliedschaft (Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.)
(Mitgliedsbeitrag ohne Einzugsermächtigung € 190,- p. a.)

Die Mitgliedsbeiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) in Höhe von € 30,-.

Name

Firma/Verband/Behörde

Position

Privatanschrift

Geschäftsanschrift

Privat: eMail / Telefon / Fax

Geschäft: eMail / Telefon / Fax

Datum, Ort

Unterschrift

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwandt.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger

Gesellschaft für Recht und Politik
im Gesundheitswesen e. V.
Geschäftsstelle
Widenmayerstraße 29
80538 München

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Konto-Nr.

BLZ

bei der _____
mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Hinweise für die Autoren

Mit der Annahme eines Beitrags überträgt der Autor der pmi Verlag AG das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Manuskripte werden auf Datenträger oder in zweifacher schriftlicher Ausfertigung an die Schriftleitung der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“, Postfach 1228, 82302 Starnberg, Tel. 08151/72232, Fax 08151/72435 erbeten.

Grundsätzlich werden nur Arbeiten angenommen, die weder vorher veröffentlicht wurden noch gleichzeitig anderen Zeitschriften zum Abdruck angeboten werden. Die Herausgeber haben das Recht auf Auswahl der Beiträge, alle Beiträge werden von mehreren Experten begutachtet.

Für den Inhalt der Beiträge zeichnen die Autoren verantwortlich.

Allgemeine Erläuterungen

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Es können nur Beiträge angenommen werden, die den „Hinweisen für Autoren“ entsprechen.

Im Interesse kurzer Publikationsfristen sollen die Manuskripte (möglichst auch die Abbildungen) in zweifacher Ausführung eingereicht werden (davon ein Manuskript-Exemplar einseitig beschrieben, zusätzliches Exemplar bitte zweiseitig kopieren, um die Versandkosten niedrig zu halten).

Das Manuskript muss formal wie inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen nicht notwendig werden. Nachträgliche, vom Manuskript abweichende Änderungen müssen dem Autor berechnet werden. Notwendige Zusätze können am Ende der Arbeit als „Nachtrag bei der Korrektur“ gebracht werden. Da die Beiträge sofort nach dem Satz auf Seitenformat umbrochen werden, sind die gewünschten Einschaltstellen für Abbildungen und Tabellen am Rand der Manuskriptblätter anzugeben.

Besonderer Wert ist auf die wichtigste Schlüsselliteratur zu legen.

Folgende Manuskriptumfänge sollten in der Regel nicht überschritten werden: Für Editorials 2 Schreibmaschinenseiten, für Übersichts- bzw. Originalarbeiten 20 Schreibmaschinenseiten, für Buchbesprechungen 2 Schreibmaschinenseiten, aus der Rechtsprechung 15 Schreibmaschinenseiten, für Leserzuschriften 2 Schreibmaschinenseiten.

Gliederung

Das Manuskript ist mit breitem Rand zu schreiben, die Manuskriptblätter sind, einschließlich Literaturverzeichnis und Legendenden, durchzunummerieren.

Das erste Manuskriptblatt soll enthalten:

1. Namen aller Autoren, 2. kurzen, klaren Titel der Arbeit, 3. Fußnoten zum Titel, 4. Autornamen mit vollständiger Adresse, 5. Korrekturadresse.

Jeder Arbeit ist eine Zusammenfassung in deutsch der wesentlichen Ergebnisse voranzustellen.

Die Tabellen sind unabhängig von den Abbildungen arabisch zu nummerieren und mit Überschriften zu versehen.

Auszeichnung für den Satz

Auszuzeichnende Wörter sind zu unterstreichen, sie werden im Satz durch Kursivschrift hervorgehoben. Kleindruck ist am linken Rand durch eine senkrechte Linie und „p“ (petit) zu kennzeichnen. Fußnoten, die nicht zum Beitragskopf gehören, sind durchzunummerieren.

Abbildungen

Alle Abbildungsvorlagen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen sowie mit „oben“ oder „unten“ zu bezeichnen. Wenn möglich, sollten die Abbildungen zu Tableaus zusammengestellt werden, wobei die Spaltenbreite von 5,6 cm oder der Satzspiegel von 18 x 21 cm einzuhalten ist.

Für Strichabbildungen sind gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) zu verwenden.

Für Halbtonabbildungen sind kontrastreiche, gute Fotoabzüge, rechtwinklig beschnitten, in der gewünschten Endgröße mit Beschriftung von 3 mm Schrifthöhe (Letraset) einzureichen.

Sonderdrucke

Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturabzüge gegen Berechnung bestellt werden.

