GNS – Im Bundesverband der ärztlichen Genossenschaften

GNS Gesundheitsnetz Süd

im dialog 29 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

im dialog

Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

Aktuelle Informationen unter **www.gnsued.de**

29. GNS-Magazin **Juni 2011**

DROHT UNS ENTEIGNUNG?

FORTSCHREITENDER VERLUST UNSERER SELBSTÄNDIGKEIT.

Interview mit Ministerin Altpeter: Land unterstützt neue medizinische Versorgungsstrukturen.

Vorwort

Vorwort von Dr. Martin Wagner

Wem gehören unsere Praxen?

Diese aufs erste aberwitzig erscheinende Frage stellt man sich und reibt sich verwundert die Augen ob der Forderung des GKV Spitzenverbandes.

Zulassung auf Zeit, angeblich um drohenden Ärztemangel auf dem flachen Lande zu beheben, wird vorgeschützt. Nach Ablauf einer vorgegebenen Laufzeit wird der angestammte, einst für viel Geld erworbene Arztsitz kassiert und gegebenenfalls an anderer Stelle neu vergeben. Tatsächlich sollen wir zu Angestellten der Krankenkassen degradiert werden.

Was sind wir nun: Freiberufler, Kassenbeauftragte oder gar Amtsträger der Krankenkassen, wie der BGH jetzt gerade höchstrichterlich klären lassen will. Das Erstaunliche daran ist, dass kaum Widerspruch weder von den KVen, noch von der Ärztekammer erfolgt.

Mittelständler anderer Berufe würden auf die Barrikaden gehen und von Enteignung sprechen. Wir machen eher den Eindruck einer zur Schlachtbank geführten Lämmerherde.

Haben wir, zermürbt von den Anforderungen des Gesetzgebers, der Gesellschaft und der Krankenkassen aufgegeben?

Sind wir wirklich nicht mehr in der Lage unser eigenes und damit auch das Interesse unserer Patienten zu verteidigen?

Können wir als „Amtsträger der Krankenkassen“ weiter Anwälte unserer Patienten sein und unabhängig entscheiden, wenn wir nicht einmal Anstalten machen unsere Unabhängigkeit in der Entscheidung zu verteidigen. Ich will das nicht glauben! Auf die Barrikaden!

Dr. Martin Wagner

Inhalt

Titelthema

Droht uns Enteignung? – Seite 3-4

Redaktioneller Beitrag

Projektleiter mit Doppelrolle – Seite 12

perspektiv im dialog – Seite 14-15

Berufspolitik

GNS-Interview mit Ministerin Katrin Altpeter – Seite 6-7

Praxis

Neue orale Antikoagulanzien – Seite 7

QM-Check gibt Sicherheit – Seite 8

Assekuranz

Mehrwert durch Mitarbeitermotivation – Haftungsfalle für den Arbeitgeber – Seite 13

GNS Aktuell

Beitrittserklärung – Seite 4

Neues aus den Netzen: Notfallpraxis Bad Saulgau – Seite 9

Termine der Akademie Gesundheitsnetz Süd – Seite 16

Informationen zur Generalversammlung des GNS und zum Ergebnis der AR-Wahlen finden Sie auf unserer Website unter: **www.gnsued.de/aktuelles/news**

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de, Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Redaktion** Dr. med. Klaus Lenz, Internist **Layout/Covergestaltung/Realisation** ‘pyrus Werbeagentur, Ulm, www.pyruswerbeagentur.de **Anzeigenbuchung** Sekretariat, Fax 07391 5865451, service@GNSued.de **Druck** Druckwerk Süd GmbH & Co KG, www.druckwerk-sued.de **Erscheinungsweise** 4 x jährlich **Rechte** © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.** **Hinweis** Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen.

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid und Dr. Michael Häussler

DROHT UNS ENTEIGNUNG?

FORTSCHREITENDER VERLUST UNSERER SELBSTÄNDIGKEIT.

Enteignung: Das vergiftete Wort hallt in den Ohren der Ärzte nach. Enteignungsgleiche Eingriffe bringen nicht mehr Ärzte aufs Land.

Man kann es ja mal probieren: Was jahrzehntelang galt, soll plötzlich nicht mehr gelten. Ärzte sollen am Ende ihres aktiven Berufslebens automatisch ihre Kassenzulassung verlieren. Nicht dass die Spitzenvertreter der Krankenkassen nicht wussten, was diese Forderung bedeutet, die sie Ende April als Allheilmittel gegen den Ärztemangel auf dem Land verkündeten. Schoben sie doch gleich nach, dass diese Forderung natürlich nicht für jene niedergelassenen Ärzte gelten soll, die bereits über eine Zulassung verfügen. Originalton: „Wer heute bereits eine Zulassung hat, soll von der Neuregelung nicht betroffen sein. Wir wollen niemanden enteignen“. Wie umsichtig auf den ersten Blick und für die Augen des Publikums! Aber wer wird für ein Gut, das künftig nur zeitlich begrenzt nutzbar und später nicht mehr verkäuflich oder vererbbar sein soll, noch den gleichen Preis zahlen, der bisher erzielt werden kann und als üblicher Bestandteil der freiberuflichen ärztlichen Altersversorgung gilt, fragen sich viele niedergelassene Allgemein- und Fachärzte zu Recht. Alt- und Neufälle lassen sich so simpel jedenfalls nicht trennen.

Wichtiger für die Debatte: Das vergiftete Wort von der Enteignung war in der Welt. Selbst die schnelle und laute Widerrede aus der Politik konnte daran nichts mehr ändern. Denn wer erinnert sich unter den Ärzten nicht sofort daran, dass es 2003 die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war, die erstmals laut darüber nachgedacht hatte, Zulassungen nur noch zeitlich limitiert auszustellen.

Wichtig auch, die Kassen haben nichts von ihrer Argumentation zurück genommen. Und die lautet: Es gibt nicht zu wenige niedergelassene Ärzte. Nein, es sind zu viele. Nur weil die nicht richtig verteilt sind, gibt es in sozialen Brennpunkten der Städte und in einigen ländlichen Regionen einen relativen Mangel an ärztlicher Dienstleistung. Und Johann-Magnus von Stackelberg, Vize des Spitzenverbands der Kassen, schmähte bereits vor Wochen druckreif das geplante Versorgungsgesetz der schwarz-gelben Koalition im Bund als Kostentreiber: „Die teure Überversorgung wird auf Kosten der Beitragszahler zementiert, und die Versicherten allein müssen die höheren Kosten am Ende über die Zusatzbeiträge bezahlen.“

Aktuell springt Rolf-Ulrich Schlenker von der Barmer Ersatzkasse seinem Kollegen Stackelberg genauso wortgewandt wie provokant bei und nennt gegenüber dem „Handelsblatt“ das von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf dem Ärztetag vorgestellten Versorgungsgesetz ein „Ärzteversorgungsgesetz“. Bekanntlich sieht der Arbeitsentwurf des Versorgungsgesetzes eine finanzielle Ablösung von vakanten Arztsitzen in Ballungsgebieten vor, um punktuelle Überversorgung in städtischen Regionen zugunsten ländlicher Praxissitze abzubauen. Wie immer diese Ablösung einmal konkret ausgestaltet sein wird, eine entschädigungslose Wegnahme einer einmal erteilten Kassenzulassung sieht der Gesetzgeber nicht vor. Bei Schlenker findet das wenig Gnade: „Blass und halbherzig“ sei das, zitiert „facharzt.de“ wiederum das „Handelsblatt“.

In der Hauspostille der AOK, in „Gesundheit und Gesellschaft“ (Ausgabe 5/11), beharrt Jan Carels unter der Überschrift „Schrauben ohne Plan“ darauf, dass das Versorgungsgesetz an der von den Kassen in den Vordergrund gestellten „Fehlverteilung“ der Ärzte nichts Grundsätzliches verändere. Engpässe in der ambulanten Versorgung seien vielmehr allein Prognosen der KBV und der BÄK, die sich nicht

Redaktioneller Beitrag

bewahrheitet hätten. Und auch Nachwuchsprobleme aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzteschaft und des demographischen Wandels und der damit wachsenden Morbidität der Patienten sind demnach nicht in Sicht.

Die mehr oder weniger massive Kritik der Kassenvertreter am geplanten Versorgungsgesetz, das auf Seiten der Ärzte und jetzt auch auf dem Ärztetag auch deshalb auf vorsichtig freundliche Resonanz gestoßen ist, weil es eine ganze Reihe von Instrumenten bietet, dem Ärztemangel auf dem Land zu begegnen, legt die Annahme nahe, dass die Kassen weiter an ihrer ursprünglichen Linie festhalten, die seit April mit dem vergifteten Wort „Enteignung“ verknüpft bleibt.

Das Fatale ist, dass die Debatte auf der Ärzteseite auf eine Alterskohorte trifft, die noch unter ganz anderen Vorzeichen, in der Zeit der „Niederlassungsfreiheit“ ihre Arbeit als freiberuflicher Arzt begonnen hat, und jetzt, zermürbt von sich von Dekade zu Dekade beschleunigenden gesetzlichen Reglementierungen, das Ende ihres aktiven Arbeitslebens im Blick, zurecht alarmiert ist, wenn behauptet wird, auf ihre Kosten allein und vielleicht gar mit enteignungsgleichen Eingriffen, ließe sich eine rechnerische Über-, eine Unter- oder Fehlversorgung korrigieren. Auf einen so groben Klotz passt allein die Forderung des GNS – Sprechers Martin Wagner an seine Kollegen: „Auf die Barrikaden!“.

Friedrich Wilhelm Schwartz, Vorsitzender des Instituts für Gesundheitssystemforschung an der Universität Hannover hat auf dem Grünen Ärztetag Mitte Mai in Berlin eine differenzierte Debatte über die Ärzteversorgung gefordert und daran erinnert, dass deutsche Ärzte nach Angaben der IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) in der Woche durchschnittlich 242 Patienten behandeln. Kollegen in westeuropäischen Nachbarländern kommen wöchentlich auf 51 bis 171 Patientenkontakte. Auch das ist eine Antwort auf eine Therapie, die auf ein bloßes Hin- und Herschieben von Praxissitzen auf Kosten freiberuflich tätiger Ärzte setzt, wie sie exponierte Kassenvertreter vertreten.

Dr. Michael Häussler hat die gesetzliche Reglementierungen des ärztlichen Berufsalltags in den vergangenen 30 Jahren aufgelistet. Diese Chronologie zeigt deutlich, dass die gesetzlichen Vorgaben immer schneller überarbeitet werden:

1977 Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
1982 Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1983 und 1984 Haushaltsbegleitgesetze
1989 Gesundheitsreformgesetz
1993 Gesundheitsstrukturgesetz
1996 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
1997 Beitragsentlastungsgesetz
1998 GKV Finanzstärkungsgesetz
1999 GKV Solidaritätsstärkungsgesetz
2000 GKV-Gesundheitsreformgesetz
2001 Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen KV
2001 Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz
2001 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
2002 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs
2002 Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
2003 Beitragssicherungsgesetz
2004 und 2005 Gesundheitsmodernisierungsgesetz
2006 Gesundheitsreformgesetz
2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Mitglieds-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Vollständiger Name und Anschrift des Beitretenden/Mitglieds/Praxisstempel

Name _____ Telefon _____

Straße _____ E-mail _____

PLZ/Ort _____ Fax _____

Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen

☐ Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Genossenschaft.

GNS Mitgliedschaft ohne Risiko!

Der Beitritt zum Gesundheitsnetz Süd kostet Sie einmalig 500 Euro, es gibt keine Folgekosten (wie z. B. Beiträge).
Im Falle Ihres Austritts erhalten Sie die 500 Euro zurück.
Kein Risiko – Geld-zurück-Garantie!!!

Rückantwort bitte per Fax an
07391 5865451

TYP-1 UND TYP-2 DIABETES

Das ideale Team.

1fach lang. Und richtig schnell.

Lantus®: 1fach & effektiv!

- Mehr Sicherheit: Weniger Hypoglykämien vs. NPH-Insulin [1)]
- Mehr Betazellschutz – weniger Betazellstress vs. NPH-Insulin [2)]

Apidra®: schnell & effektiv!

- Schnellerer Wirkeintritt als Insulin lispro [3)]
- Reduziert oxidativen Stress am Gefäß (vs. Humaninsulin) [4)]

LANTUS® Insulin glargin

APIDRA® Insulinglulisin

1) Mullins P *et al. Clin Ther* 2007; 29: 1607–19 (Metaanalyse von 11 RCTs; n=5074; p < 0,05 für symptomatische und schwere Hypoglykämien vs. NPH-Insulin); 2) Forst T *et al. Diabetes Obes Metab* 2010; 12: 437–41 (Einzelcenter, offene, zweiarmige Parallelgruppen-Bestimmung des intakten Proinsulins bei 28 Typ-2-Diabetikern, Vortherapie: Metformin ± SH in stabiler Dosierung seit mind. 3 Monaten. Start einer Insulintherapie mit Lantus® (n=14) oder NPH-Insulin (n=14)); 3) Heise T *et al. Diabetes Obes Metab* 2007; 9: 746–753 (Randomisierte doppelblinde, cross-over euglykämische Glukose-Clamp-Studie mit 80 gesunden Probanden aus 4 BMI-Klassen à 20 Probanden); 4) Hohberg C *et al. Diabetes Care* 2008; 31: 1021–25 (Randomisierte Cross-over-Studie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes (n = 15) mit OAD-Therapie. Dosierung von Insulinglulisin bzw. Humaninsulin 0,1 E/kg KG vor einer standardisierten Testmahlzeit).

Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. SoloStar® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. OptiSet® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulin glargin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg). **Sonstige Bestandteile:** Zinkchlorid, m-Cresol, Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke, (Durchstechflasche 10 ml: Polysorbat 20). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. **Dosierung, Art und Dauer der Anwendung:** Lantus enthält Insulin glargin, ein Insulinanalogon mit einer lang anhaltenden Wirkdauer. Lantus sollte einmal täglich zu einer beliebigen Zeit, jedoch jeden Tag zur gleichen Zeit, verabreicht werden. Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung von Lantus sollten individuell festgelegt werden. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes kann Lantus auch zusammen mit oralen Antidiabetika gegeben werden. Lantus wird subkutan verabreicht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen:** Nicht das Insulin der Wahl bei diabetischer Ketoazidose. Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptomatik Pioglitazon absetzen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Einstichstelle, Lipohypertrophie. Gelegentlich: Lipoatrophie. Selten: Allergische Reaktionen, Ödeme, Sehstörungen, Retinopathie. Sehr selten: Myalgie, Geschmacksstörung. Im Allgemeinen ist das Sicherheitsprofil bei Kindern und Jugendlichen (≤18 Jahre) ähnlich dem bei Erwachsenen. **Gekürzte Angaben,** vollständige Information siehe Fachinformation, die wir Ihnen auf Wunsch gern zur Verfügung stellen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, **Postanschrift:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin. **Stand:** Januar 2011 (020728).

Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen SoloStar® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen OptiSet® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in der Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulinglulisin. **Zusammens.:** 1 ml Injektslsg enth.: Arzneil. wirks. Bestandt.: 3,49 mg Insulinglulisin, entspr. 100 E. **Sonst. Bestandt.:** Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbat 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser f. Injekt.zwecke. **Anw.-geb.:** Zur Behandl. v. Erw., Jgdl. u. Kdrn. ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandl. m. Insulin erforderlich ist. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandteile, Hypoglykämie. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Umstellg. auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztl. Überwachung. Gleichzeit. Behandl. mit oralen Antidiabetika ev. anpassen. Bei unzureich. Dos. od. Abbruch der Behandl. Hyperglykämie u. diabet. Ketoacidose mögl. Lange Diabetesdauer, intensivierte Insulinther., diabet. Neuropathie, Betablocker od. Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsympt. einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärkt. körperl. Aktivität od. Ernährungsumstellg., Krankheit od. seelischer Belastung kann Dos.-Anpassung erfordl. sein. Unbehandelte hypoglykäm. od. hyperglykäm. Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma od. zum Tod führen. Bei Kombin. m. Pioglitazon Herzinsuff. mögl., bes. b. Pat. m. Risikofaktoren. B. Verschlechterung d. kardialen Symptom. Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allerg. Reakt. hervorrufen. **Nebenw.:** Stoffwechsel, Ernähr.: Sehr häufig Glykämie. Haut, Unterhautzellgew.: Häufig Reakt. an der Injekt.stelle, lokale Überempfindl.reakt.. Selten Lipodystrophie. Allgemein: Systemische Überempfindl.reakt. **Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,** D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Januar 2011 (020767). AVS 213 11 011a-020839

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

iPhone, iPod touch sind Warenzeichen der Apple Inc., eingetragen in den USA und in anderen Ländern.

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Die neue Sozialministerin Katrin Altpeter zu GNS: Land unterstützt neue medizinische Versorgungsstrukturen

- Die flächendeckende Ärzteversorgung auf dem Land ist zunehmend gefährdet. Der Bund will mit dem Versorgungsgesetz gegensteuern. Was kann das Land flankierend beitragen?

Altpeter: Von einem generellen Versorgungsengpass können wir sicherlich nicht sprechen. Wir wollen aber dennoch mit einem Maßnahmenbündel gezielt der zunehmenden Unterversorgung – vor allem im ländlichen Raum – entgegen wirken. Dabei geht das Versorgungsgesetz, an dessen Entstehung die Länder mitgewirkt haben, in die gleiche Richtung. So sollen die Möglichkeiten der Länder, auf die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung Einfluss zu nehmen, gestärkt werden. Diese größeren Gestaltungsspielräume werden wir natürlich nutzen. Das gilt insbesondere für die Bedarfsplanung, die wir stärker nach den Bedürfnissen der jeweiligen Region ausrichten wollen. Das ist aber nur der erste Schritt. Mindestens ebenso wichtig ist es, die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit zu verbessern. Hier ist die Kassenärztliche Vereinigung bereits aktiv. In Kooperation mit den Krankenhäusern baut sie regionale Notfallpraxen auf, um so – gerade in ländlichen Regionen – besser geregelte Arbeitszeiten für die Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Mit dem vom Land geförderten Projekt „VerbundweiterbildungPlus“ soll die Ausbildung zum Allgemeinmediziner attraktiver werden. Aktuell sind 71 junge Ärztinnen und Ärzte in landesweit 25 Verbünde, die dem hausärztlichen Nachwuchs unter anderem die mühsame Suche nach Weiterbildungsstellen abnimmt, eingeschrieben – mit steigender Tendenz. Diesen erfolgreichen Ansatz wollen wir weiter ausbauen.

- Welche Rolle messen Sie dabei neuen Organisationsformen wie den MVZs zu. Ihre Partei, die SPD, verspricht hier Unterstützung durch das Land. Wie sieht die aus?

Altpeter: Baden-Württemberg soll eine Vorreiterrolle in der Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen einnehmen. Die „Landarztpraxis“ der Zukunft wird mit dem „Landarzt“, wie wir ihn heute kennen, nur noch wenig Ähnlichkeit haben: Speziell der Hausarzt wird sich zum Teamplayer entwickeln, der als Koordinator die Grundversorgung der Bevölkerung auf dem Lande organisiert. Dabei wird er durch angestellte Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachangestellte und Telemedizin unterstützt und entlastet. Speziell auf die Strukturen im ländlichen Raum wird es Ärztezentren geben, in denen Hausärzte mit Fachärzten, die im Rahmen einer Nebenbetriebsstätte an mehrere Orten ihre Beruf ausüben, zusammen arbeiten werden. Dabei wird das Land über das Aktionsprogramm „Landärzte“ insbesondere innovative und familienfreundliche Modelle ärztlicher Versorgung im ländlichen Raum fördern und stellt hierzu bis zu 200.000 Euro je Projekt bereit.

- Patientenversorgung auf dem Land lässt sich auch durch eine elektronische Vernetzung fördern. Gibt es dazu Pläne in Ihrem Haus?

Altpeter: Hierzu gibt es bereits ein Förderprogramm der Landesregierung, für das eine Million Euro zur Verfügung steht. Damit sollen die Grundlagen zur flächendeckenden Einführung von Telemonitoring-Strukturen in Baden-Württemberg geschaffen werden. Dabei geht es beispielsweise darum, konkrete Empfehlungen von praxisorientierten Konzepten und Rahmenbedingungen für Telemonitoring- und Telemedizinprojekte auszuarbeiten, die sich besonders für die Unterstützung regionaler Versorgungs-Netzwerke im ländlichen Raum eignen.

- Große Teile der niedergelassenen Ärzte stehen der E-Card zumindest skeptisch, wenn nicht ablehnend gegenüber. Haben Sie dafür Verständnis?

Altpeter: Ich habe Verständnis, dass sich Teile der Ärzteschaft noch skeptisch zeigen. Wie in anderen Bereichen nimmt aber auch in der Medizin die Spezialisierung zu. Deswegen wird der Aufbau einer Telematikinfrastruktur immer wichtiger. Dabei ist ein zeitnaher Zugang zu den medizinisch relevanten Informationen ein bedeutender Beitrag zur Verbesserung der

medizinischen Versorgung. Ohne moderne Informations- und Kommunikationstechnologien ist das jedoch kaum möglich. Bei der schrittweisen Einführung der eGK ist nicht daran gedacht, Gesundheitsdaten zu speichern.

- Eine Vernetzung ambulanter und stationärer Medizin soll die Versorgung stabilisieren helfen. Gibt es Modelle, die Sie weiter empfehlen?

Altpeter: Die Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungserbringer kann dabei helfen, echte Versorgungslücken zu erkennen und ärztliche Ressourcen besser zu verteilen. Das ist dann unter Umständen auch sektorenübergreifend sinnvoll. Dass ein solcher Ansatz gelingen kann, zeigt das bundesweit beachtete Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal". Wir wollen, dass das Kinzigtal nicht die einzige Region bleibt, in der Leistungserbringer erfolgreich sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Auch deshalb beabsichtigten wir, einen sektorenübergreifenden beratenden Beirat für die Bedarfsplanung einzurichten. Ziel des Landesbeirats ist es, eine institutionalisierte Plattform für den Austausch und die Mitgestaltung der neuen, flexibleren Bedarfsplanung auf Landesebene, den an der Bedarfsplanung Beteiligten zu bieten. Dabei steht der Erhalt einer flächendeckenden Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Vordergrund.

- Sie haben aufgrund Ihrer beruflichen Herkunft sicher auch die Pflege im Fokus. Bayern plant eine Pflegekammer. Ist das ein Weg, den Pflegebereich organisatorisch zu stärken?

Altpeter: Die Errichtung einer Pflegekammer führt zu einer Zwangsmitgliedschaft des betroffenen Personenkreises. Deshalb müssen die Vor- und Nachteile sorgfältig abgewogen werden. Das werden wir tun.

Ein Beitrag von Dr. Klaus Lenz

Neue orale Antikoagulanzien – werden sie die Vitamin-K-Antagonisten verdrängen?

Vitamin K-Antagonisten wie Phenprocoumon (Marcumar®, Phenpro, Falithrom o.ä.) reduzieren das Risiko eines Schlaganfalls bei Patienten mit Vorhofflimmern um 1/5tel – allerdings um den Preis eines erhöhten Blutungsrisikos. Die Einnahme der bekannten Antikoagulanzien erfordert jedoch regelmäßige Gerinnungskontrollen und Dosisanpassungen; zudem müssen Arznei- und Nahrungsmittelinteraktionen berücksichtigt werden.

Seit letztem Jahr ist Bewegung in den Markt der Gerinnungshemmer gekommen. Auslöser sind zwei neue peroral verfügbare Arzneistoffe, die direkt in die Gerinnungskaskade eingreifen. Dabigatran (Pradaxa®) ist ein direkter Hemmstoff des Faktors II (Thrombin), während sich Rivaroxaban (Xarelto®) gegen den Faktor Xa richtet.
Die Daten, basierend auf der RE-LY-Studie, haben in den USA und Kanada bereits 10/2010 zur Zulassung des Wirkstoffs Dabigatran bei Vorhofflimmern geführt. Die ROCKET-AF-Studie, vorgestellt auf dem Kongress der American-Heart-Association (AHA) in Chicago 11/2011, bestätigt das Ergebnis für Rivaroxaban. Außerdem laufen Studien mit den Wirkstoffen Apixaban und Endoxaban, zwei orale direkte Faktor Xa-Hemmer.

Die Dabigatran-Tagesdosis beträgt in Abhängigkeit von der Nierenfunktion 2 x 75 bzw. 2 x 150 mg täglich. Bei Rivaroxaban wird eine Einmaldosis von 15-20 mg beschrieben Ein Gerinnungsmonitoring ist bei beiden Medikamenten nicht erforderlich. Vorteilhaft an den neuen Gerinnungshemmern ist es, dass die Blutgerinnung nach Ablauf von 12 bis 24 Stunden wieder normal ist. D. h. notwendige operative Eingriffe sind planbar und kurzfristig möglich. Ein wesentlicher Nachteil ist, dass noch kein Antidot zur Verfügung steht.

Im Vergleich zu den bisher zugelassenen Antikoagulanzien besteht eine mindestens so gute Wirksamkeit hinsichtlich der Schlaganfallprophylaxe, aber es kommt nach bisheriger Studienlage zu weniger bedrohlichen Blutungskomplikationen.
Mitentscheidend wird der Preis für die Arzneimittel bei Markteinführung sein. Bei momentanen Tagestherapie-Kosten von ca. 0,25 € für die Therapie mit Phenprocoumon werden die aktuellen Tagestherapie-Kosten mit Dabigatran für die zugelassene Indikation VTE-Prophylaxe nach Hüft- und Kniegelenksersatzoperationen von 6,82 € kein realistischer Ansatz sein können.

Auf längere Sicht könnten die peroralen, direkten Thrombin-Inhibitoren oder die Faktor Xa-Hemmer die oralen Antikoagulanzien in der Thromboembolieprophylaxe bei Vorhofflimmern ersetzen. Mit der Zulassung für die neue Indikation wird in der 2. Jahreshälfte gerechnet.

Allerdings werden die langjährig erprobten Vitamin-K-Antagonisten weiterhin die Basis der oralen Antikoagulationstherapie darstellen, bis offene Fragen z. B. bezüglich der unzureichenden Therapieadhärenz (Abbruchrate bis 20%) oder existierende Arzneimittelinteraktionen der neuen Konkurrenzprodukte beantwortet sind.

Praxis

Ein Beitrag von Wolfgang Bachmann, GF der Medizin QM GmbH & Co. KG

QM-Check gibt Sicherheit

Mehr als 3.300 Arztpraxen haben ihr QM-System unter Moderation der Fa. Medizin-QM GmbH & Co. KG entwickelt. Jetzt hat Medizin-QM ein Instrument geschaffen, das allen Ärzten hilft, die geforderte Selbstbewertung durchzuführen und die Stärken und Schwächen des eigenen QMS zu ermitteln. Durch unsere langjährige Kooperation mit Medizin-QM ermöglicht die Firma den ersten 50 Lesern dieses Beitrags eine kostenfreie Nutzung des Checks.

Mit dem GKV Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 wurden alle „Leistungserbringer" zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. Der Einführungsprozess endet mit individuellen Selbstbewertungen. Obwohl Qualitätsmanagement in den vergangenen Jahren immer klarer die Strukturen und Anforderungen an Praxen durch die unterschiedlichen Systeme wie QEP®, KPQ, DIN ISO u.a. transparent wurden und der GemBA in der Qualitätsmanagementrichtlinie eindeutige Anforderungen an Elemente und Instrumente des QM in Arztpraxen formuliert hat, ist es ohne Unterstützung und Hilfsmittel nicht möglich, die geforderte Selbstbewertung durchzuführen. Mittels des MedQM-Check kann überprüft werden, ob und in wie weit die QM-Implementierung in der einzelnen Praxis fortgeschritten ist. Der Check ist lösungsorientiert aufgebaut, d.h. für sämtliche noch zu erfüllenden Anforderungen werden dem Nutzer Beispiele oder Instrumente angeboten.

Der MedQM-Check umfasst alle Bereiche des Qualitätsmanagements in der Praxis. Der Nutzer kann vor Einstieg in den Check entscheiden, ob er als Referenz die Mindestanforderungen des GemBA oder die aufwändigeren Anforderungen von Systemen wie QEP® oder DIN ISO 9001 zugrunde legen möchte. Die Beantwortung der Fragen dauert zwischen 20 und 40 Minuten und kann in einem Zug oder in Etappen durchgeführt werden. Zwischenergebnisse können gespeichert werden. Die Ergebnisse des Checks werden dem Anwender per E-Mail als Word- und Excel-Datei übermittelt. Diese sind als Maßnahmenpläne aufgebaut mit vielen Links und Verweisen auf direkt anwendbare QM-Verfahrensanweisungen, -Hilfsmittel und Beispiele. Der MedQM-Check lag der KVBW zur Prüfung vor und wurde für gut befunden. Die ersten 50 Anwender können den MedQM-Check kostenfrei nutzen.

Also seien Sie schnell, gehen auf www.medqm-check.de und benutzen Sie dort die TAN „GNSued2011".

Med QM CHECK
Ihr Online-Analyse-Tool

Arco
VerrechnungsSysteme GmbH
Rechenzentrum für Ärzte und Kliniken

Als eines der bundesweit führenden Abrechnungszentren für Ärzte und Kliniken sind wir weiter auf Erfolgskurs.

Sie suchen Qualität in der Abrechnung und persönliche Betreuung?

Als empfohlener **Partner des Gesundheitsnetz Süd eG** erhalten Sie als GNS-Mitglied eine Abrechnungsgebühr von

0,95% vom Umsatz*

So wirtschaften Sie optimal für Ihre Praxis oder Ihr Krankenhaus.

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht.

*zzgl. einer Portopauschale von 1,35 EUR

Arco VerrechnungsSysteme GmbH
Rechenzentrum für Ärzte und Kliniken
Hindenburgstraße 23a · 21335 Lüneburg
Tel. 0 41 31 - 26 37 - 0 · Fax 0 41 31 - 26 37 - 500

www.arcogmbh.de

Ein Beitrag von Dr. Wolfgang Röhm, Bad Saulgau (SIG-NAL)

Der Hausärztemangel ist inzwischen im ländlichen Raum bereits Realität, auch wenn dies von Kassenfunktionären weiterhin negiert wird.

Zum einen wird dadurch allgemein der Versorgungsdruck auf die verbleibenden Praxen erhöht, zum anderen wird es zunehmend schwieriger, eine flächendeckende Notfallversorgung zu organisieren.
Ausgehend von der o.g. Problematik wurden Anfang des vergangenen Jahres durch die Vorsitzende der Kreisärzteschaft Sigmaringen, Frau Dr. Boellaard, die Notfallkoordinatoren aus Bad Saulgau und Umgebung zu Sondierungsgesprächen bezüglich Einrichtung einer zentralen Notfallpraxis in Bad Saulgau eingeladen.

Nach mehreren Treffen und ausführlicher Beratung durch Herrn Thomas Walter, unter anderem Vorstandsmitglied der Notfallpraxis Stuttgart, erschien das Vorhaben realisierbar. Nachdem der Geschäftsführer der Kliniken Landkreis Sigmaringen, Herr Römpp, ebenfalls seine Kooperationsbereitschaft signalisiert hatte, konnte die Phase der konkreten Planungsumsetzung beginnen.
Die bisherigen Notfalldienstbezirke Altshausen-Aulendorf, Bad Saulgau und Herbertingen-Mengen sollten im Rahmen der Notfallpraxis zusammengelegt werden, weshalb vor weiteren konkreten Schritten sämtliche Kolleginnen und Kollegen aus diesen Bezirken zu einer Vollversammlung eingeladen wurden, um grundsätzlich über die Einrichtung einer Notfallpraxis abzustimmen, was mehrheitlich erfolgte.
Nachdem sich in Nordwürttemberg ein Verein als Träger einer Notfallpraxis seit Jahren bewährt hat, wählten wir ebenfalls diese Organisationsform und gründeten entsprechend den Vorgaben des Vereinsgesetzes den Verein „Notfallpraxis Bad Saulgau e.V.“
Das Team des Vereinsvorstandes hatte in der zweiten Jahreshälfte 2010 dann reichlich zu tun, unter anderem wurde ein Kooperationsvertrag mit den Kliniken Landkreis Sigmaringen geschlossen (Praxisräume, EDV-Nutzung, usw.), medizinische Fachangestellte wurden eingestellt, Ausrüstungs- und Organisationspläne wurden erarbeitet, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit war erforderlich. Die Notfalldienst-Rufnummern der bisherigen Bezirke mussten erhalten bleiben, um den Abenddienst unter der Woche wie bisher zu organisieren, an den Wochenenden und Feiertagen werden durch TeleConsult die drei bisherigen Nummern jeweils auf die Notfallpraxis geschaltet.
Pünktlich zum 01.01.2011 konnte die Notfallpraxis dann ihren Betrieb aufnehmen, wobei folgendes Procedere gewählt wurde: Es sind pro Dienst jeweils zwei Kollegen/innen eingeteilt, ein sogenannter Sitzdienst für die Versorgung der Notfallsprechstunden (9.00 bis 12.00 und 16.00 bis 19.00) und ein Fahrdienst für die Hausbesuche. Jeweils um 22.00 endet der Sitzdienst und der Fahrdienst übernimmt zusätzlich über Nacht die Versorgung der Notfallpraxis.
Die Notfallpraxis erhielt von der KV eine eigene Abrechnungs-, Betriebsstätten- und Arztnummer und der Trägerverein rechnet mit KV und Privatpatienten ab. Die Diensthabenden arbeiten auf Honorarbasis, wobei sich der Stundensatz am erzielten Umsatz orientiert.
Die bisherigen Dienste verliefen zufriedenstellend bis auf gelegentliche EDV-Probleme.

ANZEIGE

Natriumpicosulfat: Wirksam und verträglich bei chronischer Obstipation

Eine anhaltende Verstopfung kann die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken. Zeigen Allgemeinmaßnahmen nicht den gewünschten Erfolg, sind Laxanzien indiziert. Besonders geeignet ist Natriumpicosulfat, das bei guter Verträglichkeit die Zahl der Stuhlgänge signifikant erhöht.

Hinter einer Verstopfung steckt meist ein multifaktorielles Geschehen: Ernährungsfaktoren – zu geringe Ballaststoff- und Flüssigkeitszufuhr – sowie mangelnde körperlicher Aktivität, können ebenso wie neurologische, endokrine, metabolische und psychiatrische Erkrankungen hinter einer chronischen Obstipation stecken. Aber auch viele Arzneimittel können Ursache einer Verstopfung sein. Dabei spielen neben Opioiden Neuroleptika (z.B. Clozapin), Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Desimipramin, Citalopram), Calcium-Antagonisten (z.B. Verampamil), NSAR (z.B. Ketoprofen, Piroxicam), Dopaminantagonisten (z.B. Bromocriptin), der Lipidsenker Colestyramin und eine Reihe weiterer Wirkstoffe eine zentrale Rolle.

Die häufig zur Therapie der chronischen Obstipation empfohlenen Basismaßnahmen (erhöhte Ballaststoff- oder Flüssigkeitszufuhr, gesteigerte körperliche Aktivität) zeigen oft nicht den gewünschten Erfolg, sollten aber im Patientengespräch erwähnt werden. Hohe Erfolgsraten werden dagegen mit Natriumpicosulfat (z.B. Laxans-ratiopharm®) erzielt.

Der Effekt von Natriumpicosulfat ist gut steuerbar: Die klare farblose und geschmacksneutrale Lösung wird am besten abends vor dem Schlafen gehen eingenommen, die Wirkung tritt in der Regel nach zehn bis zwölf Stunden ein. Die Substanz ist gut verträglich, Blähungen treten weniger häufig auf als unter Lactulose. Die Tropfen (7,5 mg/ml) können individuell nach Bedarf dosiert werden.

Eine aktuelle Studie (Gastroenterology 2010; 105:897-903) bestätigt die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie mit Natriumpicosulfat: Bei regelmäßigem Gebrauch über vier Wochen konnte in der doppelblinden, randomisierten und plazebokontrollierten Untersuchung eine signifikante Steigerung der Stuhlgänge pro Woche erreicht werden. Eine Toleranzentwicklung trat dabei ebenso wenig auf wie ein relevanter Flüssigkeits- und Elektrolytverlust.

Verstopfung?
Dafür gibt's doch ratiopharm.

Laxans-ratiopharm® Pico Tropfen.

- Schonend zum Magen
- Nach Bedarf tropfgenau zu dosieren
- Planbarer Wirkungseintritt

Fragen Sie in Ihrer Apotheke nach ratiopharm.
www.ratiopharm.de

Jetzt in innovativer Tropftube!

ratiopharm
Gute Preise. Gute Besserung.

Laxans-ratiopharm® 7,5 mg/ml Pico Tropfen zum Einnehmen, Lösung. **Wirkstoff:** Natriumpicosulfat. **Anwendungsgebiete:** Zur kurzfristigen Anwendung bei Verstopfung sowie bei Erkrankungen, die eine erleichterte Stuhlentleerung erfordern. **Warnhinweis:** Dieses Arzneimittel enthält Sorbitol. **Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.** Stand: 4/10. **ratiopharm GmbH,** 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Marvin Oppong

Projektleiter mit Doppelrolle

Ein Projektleiter des teilstaatlichen Projekts Gesundheitskarte ist gleichzeitig Inhaber einer Firma, die Software für die Gesundheitskarte herstellt – und von der Doppelfunktion profitiert.

Aktuell wird die elektronische Gesundheitskarte in sieben ausgewählten Testregionen erprobt. Eine davon ist Flensburg, wo bereits ein schleswig-holsteinisches Modell der elektronischen Gesundheitskarte in der Praxis getestet wurde. Zuständig für die dortigen Testläufe ist die ARGE eGK.SH GmbH mit Sitz in Kiel. Die Firma wird getragen von mehreren gesetzlichen Krankenkassen wie der BarmerGEK oder der DAK, aber auch von der Ärztekammer, dem Apothekerverband und der KV in Schleswig-Holstein.

Ungewöhnlich an der Konstruktion der ARGE ist jedoch ein besonderer Umstand: Der Projektleiter für die Gesundheitskarte der ARGE, Jan Meincke, übt eine fragwürdige Doppelfunktion aus. Meincke ist nicht nur seit Januar 2007 als Projektleiter der ARGE für die Testläufe in Schleswig-Holstein verantwortlich – er ist darüber hinaus Inhaber der Firma Medisoftware, die ein Softwareprogramm für Arztpraxen anbietet. Genau dieses Programm, das „Praxisprogramm“, wurde in den drei Testläufen zur Gesundheitskarte nicht nur in Schleswig-Holstein, sondern bundesweit in allen Testregionen eingesetzt. Auch im Projektbüro der ARGE griff man auf das „Praxisprogramm“ zurück. Geht es nach Medisoftware, soll das Programm dauerhaft im ganzen Bundesgebiet in Verbindung mit der elektronischen Gesundheitskarte eingesetzt werden.

Als Projektleiter der ARGE eGK.SH obliegt Meincke unter anderem die Abstimmung mit ARGE-Gremien in den verschiedenen Teststufen der Gesundheitskarte. Daneben genießt Meincke das Privileg, in den Gremien der Gematik mitzuarbeiten. Da sein Projektbüro als Schnittstelle zwischen den Gremien der ARGE und der Gematik fungiert, besetzt Meincke eine wichtige Schlüsselfunktion.

In einem Testbericht der Gematik taucht Meincke als „Autor“, allerdings nicht als ARGE-Projektleiter, sondern als Medisoftware-Chef auf. Zumindest im Februar nutzte die Firma Medisoftware in Kiel sogar dieselbe Hausadresse wie die ARGE eGK.SH. Meincke selbst sieht in seiner Doppelfunktion keinen Interessenkonflikt. Über den Geschäftsführer der ARGE ließ er mitteilen, dass eine „Trennung der Aufgaben existiere“. Zudem liege es „den Gesellschaftern der ARGE eGK.SH GmbH gerade an einer lösungs- und praxisorientierten Testung der eGK und deren Funktionen“, so ARGE-Geschäftsführer Karsten Pelzer.

Allerdings räumt Meincke selbst ein, dass er durch seine Doppelfunktion „zeitweise Zugriff auf Informationen vor ihrer Veröffentlichung“ hat – ein klarer Wettbewerbsvorteil für seine Firma Medisoftware. Um welche Art von Informationen es sich dabei genau handelt, wollte Meincke auf Anfrage nicht mitteilen.

Pikant dürfte auch eine Klausel in einem Vertrag sein, den die ARGE eGK.SH, wie auch ihre Entsprechungen in den anderen Testregionen, mit der Gematik geschlossen hat. In dem Vertrag ist unter dem Punkt „Wettbewerbsneutralität“ in Bezug auf Unternehmen, die sich um Dienste im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte bewerben, geregelt: „Vertreter der Industrie sollen […] keinen wettbewerbswidrigen Einfluss auf materielle Entscheidungen der Arbeitsgemeinschaften nehmen und auch sonst keine ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteile durch Informationen aus der Durchführung dieses Vertrages erhalten“. Als Projektleiter der ARGE hat Meincke jedoch – wie er selbst einräumt – Zugang zu Wissen, das Konkurrenten seiner Firma Medisoftware nicht haben.

Zudem heißt es in dem Vertrag, kein sich um Leistungen bewerbendes Unternehmen solle „dadurch einen Vorteil erlangen, dass es vom jeweiligen Vertragspartner bereits vor dem Abschluss dieses Vertrages in Vorarbeiten einbezogen wurde“. Dadurch, dass Meincke in Personalunion ARGE-Projektleiter und Inhaber von Medisoftware ist, ist sein Unternehmen in seiner Person jedoch unfreiwillig Gegenstand der Vorarbeiten geworden.

Ein Beitrag von Wilfried Maier

Mehrwert durch Mitarbeitermotivation – Haftungsfalle für den Arbeitgeber

Nach wie vor verhalten sich noch viele niedergelassene Ärzte in Sachen „Rechtsanspruch des Arbeitnehmers auf Entgeltumwandlung“ passiv und bringen sich dabei vermutlich unbewusst in eine Haftungsfalle.
Kann nämlich der Arbeitgeber nicht nachweisen, dass er seine Mitarbeiter über die Form der staatlichen Förderung informiert hat, könnte er für die nicht umgewandelten Steuer- und Sozialversicherungsbeträge schadenersatzpflichtig gemacht werden.
Zum bestehenden Recht ist seit 1. April 2008 der neue „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung“ für das Personal in Arztpraxen in Kraft. Mit ihm wurde erstmals verpflichtend ein Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Altersversorgung, sowie ein Zuschuss des Arbeitgebers zur Entgeltumwandlung eingeführt.
Zum 01.07.2011 erfolgt nun dazu die erste verbindliche Anpassung.
Auf der Homepage des GNS **www.gnsued.de** kann die Neuregelung in tabellarischer Kurzfassung herunter geladen werden.
Durch den Tarifvertrag wollen die Tarifvertragsparteien einen Beitrag zur Zukunftssicherung von medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen im Alter leisten und zugleich zur Attraktivitätssteigerung des Berufs beitragen, weil die ambulante Versorgung der Zukunft durch niedergelassene Ärzte u.a. nur mit qualifiziertem und engagiertem Personal in ausreichender Anzahl zu gewährleisten ist.
Durch die so genannte betriebliche Altersversorgung entsteht damit ein echter Mehrwert, weil sowohl Arbeitgeber, als auch der Arbeitnehmer Kosten/Ausgaben einsparen. Nicht zu unterschätzen sind die Mitarbeiterbelohnung, Mitarbeitermotivation, Verringerung der Fluktuation, Verlust von know-how und damit letztendlich auch die Attraktivität der Arztpraxis.
Es sind drei Umsetzungsvarianten möglich:
1. Zusätzlich zu den vermögenswirksamen Leistungen (vL): der neue Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Versorgung.
2. Anstatt der vL: Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Versorgung aus dem ursprünglichem vL- Betrag, plus erspartem bisherigen Arbeitgeberanteil an den Sozialabgaben für die vL, plus 1. Variante
3. Bei zusätzlicher Entgeltumwandlung der Mitarbeiterin: zusätzlich 20% des Umwandlungsbetrages (entspricht erspartem Arbeitgeberanteil an den Sozialabgaben für den bisher ausgezahlten und nunmehr umgewandelten, sozialversicherungsfreien Gehaltsteil), mindestens jedoch 10 Euro als Arbeitgeberzuschuss zur Entgeltumwandlung.

Gerade die 3. Variante ist für den Arbeitgeber ein Nullsummenspiel und ermöglicht dem Arbeitnehmer mit geringem Nettoaufwand eine enorme private Rentenansparung.
Verdient ein Arbeitnehmer z.B. 1.700 Euro brutto in Steuerklasse I und zahlt davon 220 Euro in die bAV ein, dann zahlt er bei Nutzung aller drei Umsetzungsvarianten selbst nur ca. 50 EUR.

Die richtige Gestaltung sichert Ihnen den geringsten Aufwand für den maximalen Ertrag.
Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auch auf unsere Gesamtversicherungsanalyse mit vielen Vorzugskonditionen.

☐ **Ja, ich interessiere mich für eine unverbindliche Angebotsanforderung und bitte um Kontaktaufnahme.**

Bitte Refax an 07391 5865451

Praxisstempel

Grundlage für Existenz des BVÄG nach wie vor hochaktuell!

„perspectiv“ im Interview mit dem BVÄG-Vorsitzenden Dr. Gunnar Herberger

■ Der Ende 2005 gegründete Bundesverband der Ärztegenossenschaften e. V. (BVÄG) wählte im Februar seinen neuen Vorstand. Der BVÄG vertritt die gemeinsamen Interessen der Ärztegenossenschaften nach außen. Er dient der Stärkung der im Bundesverband beteiligten Genossenschaften durch unterstützende Basis- und Strukturarbeit, heißt es in der Präambel des Verbandes. Als weitere Aufgaben wurden zum Zeitpunkt der Gründung genannt: Die Entwicklung von Strategien, die für alle Mitglieder des Vereins umgesetzt werden können; die Unterstützung der Aktivitäten der einzelnen Genossenschaften durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit; die Verhandlung von Verträgen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten sowie die Förderung des genossenschaftlichen Grundgedankens. „perspectiv“ sprach mit dem neuen BVÄG-Vorsitzenden Dr. Gunnar Herberger, FA für Allgemeinmedizin im rheinland-pfälzischen Deidesheim, über die Möglichkeiten des BVÄG in Gegenwart und Zukunft:

Herr Dr. Herberger, der BVÄG hat einen langen Leidensweg hinter sich. Dabei wurde der Verband auch schon einmal totgesagt und reanimiert. Wie steht es aktuell um den „Patienten“ namens BVÄG?

G. Herberger: Die Genossenschaften, und mit ihnen später der Wunsch nach einer kraftvollen bundesweiten Vertretung, sind gegründet worden, weil in den einzelnen Praxen konkrete Missstände oder Probleme herrschen, die seit Jahren von Politik und KV nicht gelöst werden. Für die Ärzte, die Mitglieder der einzelnen Genossenschaften sind, hat sich an der Problematik bis jetzt meistens leider nichts verändert. Insofern ist die Grundlage für

Dr. Gunnar Herberger

das Bestehen des BVÄG nach wie vor hochaktuell und die Notwendigkeit die oben genannten Ziele umzusetzen, dringender denn je. Die genannten Ziele sind sehr umfangreich und auch sehr ambitioniert. Ich kann derzeit feststellen, es ist für die niedergelassenen Ärzte bereits ein Erfolg, überhaupt eine bundesweit agierende Organisation zu haben. Das darf man nicht vergessen. Insofern ist der BVÄG kein wirklicher Patient. Er muss vielleicht etwas mehr zu sich selber finden, wissen wo seine Stärken liegen können und auf dieser Basis etwas strukturierter vorgehen. Die Erfolge unserer Organisation sind von ihrer inneren Stärke und auch von den äußeren Umständen abhängig; diese sind zurzeit denkbar widrig.

Welche Umstände sind das konkret?

G. Herberger: Das sind vor allem die im Jahresrhythmus wechselnden Gesetzgebungen, die Zementierung der durch den Körperschaftsstatus vorgegebenen Struktur von Kassen und KV, das sind aber auch innerärztliche Grabenkämpfe und die deutliche Ermüdung der ärztlichen Basis durch überbordende Bürokratisierung. Alles das macht es sehr schwer, schnelle und konkrete Erfolge vorweisen zu können. Erfolge können aus meiner Sicht auch in Zukunft nur dann erzielt werden, wenn der BVÄG eine Position bekommt, in der er mehr Eigenständigkeit und mehr Wertigkeit bekommt.

Mangelt es nicht auch daran, dass sich der BVÄG und seine Mitglieder nicht mehr so recht mit den Zielen identifizieren?

G. Herberger: Bis jetzt ist die Position des BVÄG wohl eher die eines Lobbyisten, dessen Stimme im Wirrwarr der gesundheitspolitischen Diskussion auch sehr schnell verhallen kann. Doch die Öffentlichkeitsarbeit ist sicherlich einer der Pfeiler, die wesentlich verbessert werden müssen. Die Transparenz des Geschehens muss gestärkt werden und die Informationen an die einzelnen Praxen müssen zeitnäher und umfangreicher erfolgen. Die Basis muss stärker eingebunden werden, und so wird sich auch unsere Außenwirkung verbessern. Dann wird auch eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit möglich sein.

Viele positive Ansätze, die teils auf eine Neuausrichtung des BVÄG hinaus liefen, wurden aus mehreren Gründen nicht weiterverfolgt. Eine Vereinigung wie der BVÄG ist doch nur dann effektiv, wenn sie auch aktiv ist. Was sollte deshalb unbedingt unternommen werden?

G. Herberger: Vielleicht waren es bisher zu viele Ansätze, denen man folgen wollte. Es ist jetzt klar, dass sich der BVÄG nicht in das operative Geschäft der einzelnen Genossenschaften einmischen wird. Operativ tätig werden kann der BVÄG nur auf strategischen Gebieten, wie z. B. Versorgungsforschung oder auch EDV-Vernetzung der Praxen. Aktivitäten auf solchen Gebieten würden aus meiner Sicht auch nachhaltig die Position des BVÄG stärken. Genau das brauchen wir. Wir müssen unabhängiger werden von den jeweiligen Vorgaben, die uns vom Gesetzgeber oder vor den Krankenkassen vor die Füße geworfen werden. Wir brauchen eine Eigenständigkeit, die die Leistungsfähigkeit der ambulanten Medizin darstellt und so die Berechtigung unserer Ziele klar werden lässt. Dann wird es möglich sein, unsere Forderungen mit Druck vorbringen zu können. Im übrigen denke ich, dass es nicht zielführend ist, hier sehr konkrete Forderungen zu formulieren. Beispiele wären die Kostenerstattung oder auch die flächendeckende Versorgung mit Vollversorgungsverträgen. Wir können und wir werden diese Ziele verfolgen; aber damit begeben wir uns derzeit in einen Bereich, in dem wir sehr schnell zum Spielball der massgeblichen Akteure, sprich Kassen und Politik, werden, da wir keine wirkungsvollen Mechanismen haben, unseren Forderungen Konsequenzen folgen zu lassen. Die Aktivitäten des BVÄG müssen nachhaltiger und damit auch langfristiger angelegt werden. Mit kurzfristigen Erfolgen ist leider nicht zu rechnen.

Allein die Schlagkraft als gesundheitspolitisches Sprachrohr kann doch nicht Sinn und Zweck des BVÄG sein. Müssen nicht auch wirtschaftliche bzw. versorgungsvertragsrechtliche Aspekte durch eine aufbauende Infusion, um beim Patientenbild zu bleiben, verstärkt in Angriff genommen werden?

G. Herberger: Der BVÄG ist eingetragener Verein. Dies ermöglicht eine schlanke und kostensparende Struktur. Ein wirklich schlagkräftiges gesundheitspolitisches Sprachrohr zu sein, würde ich sehr begrüßen und das ist eines unserer Ziele! Ich ergänze das, was ich soeben bereits zu den Versorgungsverträgen sagte: Das Ziel, dass der BVÄG als Vertragspartner für bundesweit geltende Verträge auftritt, wurde ja deshalb, vor allem in der Mitgliedschaft im BVMG zusammen mit MEDI und dem NAV, verfolgt. Aber auch hier kam es zu keinen bedeutenden Verträgen, weil wir hundertprozentig von den laufend wechselnden Vorgaben des Gesetzgebers und dem Wohlwollen der Vertragspartner abhängig sind. Das geht allen bundesweit agierenden Ärzteorganisationen so. Die Voraussetzung für Versorgungsverträge ist eine wesentlich bessere Struktur. Diese werde ich versuchen innerhalb der nächsten Jahre zu schaffen.

Impressum

Inhaltlich verantwortlich für die beiden Seiten „perspectiv“: BVÄG e. V. sowie Q-Pharm AG. Redaktion: Textagentur Caspari (E-Mail: info@penelope-pr.de)

Interessiert an „perspectiv“?

Sie finden die kompletten „perspectiv“-Ausgaben der Ärztegenossenschaften über die Internet-Seite von

www.q-pharm.de

Dialogpartnerinnen mit neuer Betreuung!

Helga Schilk ist jetzt zentrale Ansprechpartnerin

■ Alles neu und doch auch nicht ganz so neu: Als zentrale Ansprechpartnerin bei der Q-Pharm AG für die Dialogpartnerinnen fungiert ab sofort die Netzwerkkoordinatorin Helga Schilk. Sie ist selbst schon

Helga Schilk

seit Stunde Null ein Teil des Dialogpartnerinnenprogramms und übernimmt nun die bundesweiten Aufgaben von Katja Backen, die das Programm mit aufgebaut und betreut hat. „Sie hinterlässt mir ein gut bestelltes Feld und eine hochinteressante Aufgabe“, so Helga Schilk zuversichtlich. „Ich freue mich darauf, mit den Dialogpartnerinnen etwas für unsere Arztpraxen zu bewegen.“

Bei der Abwicklung wird die erfahrene Netzkoordinatorin im Hintergrund vom Team des genossenschaftseigenen Mediendienstleisters mediageno sowie weiterhin von der Q-Pharm-Vertriebszentrale in Flensburg unterstützt. mediageno wird künftig mit den Dialogpartnerinnen auch den Weg ins Internet finden. Geschäftsführerin Miriam Quentin dazu: „Zur Zeit arbeiten wir an einem spannenden, großen Portal, auf dem die Dialogpartnerinnen auch verstärkt untereinander ins Gespräch kommen können. Wir werden einige der Kommunikationswege ins Netz bringen und dabei alle mitnehmen.“

Im Bereich des GNS ist Dorothee Enderle von der Ärzte Service GmbH für die Betreuung der Dialogpartnerinnen zuständig. Für Fragen und Anliegen der bundesweiten Dialogpartnerinnen-Fortbildung können Interessenten aus den Praxen die mediageno-Mitarbeiterin Birgit Barth ansprechen:
Tel. 04551 9999-16
E-Mail:
kontakt@dialogpartnerinnen.de

Neues von Q-Pharm

Arzneimittelliste

■ Mitte April erhielten alle genossenschaftlich organisierten Ärzte sowie Mitglieder kooperierender Arztnetze die aktuelle Arzneimittelliste (Ausgabe 2/2011). Im Textteil der Liste wird unter dem Motto „Neu im Verbund – erfolgreich arbeiten im Netz“ ein ermutigendes Beispiel aktiver Netzarbeit vorgestellt.

Bessere Halbierung

■ Am Beispiel von Simvastatin Q-Pharm 10, 20, 40 hat die Q-Pharm AG die bessere Halbierung von Tabletten mit einem speziellen Tablettenteiler angeregt. Dieser ist gleichzeitig eine praktische Tablettendose. Im Rahmen einer Fax-Aktion erhielten die ersten 50 Einsender jetzt jeweils zehn Dosen zur Weitergabe an Patienten.

So führen Sie das Patientengespräch

Kurzgefasste Tipps* für die MFA

■ Wie wird das Gespräch mit Patienten geführt, um diese für die Teilnahme an Versorgungsverträgen zu gewinnen? Der Grundsatz: Individualität! Sie passen das Gespräch an die Persönlichkeit und Tagesverfassung des Patienten an. Die mögliche Ansprache lautet z. B.: „Es gibt ein erfolgreiches Behandlungskonzept speziell für Sie als Patient mit Kreislaufproblemen. Dieses Konzept würde ich Ihnen gern vorstellen. Im Nebenzimmer haben wir dafür mehr Ruhe; lassen Sie uns bitte kurz nach nebenan gehen.“

Was muss das Gespräch beinhalten? – Erläutern Sie, was die Teilnahme für den Patienten bedeutet. Stellen Sie seinen persönlichen Nutzen heraus. Betonen Sie die Freiwilligkeit, damit er sich nicht in den Vertrag „gedrängt“ fühlt. Konzentrieren Sie sich auf einige überzeugende Argumente:

- „Die Teilnahme ist kein Muss, aber Ihre Vorteile sind diese: Wir folgen mit dem Vertrag neueste und internationale Behandlungsrichtlinien, die von Hausärzten und Kardiologen weltweit laufend aktualisiert werden.
- Sie erhalten eine Versorgung aus einer Hand. Das bedeutet, unsere Praxis stimmt sich eng mit dem Facharzt bzw. der Klinik ab. Wir können für Sie die Termine bei den Fachärzten und im Krankenhaus besser und schneller festlegen. Sie haben also keine oder nur kurze Wartezeiten.
- Sie genießen finanzielle Vorteile: Für Sie entfällt die Praxisgebühr und Sie erhalten einen Bonus bei den Zuzahlungen für einen möglichen Krankenhausaufenthalt.“

Nutzen Sie rhetorische Hilfsmittel! – Sprechen Sie ruhig, langsam und verständlich. Dabei schauen Sie den Patienten freundlich oder lächelnd an. Nicken Sie leicht bejahend, wenn Sie etwas positiv formulieren. Sprechen Sie z. B. von „optimaler Betreuung“, „enger Verzahnung“,

Patientin: „Ich nehme Ihr Angebot gerne an!“ – Ein gut vorbereitetes „Vertragsgespräch“ führt meist zum Erfolg

bestmöglicher Versorgung. Dabei symbolisieren Sie mit Ihren Händen die Bereitschaft, etwas zu geben: Halten Sie diese flach nach vorn und nach oben leicht geöffnet.

Wie reagieren Sie auf Einwände des Patienten? – Akzeptieren Sie jeden Einwand, z. B. mit diesen Sätzen: „Ich finde es gut, dass Sie das ansprechen ...“ – „Ich kann gut nachvollziehen, dass ...“ – Ich verstehe Sie ...“ – Danke für Ihre Offenheit ...“. Bieten Sie Lösungen an und legen Sie den Nutzen für Ihren Patienten dar. Wenn Sie keine Antwort auf Fragen parat haben, sagen Sie ihm das ganz offen. Notieren Sie die entsprechenden Punkte und versichern Sie dem Patienten, dass Sie ihn informieren, sobald sie diese mit der Krankenkasse oder anderen Vertragspartnern geklärt haben. Zeigen Sie Ihrem Patienten, dass Sie sich um ihn kümmern möchten. Erwähnen Sie, dass er die Teilnahme am Programm jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden kann. Weisen Sie aber darauf hin, dass dann vertragliche Erstattungen und andere Vorteile entfallen.

Geben Sie dem Patienten Zeit! – Ermöglichen Sie Ihrem Patienten, alle schriftlichen Infos in Ruhe zu Hause durchzulesen. Protokollieren Sie offene Fragen, das Datum Ihrer Gesprächsführung, ob eine erneute Ansprache erforderlich ist und wann diese erfolgen soll. Die Fortführung des Gesprächs und den Vertragsabschluss übernimmt üblicherweise der Arzt.

Tipp: Schreiben Sie die Vorteile für den Patienten in wörtlicher Rede auf. Üben Sie im Team ein Patientengespräch. So können Sie Antworten auf mögliche Fragen finden und Argumente sammeln. Auch die sichere freie Rede kann dabei trainiert werden.

*Auszüge aus Praxis-Profi 2010 (Lehrheft 2 „Koordinatorin im Praxiswesen“), auch unter:
www.q-pharm.de –> Dialogpartnerin –> Praxis-Profi –> Lehrheft 2 Koordinatorin im Praxiswesen 2010

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)

Das nächste Heft erscheint im September 2011

Akademie Gesundheitsnetz Süd Termine 2011

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und med. Fachpersonal

Gemeinsam mehr bewirken! Die Akademie Gesundheitsnetz Süd und die Euregia Fortbildungsakademie der aeneas bündeln Ihre Aktivitäten, um gemeinsam nun auch in Ravensburg hochkarätige Fortbildung für Mitarbeiter/innen und Praxisinhaber anbieten zu können. Für die Veranstaltungen in Ravensburg stellt uns das Labor Dr. Gärtner seinen Seminarraum zur Verfügung. Das Programm und die Zeiten entnehmen Sie bitte unter www.gnsued.de und den jeweiligen Rundschreiben.

DER ARZT ALS UNTERNEHMER

Kurs 9
Unternehmen Arztpraxis
Das eintägige Seminar hat das Ziel, bei niedergelassenen Ärzten unternehmerisches Denken und Handeln zu fördern und dabei den besonderen Anspruch einer Arztpraxis zu wahren.
Sa 16.07.11, 9 bis 17 Uhr (Leutkirch)
Sa 08.10.11, 9 bis 17 Uhr (Ulm)

Kurs 10
Praxis- & Mitarbeiterführung eine Herkulesarbeit Wie kann die Leistungsbereitschaft des Teams gesteigert werden?
Sa 17.09.11, 10 bis 14 Uhr (Isny)

Kurs 13
Vorsorge für den Ernstfall
Leitfaden für den Katastrophenfall – Der plötzliche Tod oder die plötzliche schwere Erkrankung des Praxisinhabers erfordern ein zügiges und rationales Vorgehen.
Mi 28.09.11, 18 bis 19:30 Uhr (Ulm)

FORTBILDUNG FÜR MFA

Kurs 4
Teamarbeit & Teambesprechung
Wer alleine arbeitet addiert – wer zusammenarbeitet multipliziert. Entwicklungsmöglichkeiten zu einem Spitzenteam durch Potentialerkennung und Selbstmotivation.
Fr 08.07.11, 9:30 bis 17 Uhr (RV)

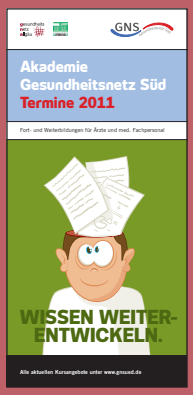
Kurs 5
Einarbeitung neuer Mitarbeiter
In die Zukunft investieren durch effektive Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Auszubildenden.
Mi 21.09.11, 13 bis 17 Uhr (Ulm)

Kurs 7
Kommunikative Fertigkeiten
Kommunikationsfähigkeit eine Schlüsselqualifikation im Beruf der MFA.
Telefontraining – für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance
Fr 23.09.11, 9:30 bis 17 Uhr (RV)

Kurs 8
Hygiene
Hygienemanagement ist ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements. Folgende Inhalte werden erarbeitet: Hygieneplan, Händehygiene, Haut- & Flächendesinfektion, Sterilisation, Schutzmaßnahmen
Mi 27.07.11, 14 bis 18 Uhr (Isny)

Veranstaltungsorte
Ravensburg: Labor Dr. Gärtner, Elisabethenstr. 11
Isny: Schulungsräume Dr. Rothermel, Rossmarkt 9/1
Leutkirch: Praxis Dr. Schuler-Kuon, Ottmannshofer Str. 44

Information und Anmeldung:
Akademie Gesundheitsnetz Süd
Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen
Fon 07391 5865 458
Fax 07391 5865 451
service@GNSued.de
www.gnsued.de



Weitere Informationen, Kursangebote und Termine finden Sie auch unter www.gnsued.de