

m dialog 21 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

# Arzte für Ärzte mit Praxisteam

Aktuelle Informationen unter www.gnsued.de

21. GNS-Magazin Juni 2009



### **Vorwort**

Vorwort von Dr. Klaus Lenz

### Politisch aktiv werden – Wahlrecht nutzen



Arzt zu werden galt bei Abiturienten über Jahrzehnte als ein erstrebenswertes Berufsziel. Wichtige Entscheidungskriterien waren die Hilfe am kranken

Menschen und vertrauensvolle Patientenkontakte. Das alles stützte sich auf ein hohes Maß an persönlicher Entscheidungsfreiheit und ein gesichertes finanzielles Auskommen.

Inzwischen hat die Politik einen Systemwechsel eingeleitet, der die tragenden Säulen des Arztberufs erschüttert und zu einer nachhaltigen Verschlechterung der Patientenversorgung führen wird. Die Mehrheit der Ärzte beklagt die unerträgliche Situation, sieht sich aber außerstande flexibel auf die Veränderungen zu reagieren.

Die Zeit zum Handeln ist gekommen! Eine gute Gelegenheit bietet die Bundestagswahl im September. Bewerten Sie die Parteien nicht nur nach Ihren Wahlversprechungen, sondern auch nach Ihren Leistungen in den letzten zwei Legislaturperioden. Diskutieren Sie im Freundesund Bekanntenkreis, mit Ihren Mitarbeitern und Ihren Patienten – auch Sie sind von den Einschränkungen in unserem Gesundheitssystem betroffen. Vielen scheinen die Folgen der Systemveränderungen noch nicht bewusst geworden zu sein oder Sie wollen es einfach nicht wahrhaben.

Nutzen Sie Ihr demokratisches Recht – gehen Sie zur Wahl!

lhr

Dr. Klaus Lenz

### Inhalt

### **Titelthema**

**Die permanente Reform** – Seite 3

Vier Jahre Große Koalition. Vier Jahre Gesundheitsreform – Seite 3 Wahlprüfsteine des Gesundheitsnetzes Süd eG – Seite 4-7

### **GNS** – Poster und Flyer

Auf welche Partei können Sie bauen? - Bestellformular - Seite 9

### **Neues Dienstleistungsangebot**

Praxisabgabe - Praxisübernahme - Seite 10

### **GNS Aktuell**

Neues aus dem Netz – Seite 11 Unser Leistungsspektrum wächst – Seite 11

### **Berufspolitik**

Politisches Druckmittel: Ärztestreik – Seite 12-13

### **Berufspolitik**

Dagmar Benz - Nach 22 Jahren KV zu GNS - Seite 13

### Informationen für medizinisches Fachpersonal

Erfolgs- und zielorientiertes Einarbeiten neuer Mitarbeiter – Seite 16

### GNS – Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Anmeldung – Seite 17

### **Redaktioneller Beitrag**

perspectiv im dialog - Seite 18-19

### **Impressum**

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de, Fax 07391 586459 Redaktion Dr. med. Klaus Lenz, Internist Covergestaltung/Gesamtlayout/DTP/Realisation 'pyrus Werbeagentur (Ulm), www.pyruswerbeagentur.de Anzeigenbuchung Dörthe Ihlenburg, Fax 07391 586459, 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 Bericht von Dr. Klaus Lenz / Werner Deigendesch



### AUF WELCHE PARTEI KÖNNEN SIE BAUEN?

### GNS auf der Suche nach Antworten im Parteien-Dschungel.

### DIE PERMANENTE REFORM.

1955 "Gesetz über das Kassenarztrecht": Mischsystem aus Einzelleistungs- und Pauschalvergütungen

1960 Reichsversicherungsordnung (RVO): Grundlohnorientierte Budgetierung für Pflichtkassen, ungedeckeltes System der Ersatzkassen.

**1978 Kostendämpfungsgesetz:** Begrenzung der Gesamtvergütung.

1989 Übergang des GKV-Kapitels der RVO in das SGB V: Grundlohnhonorierung wird dem Pflichtkassensystem angeglichen.

1993 Strikte grundlohnorientierte Budgetierung der Gesamtvergütung: Sinkender Punktwert führte zum "Hamsterradeffekt".

2003 Gesundheits-Modernisierungsgesetzt (GMG): Einführung des Systems der Regelleistungsvolumina (RLV) mit arztgruppenspezifischen Grenzwerten. Bestimmte Leistungen wurden nur noch teilweise vergütet.

2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG): Vorgaben für ein neues Ver-

gütungssystem ohne Budgetierung und floatende Punktwerte mit Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Verpflichtung der KKen, den Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

2009 Inkrafttreten der Euro-Gebührenordnung: Angleichung der Arzthonorare
(Europreise) in allen KV-Bezirken. Hausärzte werden noch stärker pauschaliert.
Fachärzte erhalten Mischung aus arztgruppenspezifischen Pauschalen und
Einzelleistungsvergütungen. Gesamtvergütung richtet sich am Versorgungsbedarf
(Morbiditätsorientierung).

2009 GKV-OrgWG: Die Krankenkassen müssen bis spätestens 30.06.09 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten. Einschränkung des Sicherstellungsauftrages. Darin liegt der ordnungspolitische Paradigmenwechsel der letzten Vergütungsreform. Das KV-System steht und fällt mit der Gesamtvergütung bzw. dem Kollektivvertragssystem!

### WAS IST ERREICHT?

Vier Jahre Große Koalition. Vier Jahre Gesundheitsreform. Der Versuch eines Resümees von Werner Deigendesch.

### 1. Die Ärzteschaft ist gespalten:

Kollektivverträge versus Einzelverträge, Hausärzte versus Fachärzte, Kliniken versus Niedergelassene, Verbände versus KVen.

### 2. Die Patienten sind verärgert:

Medizinische Leistungen sind durch Budgetierung reduziert, freie Arztwahl wird durch Kassenverträge eingeschränkt, Versorgung mit Medikamenten und Heilmitteln wird reglementiert.

### 3. Das Honorar der Ärzte:

Ungleich verteilt, zumeist reduziert, undurchsichtig berechnet, praxisvernichtend.

### 4. Der ärztliche Nachwuchs:

Rückläufig, verunsichert, ausgewandert.

### 5. Zusammenfassende Beurteilung:

Maximale Unzufriedenheit bei Ärzten und Patienten, aber größte Zufriedenheit bei den Politikern der großen Koalition!

Sollte dies etwa so gewollt sein? Auch in Zukunft? Wir haben die Wahl!

Positionen der Parteien

### Wahlprüfsteine des Gesundheitsnetzes Süd eG

GNS hat den Parteien Fragen zu wesentlichen Gesundheitsbereichen gestellt, die für die niedergelassene Ärzteschaft und Ihre Patienten in der bevorstehenden Legislaturperiode von Bedeutung sein werden. Befragt wurden alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien. Jeder Partei stand insgesamt die gleiche Textlänge zur Verfügung, die je nach Frage unterschiedlich gewichtet werden konnte.

(1) Unser Gesundheitssystem bewegt sich in Richtung staatliche Budgetierung und Rationierung. Stellen Sie kurz dar, was Ihre Partei gegen diese Entwicklung tun will.

### Bündnis 90/die Grünen

Auch im Gesundheitswesen sind die Ressourcen stets begrenzt. Wollen wir gewährleisten, dass sie ausreichen, um allen die notwendige Gesundheitsversorgung zu bieten, kommen wir an einer Ausgabensteuerung nicht vorbei. Die Alternative dazu wäre ein rein marktwirtschaftliches System, in dem der Geldbeutel über den Zugang zur Gesundheitsversorgung entscheidet. Das wollen wir aber nicht.

Allerdings sehen wir mit Sorge, dass die einseitige Finanzierung der GKV aus Löhnen und Lohnersatzleistungen ihre Leistungsfähigkeit bedroht. Wir setzen uns deshalb für eine Verbreiterung ihrer Finanzierungsbasis ein. Dies kann durch einen Ausbau der Steuerfinanzierung oder durch eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf andere Einkom-

mensarten erfolgen. Angesichts der Rekordverschuldung des Bundeshaushalts halten wir den Weg über die Beitragsfinanzierung für aussichtsreicher.

### CDU

Unser Gesundheitssystem bewegt sich nicht in Richtung staatlicher Budgetierung und Rationierung - wie Sie behaupten. Beispielsweise wurde mit der Gesundheitsreform der gesetzliche Rahmen für ein neues ärztliches Vergütungssystem geschaffen und damit langjährige Forderungen der Ärzteschaft umgesetzt: Die Budgetierung der ärztlichen Honorare ist beendet und die vertragsärztlichen Leistungen werden seit dem 1. Januar 2009 grundsätzlich mit festen Preisen einer nach haus- und fachärztlichen Leistung getrennt ausgestalteten regionalen Eurogebührenordnung vergütet. Auch im Bereich der Krankenhäuser haben wir die Grundlage für einen neuen ordnungspolitischen Rahmen mit der Ablösung der Grundlohnratenentwicklung und dem Einstieg in Investitionspauschalen geschaffen.

Wir wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik von CDU und CSU stehen die Patienten und Versicherten.

#### **CSU**

Die deutsche Gesundheitspolitik braucht einen Neustart. Über 25 Jahre staatlicher Eingriffe haben zu einem nicht mehr beherrschbaren Wust an Reglementierung geführt.

Für die CSU ist es oberstes Ziel, eine hochwertige medizinische Versorgung und Teilhabe am medizinischen Fortschritt für jeden Patienten in Deutschland zu gewährleisten. Die CSU will keine zentralistisch gesteuerte Staatsmedizin mit Einheitskrankenkasse, Einheitsversorgung und Einheitsvergütungen, sondern die Freiberuflichkeit der Ärzte erhalten und mehr Therapie statt Bürokratie. Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist ein ausgewogener Mix aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig.

Die Steuermittel zum Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen auf Dauer weiter erhöht werden. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten.

### Die Linke

Politisches Ziel der Partei DIE LINKE ist die Bildung eines solidarischen Gesundheitswesens. Voraussetzung für seine Finanzierung ist eine deutlich verbreiterte Finanzierungs-Basis unter Einbeziehung des Einkommens aller Mitbürger und



größerer Zuschüsse als bisher aus Steuermitteln für einkommenslose Mitbürger (Kinder, Arbeitslose, Rentner etc). Solidarische Bürgerversicherung bedeutet Beendigung der Zweiklassenmedizin. Dies beinhaltet die Aufhebung der Trennung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Der paritätischen Finanzierung wird wieder volle Geltung verschafft, Zuzahlungen entfallen. Entsprechend den Grundsätzen von Solidarität zahlt demnach jeder den gleichen Prozentsatz seines Einkommens ein und erhält alle Leistungen nach dem medizinischen Bedarf. Es bleibt bei einem öffentlich rechtlichen Gesundheitssystem Selbstverwaltung, deren Arbeitsgrundlagen allerdings grundlegend reformiert/ demokratisiert werden müssen. Das Gesundheitswesen gehört zu den Bereichen der Daseinsvorsorge; Einrichtungen des Gesundheitswesens dürfen daher nicht privatisiert werden bzw. werden rekommunalisiert.

### FDP

Unser Gesundheitssystem bewegt sich nicht in Richtung staatliche Budgetierung/Rationierung, sondern es ist dort längst angekommen. Die Krankenversicherung ist keine Versicherung mehr, sondern unterliegt in ihrer wesentlichen Ausgestaltung dem Diktat des Bundesgesundheitsministeriums:

- Der Beitragssatz wird politisch festgelegt – unabhängig vom Umfang der notwendigen Leistungen.
- Der Leistungskatalog wird ebenfalls politisch festgelegt – der Gemeinsame Bundesausschuss wird nicht mehr wie früher von der Selbstverwaltung gewählt, sondern von der Bundesgesundheitsministerin berufen.
- Regional differenzierte Lösungen sind durch die Einrichtung des Gesundheitsfonds nicht mehr möglich, Finanzierung und Leistungsgeschehen sind zentralisiert und nivelliert.

Die FDP setzt dagegen auf ein Konzept mit folgenden Kernpunkten:

- Die Gesundheitskosten müssen von den Lohnkosten entkoppelt werden.
   Die strikte Anbindung der Finanzierung des Gesundheitswesens an schwankende Konjunktur- und Arbeitsmarktentwicklung und im Zweifelsfall an politische Großwetterlagen bzw. bevorstehende Wahlen darf nicht zu einer Behandlung nach Kassenlage führen.
- Das Sachleistungsprinzip muss durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden. Dies ist keine Frage des Zahlungsweges, sondern Voraussetzung für eine klare Verantwortlichkeit aller Beteiligten. Das bürokratische und anonyme Sachleistungsprinzip verhindert jegliche Transparenz. Grundlage des Kostenerstattungsprinzips ist eine Gebührenordnung, die nicht auf viel zu eng bemessenen Basispauschalen mit allerlei Sondertöpfen basiert, sondern jeder Leistung ein betriebswirtschaftlich sauber kalkuliertes Entgelt zuordnet. Nur so kann sich für Ärzte und Therapeuten Leistung wieder lohnen.
- Die Finanzierung des Solidarausgleiches muss aus Steuermitteln erfolgen. Umverteilung ist nicht Aufgabe
  der gesetzlichen Krankenversicherung.
  Am solidarischen Schutz haben sich
  alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer
  finanziellen Leistungsfähigkeit über
  das Steuersystem zu beteiligen. Es
  muss Schluss sein mit den politisch
  motivierten Raubzügen und Verschiebebahnhöfen innerhalb der sozialen
  Sicherungssysteme.
- Die ausufernde Bürokratie muss abgebaut werden. Die Versichertenbeiträge müssen für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen, nicht für Verwaltungsexzesse wie den Gesundheitsfonds – dieser muss schnellstmöglich abgeschafft werden.

#### SPD

Die SPD setzt sich für den solidarischen Einbezug aller Einkommensarten zur Finanzierung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Bürgerversicherung ein.

(2) Die Lücke zwischen den politischen Äußerungen zur Qualität im Gesundheitswesen und Ihrer Finanzierung wird größer. Ärzte wie Patienten werden täglich mit einer verdeckten Rationierung medizinischer Maßnahmen konfrontiert.

Welche Thesen unterstützen Sie?

- a) "Wachsende medizinische Möglichkeiten erfordern die Erhöhung der finanziellen Mittel".
- b) "Nicht alles medizinisch Machbare kann künftig kollektiv finanziert werden".

### Bündnis 90/die Grünen

Angesichts des demografischen Wandels und des medizinisch Fortschritts werden die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung weiter ansteigen. Damit sich dieser Anstieg aber im Rahmen des gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritts hält, sind Reformmaßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens erforderlich. Dazu gehört ein Ausbau der Prävention, vor allem um die Ausbreitung chronischer Krankheiten zu stoppen. Dazu gehört die bessere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Kooperation verbessert die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Und nicht zuletzt ist stets die Frage zu stellen, ob eine Innovation tatsächlich ihr Geld wert ist. Kosten-Nutzen-Bewertungen für neue Arzneimittel und Therapien müssen zur Regel werden.

### CDU

Die demografische Entwicklung mit einer älter werdenden Gesellschaft wird zwangsläufig zu höheren Aufwendungen für Gesundheit und Pflege führen. Diese

Entwicklung darf man aber nicht nur unter dem Kostenaspekt sehen. Die Gesundheitswirtschaft ist eine der größten Wachstumsbranchen in Deutschland. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demografische Wandel und ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein sprechen dafür, dass diese Branche auch in Zukunft auf Wachstums- und Beschäftigungskurs bleiben wird. Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebensalter zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

#### CSU

Wir sagen: Das Gesundheitssystem der Zukunft muss wieder den Patienten in den Vordergrund stellen. Es ist genug Geld im System, es muss nur richtig verteilt werden. Es ist z. B. nicht akzeptabel, dass Krankenkassen älteren Patienten bei schweren Erkrankungen eine Haushaltshilfe verweigern, aber nicht qualitätsgesicherte Angebote bezuschussen.

### Die Linke

Wir unterstützen die These a). Frage: Was heißt eigentlich alles medizinisch Machbare? Wellnessprogramme, Wohlfühlkuren oder Schönheits-Chirurgie?

### FDP

Beide Thesen unterstütze ich: Demographische Entwicklung und medizinischtherapeutischer Fortschritt erfordern künftig mehr finanzielle Mittel. Die Kollektivfinanzierung muss auf einen engen Kernbereich eingegrenzt werden. Über ein flexibles, modular aufgebautes Versicherungssystem müssen weitere Leistungen für die Mehrzahl der Menschen in größerer Eigenverantwortung finanzierbar bleiben.

### SPD

Zustimmung zu b) (siehe Hinweis zur Bürgerversicherung).

(3) Die Kostenerstattung hat gegenüber dem Sachleistungssystem Vorteile: Es ist für alle transparent, stellt einen Anreiz zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen dar und kann ohne großen Verwaltungsaufwand umgesetzt werden. Hürden können durch Sonderregelungen überwunden werden. Wie stehen Sie zur Kostenerstattung als Kollektivvertrag?

#### Bündnis 90/die Grünen

Davon halten wir wenig. In einem Krankenversicherungssystem mit obligatorischer Kostenerstattung würden viele chronisch Kranke und einkommensschwache Personen mit der Vorfinanzierung von Gesundheitsleistungen finanziell überfordert. Zudem würden insbesondere in sozial benachteiligten Regionen viele Ärztinnen und Ärzte vor einer Situation stehen, wie wir sie heute von kleinen Handwerksbetrieben häufig kennen: Trotz guter Auftragslage geraten sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten, da viele ihrer Kundinnen und Kunden die erbrachten Leistungen nicht pünktlich bezahlen. Dazu kämen für die Ärztinnen und Ärzte erhöhte Verwaltungsaufwendungen durch Rechnungsstellungen und Mahnungen.

### CDU

Wir wollen, dass Versicherte und Patienten bundesweit unkomplizierten Zugang zu unabhängiger Information und Beratung im Gesundheitswesen erhalten. Angesichts der Vielfalt der Angebote wollen wir über verlässliche und verständliche Kriterien zu Leistung, Qualität und Preis zu mehr Transparenz und besserer Orientierung – sowohl bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen als auch bei Kostenerstattungstarifen beitragen.

### CSU

Das Sachleistungsprinzip soll weiterhin gelten, da es die Gesundheit und den Patientenschutz in den Vordergrund stellt. Bei einer Direktabrechnung mit dem Patienten würde nicht nur das Inkassorisiko komplett auf den Arzt übergehen. Auch die Patienten wären erheblich verunsichert. Insgesamt muss man feststellen: Die geltende Honorarordnung ist gescheitert. Die Vorgabe eines bundesweiten Einheitspreises nimmt keine Rücksicht auf die regionale Kostenstruktur und führt zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung. Obwohl mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, kommt das Honorarplus nicht bei allen Ärzten an. Gerade viele Facharztgruppen in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein erleiden empfindliche Einbu-Ben. Die geltende Honorarordnung muss daher durch eine neue Gebührenordnung für Vertragsärzte ersetzt werden. Ziel ist es, eine regionale, leistungsgerechte und qualitätsorientierte vertragsärztliche Vergütung zu festen Europreisen einzuführen.

### Die Linke

Für die breite Mehrheit unserer Bevölkerung ist das Sachleistungsprinzip geeigneter und lebensnäher. Für eine leistungsgerechte Honorierung der niedergelassenen Ärzte schlagen wir eine einheitliche relativ unkomplizierte Euro-Honorarordnung (etwa eine weiterentwickelte GOÄ – einfacher Satz) vor, die regelmäßig jährlich inhaltlich aktualisiert und der Inflationsrate angepasst werden muss. Die ärztlichen Honorare müssen im Zuge einer Honorar-Reform angehoben, die derzeit beträchtlichen, nicht plausiblen Unterschiede zwischen den einzelnen Fachrichtungen minimiert werden.

### FDP

Wie unter Frage 1 erläutert, ist der Übergang zur Kostenerstattung zwingende Voraussetzung für dieses neue System zwischen begrenzter Kollektivversorgung und individueller Zusatzabsicherung.

### SPD

Die Kostenerstattung wird von der SPD abgelehnt, da sie keine Vorteile gegen-



über dem Sachleistungsprinzip hat und Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass die Kostenerstattung zu Lasten der Patienten geht.

(4) Im ländlichen, absehbar auch im städtischen Bereich, findet eine überalterte Ärzteschaft (im Durchschnitt 51,7 Jahre) keine Nachfolger. Der Beruf ist unattraktiv, weil ihm inzwischen eine ausreichende und solide finanzielle Grundlage fehlt. Die jetzige Versorgung der Bevölkerung wird damit absehbar schlechter. Haben Sie ein schlüssiges Konzept, mit dem diese Entwicklung gestoppt werden kann?

### Bündnis 90/die Grünen

Ihre Krisendiagnose teilen wir nicht. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gehören zu den überdurchschnittlich verdienenden Berufsgruppen. Ihr Insolvenzrisiko ist weitaus geringer als das anderer Freiberufler. Das hohe Ansehen und die große Attraktivität des Arztberufes machen sich auch in den Zugangszahlen bemerkbar. In den letzten 18 Jahren ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte um rund 30 % gestiegen. Allerdings wächst der Veränderungsdruck. Von den Ärztinnen und Ärzten werden zunehmend unternehmerisches Handeln und die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen gefordert. Das sollte sich auch in ihrer Ausund Fortbildung niederschlagen. Versorgungsprobleme gibt es in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Hier sollten Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Landesregierungen die von der rot-grünen Bundesregierung eingeführten Instrumente (Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung bei Unterversorgung, Anstellung von Ärzten durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen, Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für niederlassungswillige Ärzte) stärker nutzen. Für sinnvoll halten wir auch die im Rahmen der ärztlichen Honorarreform vorgesehene Verknüpfung der

regionalen Versorgungssituation mit der ärztlichen Honorarverteilung. Deren nähere Ausgestaltung werden die Ärzteschaft und die Krankenkassen noch in diesem Jahr miteinander vereinbaren müssen.

### CDU

Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie freie Gesundheitsberufe gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Niedergelassene freiberuflich tätige Haus-, Fach- und Zahnärzte, Apotheker, selbständige Gesundheitshandwerker und Heilmittelerbringer sind für uns auch in Zukunft Garanten für eine qualitativ hochwertige patientennahe Versorgung, Diese Strukturen gilt es, neben dem Bereich der stationären Krankenhausversorgung zu bewahren und geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Der Sicherung einer wohnortnahen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen werden wir besondere Aufmerksamkeit widmen.

### CSU

Wie gesagt: Es braucht einen Neustart in der Gesundheitspolitik. Die CSU hat dafür das bürgerlich-föderale Gesundheitsmodell entwickelt. Entscheidend ist, dass wieder ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ermöglicht, die Gesundheitsversorgung regionalisiert und die Finanzierung der Krankenversicherung verlässlich organisiert werden. Außerdem muss der Grundsatz gelten: Freiheit für die freien Berufe statt bürokratischen Gängelungen und staatsmedizinischer Bevormundung. Das steigert auch die Attraktivität des Arztberufes. Für die Nachwuchsförderung sind geeignete Förderinstrumente zu entwickeln.

### Die Linke

Mit der Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung sorgen wir für eine solidere finanzielle Grundlage. Die Honorierung der niedergelassenen Ärzte muss deutlich

erhöht werden (um etwa 50 %), zumal die Einnahmen aus der privaten Krankenversicherung zumindest in der bisherigen Form nach und nach wegfällt. Andererseits wird damit auch ein falscher Anreiz für Ärzte, sich vermehrt in den Stadtteilen mit einkommensstarker Bevölkerung niederzulassen; Argumente, die Versorgung der Bevölkerung sozialer Brennpunkte als wenig attraktiv anzusehen, entfallen. Für die Landärzte ist ein zusätzliches Versorgungshonorar pro Patient einzuführen.

#### **FDP**

Ich bin sicher, dass die Attraktivität des ärztlichen Berufs wieder deutlich steigt, wenn wie oben geschildert eine ausreichende und solide finanzielle Grundlage geschaffen wird und ärztliche Leistung wieder fair und leistungsgerecht honoriert wird. Darüber hinaus muss Schluss sein damit, dass bald mehr Zeit für bürokratische Aufgaben verwandt werden muss als für die eigentliche Aufgabe eines Arztes, nämlich Menschen zu helfen, gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit wieder zu erlangen.

### SPD

Die Mittel für die ärztliche Vergütung sind im Rahmen der Honorarreform spürbar erhöht worden. Wenn Versorgungsengpässe in einer Region auftreten sollten, müssen diese durch Umverteilung gelöst werden.

**Bündnis 90/die Grünen:** Annette Schäfer, Landesgeschäftsführerin Baden-Württemberg

**CDU:** Albert Markstrahler, Referent für Gesundheitspolitik, Bundesgeschäftsstelle **CSU:** Alexander Dobrindt, MdB, Generalsekretär

**Die Linke:** Prof. Dr. med. L. Schuchmann, Sprecher des KV Freiburg u. LAG Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg

FDP: Dr. Ulrich Noll, MdL

**SPD:** Ulla Haußmann, MdL, Sprecherin für Gesundheits- und Sozialpolitik

# Plavix. – Bundesweit Rabattverträge mit über 150 gesetzlichen Krankenkassen

### Das Original PLAVIX® bietet Ihnen mehr



- Als Rabattmedikament\* wirtschaftlich attraktiv (Infos unter www.plavix.de)
- Volles Clopidogrel-Indikationsspektrum\*\*
- Empfehlung in Leitlinien und Positionspapieren von Fachgesellschaften\*\*



\*) §4 Rahmenvertrag §129 SGB V

\*\*) Mod. nach ESC Guidelines 2008: Van de Werf F. et al., Eur Heart J 2008, 29: 2909 – 2945 / ESC Guidelines 2007: Bassard JP/Hamm CW et al., Eur Heart J 2007, 28: 1598 – 1660 / ESC Guidelines PCI 2005: Silber S et al., Eur Heart J 2005, 26: 804 – 84



Plavix® 75 mg Filmtabletten; Wirkstoff: Clopidogrel (als Hydrogensulfat). Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Filmtabl. Plavix® 75 mg enthält: 75 mg Clopidogrel (als Clopidogrelhydrogensulfat). Sonst. Bestandteile: Mannitol (E 421), Macrogol 6000, mikrokristalline Cellulose, hydriertes Rizinusöl, Hyprolose: Überzug: Hypromellose (E 464), Lactose, Triacetin (E 1518), Carnaubawachs, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). Anwendungsgebiete: Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Pat. mit Herzinfarkt (wenige Tage bis 35 Tage zurückliegend), ischämischem Schlaganfall (7 Tage bis 6 Monate zurückliegend) oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit und bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina Pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) und akuter Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, in Kombination mit ASS bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Clopidogrel oder andere Bestandteile der Filmtabl., Schwere Leberfunktionsstörungen. Akute Blutung (z.B. bei Magen-Darm-Geschwüren oder intrakraniellen Blutungen), Schwangerschaft und Stillzeit (mangels entspr. Daten). Nebenwirkungen: Blutungen: häufig: Hämatome, Epistaxis, gastrointestinale Blutungen, Bluterguss, Blutung an Punktionsstellen; gelegentlich: intrakranielle Blutungen (einige Fälle mit tödlichem Ausgang), Augenblutungen (konjunktival, okular, retinal), Blutungen der Haut (Purpura), Hämaturie, Blutungszeit verlängert; selten: retroperitoneale Blutungen; sehr selten: schwere Blutungen, Blutungen operativer Wunden, Atemwegsblutungen (Hämoptyse, Lungenblutungen), gastrointestinale und retroperitoneale Blutungen mit tödlichem Ausgang, Blutungen im Muskel- bzw. Skelettbereich (Hämarthrose). Sonstige NW: häufig: Durchfall, Bauchschmerzen, Dyspepsie; gelegentlich: Thrombozytenzahl vermindert, Thrombozytopenie, Neutrophilenzahl vermindert, Leukopenie, Eosinophilie, Kopfschmerzen, Parästhesien, Schwindel/Benommenheit, Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, Gastritis, Erbrechen, Übelkeit, Verstopfung, Flatulenz, Ausschlag, Juckreiz; selten: Neutropenie, inklusive schwere Neutropenie, Vertigo; sehr selten: Thrombotisch-Thrombozytopenische Purpura (TTP), aplastische Anämie, Panzytopenie, Agranulozytose, schwere Thrombozytopenie, Granulozytopenie, Anämie, Serumkrankheit, anaphylaktische Reaktionen, Halluzinationen, Verwirrtheit, Geschmacksstörungen, Vaskulitis, Hypotonie, Bronchospasmen, interstitielle Pneumonie, Pankreatitis, Colitis (einschließlich ulceröser und lymphozytärer Colitis), Stomatitis, akutes Leberversagen, Hepatitis, Leberwerte außerhalb der Norm, bullöse Dermatitis (toxische epidermale Nekrolyse, Stevens-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme), Angioödem, erythematöses Exanthem, Urtikaria, Ekzem, Lichen planus, Arthritis, Arthralgie, Myalgie, Glomerulonephritis, Anstieg des Serumkreatinins, Fieber. Nebenwirkungen in Kombination mit ASS: signifikant erhöhtes Risiko für leichte, schwere und andere Blutungen (überwiegend gastrointest. oder Blutungen an Punktionsstellen), Keine Zunahme der Häufigkeit lebensbedrohlicher oder tödlicher Blutungen, insb. keine vermehrten intrakraniellen Blutungen. Die Rate schwerer Blutungen ist abhängig von der ASS-Dosis und nimmt im Verlauf der Therapie ab (siehe CURE-Studie). Die Häufigkeit schwerer Blutungen im Rahmen kardiochirurgischer Eingriffe war bei präoperativem Absetzen der Medikation > 5 Tage nicht erhöht; erhöhte Blutungsrate bei Absetzen der Medikation <5 Tage. Thrombozytopenien oder Neutropenien nicht vermehrt. Hinweise: Siehe Gebrauchs- und Fachinformation. Clopidogrel ist 7 Tage vor einem elektiven operativen Eingriff abzusetzen. wenn keine Thrombozytenfunktionshemmung gewünscht ist. Rasche Normalisierung der Blutungszeit durch Plättchentransfusion möglich. Vorsichtsmaßnahme: Blutbildkontrolle (siehe Fachinformation). Bei Pat. mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung: Therapiebeginn mit einmalig 300 mg Clopidogrel (Aufsättigungsdosis) und Fortsetzung mit 75 mg täglich (in Kombination mit 75–325 mg ASS täglich). Aufgrund des erhöhten Blutungsrisikos wird eine ASS-Dosierung bis max. 100 mg empfohlen. Bei Pat. mit Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung Therapiebeginn mit einmalig 300 mg Clopidogrel (Aufsättigungsdosis) und Fortsetzung mit 75 mg täglich (in Kombination mit ASS) sowie mit und ohne Thrombolytika. Die Therapie sollte bei Pat. über 75 Jahre ohne Aufsättigungsdosis beginnen. Verschreibungspflichtig. Enthält auch Lactose und hydriertes Ricinusöl. Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb SNC, 174 Avenue de France.

F-75013 Paris, Frankreich. Lokaler Vertreter des Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt/Main. Postanschrift: Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin.

Dosierung: Es werden ein Mal täglich 75 mg Clopidogrel unabhängig von den Mahlzeiten gegeben. Bei Kindern und Jugendlichen <18 Jahren Sicherheit und Wirksamkeit nicht untersucht. Stand: Januar 2009 (013048). AVS 314 09 016-013796

Sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit



### AUF WELCHE PARTEI KÖNNEN SIE BAUEN?

Informieren Sie Ihre Patienten zur Gesundheitpolitik der Parteien.



Unterstützen Sie Ihre Patienten mit der Chance auf die richtige Wahl. Mit unseren aufmerksamkeitsstarken Informationsmaterialien bieten Sie Service und Information zu den Denk- und Sichtweisen der einzelnen Parteien zur Gesundheitspolitik.

Viele Patienten kennen die auftretende Problematik nicht ausreichend genug. Hier können wir gemeinsam aktiv dazu beitragen das Interesse der Gemeinschaft zu fördern. Denn die Gesundheit

betrifft jeden und jeder sollte die richtige Wahl im Sinne seiner Gesundheit treffen. Zu diesem Zweck bieten wir Ihnen einen Flyer mit den entsprechenden Information zu den Gesundheitspolitischen Richtungen der Parteien und ein aufmerksamkeitsstarkes Poster im Format A2 (42 x 59,4 cm) an.

Weitere Informationen zu den Inhalten finden Sie unter www.gnsued.de im Bereich Download.

### Rechnungsanschrift/Die Rechnung geht an:

Name	Praxis
Str./Nr.	E-Mail
PLZ/Ort	Telefon

### Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen. Hiermit bestelle ich verbindlich:

1 Poster und 10 Flyer (3,50 Euro zzgl. Porto)
1 Poster und 50 Flyer (6,00 Euro zzgl. Porto)
2 Poster und 100 Flyer (12,00 Euro zzgl. Porto)
3 Poster und 300 Flyer (33,50 Euro zzgl. Porto)
Nachbestellung 100 Flyer (10,70 Euro zzgl. Porto
Nachbestellung 300 Flyer (32,00 Euro zzgl. Porto

Bitte beachten Sie dass wir, je nach Gewicht, Portokosten in Höhe von 3,90 Euro bis 19,80 Euro berechnen.

### Bitte Faxen Sie diese Seite an die folgende Nummer: 07391 589-5459

Sollten Sie noch Fragen haben können Sie uns unter folgender Mail-Adresse erreichen: sek.gns@adk-gmbh.de



### Ein neues Dienstleistungsangebot von GNS

Ein Bericht von Andreas Willmann

# Praxisabgabe – Praxisübernahme

Gegen Ende Ihres Berufslebens geht es nochmals um wichtige, weit reichende Entscheidungen: Was passiert mit meiner Praxis? Wie finde ich einen Nachfolger? Was ist meine Praxis wert?

Eine Praxisabgabe ist ein vielschichtiger Prozess, wobei eine Vielzahl von unterschiedlichen Aspekten zu rücksichtigen sind. Beispielhaft seien nur steuerliche, rechtliche oder triebswirtschaftliche Themen genannt. GNS bietet in Kooperation mit Herrn Andreas Willmann, einem auf diesem Gebiet seit vielen Jahren tätigen Fachexperten, ein komplettes Dienstleistungspaket an. Die Philosophie des Konzepts ist, dass das Ganze mehr ist als die Summe aller Teile. Deshalb wird ein komplettes, modular aufgebautes Dienstleistungspaket angeboten, das eine zentrale Koordination mit der Einbindung aller Beteiligten vorsieht. Oft sieht der einzelne Fachmann aufgrund fehlender Informationen nur sein Fachgebiet, ohne die Auswirkungen auf das Gesamte berücksichtigen zu können.

### Die Leistungen, die eben auch einzeln abrufbar sind, sind:

- Übernahme der gesamten Korrespondenz
- Erarbeiten von Checklisten

- Komplette Prüfung aller Verträge, Steuerunterlagen und Versicherungen
- Aufbereiten aller betriebswirtschaftlichen Daten, ggfs. Wertgutachten
- Erstellen eines Verkaufsexposees
- Moderation oder Führung von Verkaufsgesprächen

Entscheidend ist, dass der Arzt immer "Herrscher des Verfahrens" ist und er alle Vorgehensweisen entscheidet. Denn es geht um wichtige Dinge:

- Sicherung des Vermögenswertes "Arztpraxis", als Teil der Altersvorsorge
- Fortführung Ihrer Praxis mit einem geeigneten und zufriedenen Nachfolger
- Professionelle und qualifizierte Abwicklung durch Experten

Ein ausführlicher Flyer ist direkt beim Autor zu beziehen.

### **Andreas Willmann**

Diplom-Betriebswirt (FH)
Gesundheitsökonom (EBS)

Am Junkerngarten 18 63654 Büdingen

Telefon: 06042 / 95 01 75 andreas.willmann@online.de

### Kurzvita

Andreas Willmann (Jahrgang 1957)

Bankkaufmann Diplom-Betriebswirt (FH) Gesundheitsökonom (EBS) Bank-Controller (vbb)

Seit 20 Jahren ausschließlich im Gesundheitswesen tätig gewesen:

- · Direktor einer Standesbank
- Geschäftsführer
- Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen
- Leitung von Projekten (vernetzte Strukturen, medical pathways, Businesspläne, etc.)

10



## Neues aus dem Netz

### Neuigkeiten aus der GNS-Geschäftsstelle

Wir begrüßen Frau Dagmar Benz als Geschäftsführerin des Gesundheitsnetz Süd eG GNS. Ihre Arbeit hat sie bereits im Juni aufgenommen. Frau Benz ist mit Ihren Erfahrungen aus der Kassenärztlichen Vereinigung für das GNS ein enormer Kompetenzzugewinn. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit. Bitte lesen Sie auch den Beitrag von Frau Benz in dieser Ausgabe.

### Neues vom BVÄG

Herr Dr. Trulson ist aus Krankheitsgründen als 1. Vorstandsvorsitzender beim BVÄG zurückgetreten. Auf der am 8. Mai 2009 stattgefundenen Mitgliederversammlung des BVÄG fand daher eine Neuwahl statt. Als 1. Vorsitzender wurde der Facharzt für Allgemeinmedizin Herr Dr. med. Joachim Wagner (GoLu) gewählt. Als stellvertretende Vorsitzende wurden Frau Großpietsch (Juristin) und Herr Dr. Rink (Facharzt für Anästhesie, Schleswig-Holstein) gewählt. Wir wünschen dem neuen Vorstand Glück, Standhaftigkeit und zielorientiertes Handeln unter Wahrung genossenschaftlichen Gedankentums.

#### **GNS** bekommt Zuwachs!

GNS und die Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen – kurz PädNetzS aus Stuttgart haben sich für eine Kooperation mit GNS entschieden. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.



Ihr Ansprechpartner beim PädNetzS ist Herr Dr. med. Rudolf von Buttler oder Herr Dr. med. Ulrich Kuhn, Lenzhalde 96 in 70192 Stuttgart.

**GE Healthcare Deutschland** 

### Unser Leistungsspektrum wächst!

GE Healthcare



Wir möchten unseren neuen Kooperationspartner vorstellen:

### **GE Healthcare Deutschland**

Oskar-Schlemmer-Str. 11 80807 München www.gehealthcare.com

GE Healthcare liefert medizintechnische Lösungen und bietet Dienstleistungen, die einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung eines neuen Zeitalters für die Patientenversorgung leisten. Das Unternehmen

verfügt über ein umfassendes Know-how in den Bereichen medizinische Bildgebung, Informationstechnologie, medizinische Diagnostik, Patientenmonitoring, Arzneimittelforschung und biopharmazeutische Fertigungstechnologien. Zudem bietet der Medizintechnikhersteller unterschiedlichste Dienstleistungen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen und unterstützt Kunden, weltweit immer mehr Menschen eine bessere Patientenversorgung zu niedrigeren Kosten zuteil werden zu lassen. Darüber hinaus kooperiert GE Healthcare mit führenden Anbietern von Gesundheitsleistungen. Ziel ist es, einem globalen Kurswechsel zum Durchbruch zu verhelfen, der notwendig ist, um nachhaltige Gesundheitssysteme zu etablieren.

Eine Rahmenvereinbarung sieht vor, dass die Mitglieder des Gesundheitsnetzes Süd eG (GNS) Medizinprodukte wie Ultraschallsysteme, Röntgengeräte, EKGs, Defibrillatoren und Kontrastmittel zu bevorzugten Konditionen kaufen und warten lassen können.

Der zentrale Ansprechpartner, Herr Christian Wiest, wird bei GE Healthcare eine optimale Reaktionszeit und Betreuung der Ärzte sicherstellen.

Ihr Ansprechpartner: Christan Wiest

Telefon: 089 / 96 28 1 774 Telefax: 089 / 96 28 1 772 christian.wiest@ge.com

### **Berufspolitik**

Ein Bericht von Dr. Martin Wagner

# Politisches Druckmittel: ÄRZTESTREIK

Haben Ärzte überhaupt ein Recht zu streiken? Haben Ärzte Gründe zu streiken? Ersteres wird von den Juristen eher in Frage gestellt. Gründe zum Streiken gibt es aus ärztlicher Sicht dagegen viele!

GNS hat in einer Wahlkampfkommission Konzepte zur aktiven und streitbaren Begleitung des diesjährigen Bundestagwahlkampfes gegründet. Verschiedene Aktionen wurden bereits umgesetzt. GNS-Mitglieder haben Wahlkampfplakate und Flyer zur Auslage in ihren Praxen erhalten. Ein recherchierter Fragenkatalog zum Besuch von Wahlkampfveranstaltungen wurde entwickelt und ins Netz gestellt (www.gnsued.de).

Eine der schärfsten Waffen einer Auseinandersetzung, wenn es um berufliches Überleben geht, ist der Streik, die Weigerung, wie bisher weiter zu arbeiten.

Es geht um den Erhalt einer freien, niedergelassenen Ärzteschaft, die in der BRD ein hervorragend funktionierendes Gesundheitssystem aufgebaut hat. Dieses wird seit Jahren systematisch und scheibchenweise demontiert, um letztlich einen Systemwechsel herbeizuführen.

Dem Freiberufler "Arzt" werden immer engere Fesseln angelegt. Er droht in einem Geflecht aus Vorschriften, Zwängen, Sanktionen und dem absehbaren wirtschaftlichen Niedergang erdrosselt zu werden. Damit werden die Grundpfeiler des ärztlichen Berufes unterspült: Junge Ärztinnen und Ärzte sind immer seltener bereit, unter den bestehenden Rahmenbedingungen in eigener Praxis tätig zu werden. Sie treten die Flucht ins Ausland, in andere Berufe oder ins Angestelltenverhältnis an.

Die Unabhängigkeit des ärztlichen Handelns.

Es scheint politischer Wille der Regierungspartei der Großen Koaliton zu sein, die Fachärzte ins Krankenhaus oder ans MVZ in abhängiger Anstellung zu zwingen. Die Hausärzte werden in diesem düsteren Szenarium peu à peu ihrer Werkzeuge beraubt und zu Barfuß-Medizinern degradiert. Sie sollen als Mangelverwalter einer über zwanzigjährigen falschen Gesundheitspolitik herhalten!

Berechtigte Proteste der Ärzteschaft werden durch Schüren der Neiddebatte und Unterstützung der innerärztlichen Grabenkämpfe zunichte gemacht. Was anderswo als Kapital angesehen wurde, gilt bezogen auf die Ärzteschaft als normal: "Der Arzt hat kein Recht auf angemessene Vergütung, sondern lediglich auf angemessene Beteiligung bei der Verteilung der Gesamtvergütung!" so beurteilt Prof. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht die geltende juristische Auffassung zu ärztlicher Honorierung. Deshalb lautet sein dringender Rat an die Ärzteschaft: "Ärzte müssen sich stärker politisch engagieren!"

Das stärkste Mittel, uns politisch bemerkbar zu machen, ist die solidarische Arbeitsniederlegung. Es gibt viele Gründe unsere Arbeit zu verweigern!

Dazu gehören genauso das devote Einsammeln der "Quartalskrankenkassengebühr" mit regelmäßiger Aufzahlung aus eigener Tasche, wegen weiterhin drohenden Regressen bei Überschreitung der Medikamenten-, Heil- u. Hilfsmittel-Budgets, die elektronische Patientenkarte, die generelle Beschneidung unserer wirtschaftlichen





Möglichkeiten, die Unmöglichkeit unser Personal, wie in anderen Berufen üblich, produktiv einsetzen zu können. Dazu gehören auch die gewaltigen Verschiebebahnhöfe zur Zweckentfremdung von Krankenkassengeldern, Gesundheitsfond, Bürokratiewahnsinn etc..

### Jeder Grund für sich alleine ist schlimm genug – die Summe ist unerträglich!

GNS unterstützt daher weitere Streikmaßnahmen vor der Bundestagswahl und appeliert an die unbedingte Solidarität der Ärzteschaft.

Nur ein hohes Quorum ist ein starkes politisches Signal.

Jedem Mitglied muss klar sein, wachsendem Druck können wir nur geschlossen begegnen.

Wir werden uns in der Auseinandersetzung um das Gesundheitssystem der Zukunft nur durchsetzen, wenn wir uns gemeinsam zu Wehr setzen, nur solidarisches Handeln wird unsere politischen Widersacher beeindrucken.

Ein Bericht von Dagmar Benz

# Nach 22 Jahren KV zu GNS – Warum?

Nach 22 Jahren KV, zuletzt in der Funktion der Vorstandsassistentin der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, habe ich am 02.06.09 meine Tätigkeit als Geschäftsführerin von GNS aufgenommen. Warum?



Nach meinem Studium der Rechtswissenschaft in Tübingen und anschließender Referententätigkeit für ein juristisches Repetitorium begann ich 1987

meine Tätigkeit bei der damaligen KV Südwürttemberg. Schnell war mir klar: Das Gesundheitswesen ist genau mein Ding, weil es kein statisches, sondern ein sich ständig weiterentwickelndes System ist.

In Prof. Dr. jur. Narr hatte ich zwar keinen einfachen, aber einen hervorragenden Lehrmeister. 1991 übernahm ich in der KVSW die Leitung des Bereiches Sicherstellung/Zulassung/Niederlassungsberatung/Qualitätssicherung.

Mit Einführung der Seehoferschen Bedarfsplanung änderten sich die Dinge maßgeblich. Aus Angst, dass sich durch die Bedarfsplanung die Türen für die Niederlassung in freier Praxis schließen könnten, erfolgte ein Niederlassungsboom, der zunächst überwiegend zu rechnerischer Überversorgung führte, die allerdings durchaus am regionalen tatsächlichen Versorgungsbedarf vorbei ging. Dies kam gerade in einem KV-Bereich, für den ein hoher Anteil ländlicher Versorgungsräume charakteristisch

ist, stark zum Tragen. Daher waren pragmatische Lösungen im Sinne der Versorgung und im Sinne derer, die die Versorgung leisten, nämlich der Mitglieder erforderlich. Leider sind insbesondere in den letzten Jahren durch politisch gewollten Zentralismus und speziell in Baden-Württemberg durch die Fusion der vier Kassenärztlichen Vereinigungen die regionalen Aspekte und damit auch die Interessenvertretung teilweise auf der Strecke geblieben.

Genau hier sehe ich die Stärke von GNS. Allerdings darf nicht verhehlt werden, dass GNS eine eigene und transparente klare Strategie braucht: Die Mitglieder müssen erkennen können, in welche Richtung es gehen soll – gegenüber den Krankenkassen ist die Leistungsfähigkeit darzustellen und anderen namhaften Verbänden muß aufgezeigt werden, dass GNS eigene Vertragskonzepte entwickeln kann und damit auch ein starker strategischer Partner in der Umsetzung neuer Versorgungs- und Vertragskonstruktionen ist.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hat den Wettbewerb ausgerufen und diese Chance muss auch genutzt werden, wenn hierdurch für die Mitglieder ein erkennbarer Nutzen erzielt werden kann.

### Pantoprazol-ratiopharm®

Ihre Patienten danken es Ihnen.



<sup>\*</sup> Preise Stand 01.06.2009, Preisstand für Vergleich mit Erstanbieter 01.05.2009, zum Zwecke des Preisvergleichs wurde der Einzeltablettenpreis von Pantozol\* 20 mg OP 98 berechnet und die Differenz zu Pantoprazol-ratiopharm\* 20 mg OP 100 errechnet.

Pantoprazol-ratiopharm® 20 mg magensaftresistente Tabletten · Pantoprazol-ratiopharm® 40 mg magensaftresistente Tabletten, Wirkstoff: Pantoprazol. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede magensaftresistente Tbl. enth. 20 mg/40 mg Pantoprazol (entspr. 22,6 mg/45,1 mg Pantoprazol-Natrium 1,5 H20). Sonst. Bestandt: Tablettenkem: Maltitol (E 965), Crospovidon Typ B, Carmellose-Natrium, Natriumcarbonat (E 500), Calciumstearat (Ph.Eur.), Irietylpicitrat (E 1505), Anwendungsgebiete: -20 mg magensaftresistente Tbl.: Behandl. der leichten Refluxkrankheit u. damit verbundener Symptome (z. B. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schluckbeschwerden), Langzeittherapie u. -Prävention von Rezidiven bei Refluxšosphagitis, Prävention der durch nicht-selektive, nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR) induzierten gastroduodenalen Ulzera bei Risikopat., die einer kontinuierl. Behandl. mit NSAR bedürfen. -40 mg magensaftresistente Tbl.: Zweithinger-Elisons-Syndroms u. and. Erfrak, die mit einer pathologischen Hypersekretion von Magensäure einhergehen. Gegenanzeiger: Ultimerpethelisten gegenanzeiger: Unter der Behandl. von Kdrn. unter 12 J. liegen nicht vor. Dieses AM enth. Maltitol, deshalb nicht von Pat. mit hereditärer Fruktose-Intoleranz einnehmen Nur mit Vorsicht schwangeren Pat. verschreiben. Nutzen-Risiko-Abwägung währ. der Stillzeit. Nebenwirkungen: Leukopenie, Thrombozytopenie, anaphylaktische Reaktionen einschl. Abwägung währ. der Stillzeit. Nebenwirkungen: Leukopenie, Thrombozytopenie, anaphylaktische Reaktionen einschl. Amagensäure einhorten Nurzen-Risiko-Abwägung währ. der Stillzeit. Nebenwirkungen: Leukopenie, Thrombozytopenie, anaphylaktische Reaktionen einschl. Amagensäure einher vor. Der Verschreiben vor. Der Verschreiben vor. Der Verschreiben vor. Der Verschreiben. Nurzen-Risiko-Abwägung währ. der Stillzeit. Nebenwirkungen: Leukopenie, Thrombozytopenie, anaphylaktische Reaktionen einschl. Perschlechterung dieser Symptome bei vorbestehender Symptomatik, Kopfschmerzen, Schwidel, Sehstsin. (Perschwormensehen), Obe



## Glucosamin gegen Gonarthrose-Symptome

Typische Symptome der Gonarthrose, einer alters- oder verschleißbedingten Veränderung des Kniegelenks, sind Gelenkschmerzen und Bewegungseinschränkungen. Die Einnahme von Glucosamin, einem natürlichen Bestandteil der Knorpelmatrix und Gelenkflüssigkeit, kann die Symptome lindern.

In einem gesunden Kniegelenk sorgen der Knorpel und die Gelenkflüssigkeit für einen reibungslosen Ablauf der Bewegung. Mit dem Alter nutzt sich die Knorpelschicht ab und das Risiko, an Gonarthrose zu erkranken, steigt. Im weiteren Verlauf kann dies zu Knorpelverlust und zu Veränderungen des Knochens führen. Übermäßige Belastung, wie Übergewicht, Gelenkfehlstellungen oder Knochenerkrankungen stellen zusätzliche Arthrose-Risiken dar. Etwa bei zwei Drittel der Menschen über 65 Jahre tritt Arthrose auf.

Da der Gelenkverschleiß im Knie der Patienten am häufigsten festgestellt wird, ist es wichtig, Patienten über Gonarthrose und Therapiemöglichkeiten aufzuklären.

Bei Gonarthrose treten Schmerzen in den Knien vor allem bei stoßartigen Belastungen auf. Mit der täglichen Einnahme von Glucosamin, zum Beispiel als Lösung (Glucosamin-ratiopharm® 1500 mg), können die Schmerzen der Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Gonarthrose innerhalb von vier Wochen gelindert und die Beweglichkeit des Gelenks verbessert werden. Glucosamin trägt dazu bei, den Stoffwechsel des Knorpels anzuregen und unterstützt die Bildung der Gelenkflüssigkeit.

Da Gonarthrose auch symptomlos verlaufen kann, wird bei den meisten Patienten erst bei erheblichen Schmerzen, deutlichen Gelenkveränderungen und Beeinträchtigung des Alltags eine Therapie begonnen. Ziel einer solchen Therapie ist es dann, die Schmerzen, die anfänglich belastungsabhängig sind, zu lindern und die Einschränkungen zu vermindern.

Mit der Einnahme von Glucosamin sowie sanften Bewegungen kann jeder Patient mit Arthrose selbst für seine Lebensqualität, Bewegungs- und Belastungsfähigkeit sowie Schmerzlinderung sorgen. Mit gezielten sportlichen Maßnahmen können die Erkrankten das Fortschreiten der Gon-

arthrose verlangsamen, die Elastizität und Widerstandsfähigkeit des Knorpels stärken und die Beweglichkeit des Gelenks fördern. Sanfte Bewegungen regen die Gelenkinnenhaut an, Gelenkflüssigkeit zu produzieren. Entscheidend ist hierbei, dass die Patienten im Frühstadium der Arthrose aktiv werden.

Bei Patienten mit Adipositas werden die Kniegelenke dauerhaft belastet. Die Gewichtsreduktion spielt eine bedeutende Rolle, um eine Entlastung der Gelenke zu erreichen und dem Verlauf von Arthrose entgegenzuwirken sowie die Belastungsfähigkeit des Kniegelenks zu verbessern.



Glucosamin-ratiopharm® 1500 mg Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen

Wirkstoff: Glucosaminhemisulfat. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Ein Beutel enth. 1500 mg Glucosaminhemisulfat als 1884 mg Glucosaminhemisulfat-Natri-umchlorid (1:1), entspr. 1178 mg Glucosamin. Sonst. Bestandt.: Aspartam, Sorbitol, Wasserfreie Citronensäure (Ph.Eur.), Macrogol 4000. Anwendungsgebiete: Linderung von Symptomen leichter bis mittelschwerer Arthrose des Kniegelenks. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gg. Glucosamin od. einen der sonst. Bestandt., Pat., die an einer Schalentierallergie leiden, da der Wirkstoff aus Schalentieren hergestellt wird. Warnhinw. und Vorsichtsmaßn.: Ein Beutel enth. 384 mg Natriumchlorid. Dies ist zu berücksichtigen bei Personen unter Natrium-kontrollierter (natriumarmer/-kochsalzarmer) Diät. Enth. Aspartam als Quelle für Phenylalanin. Pat. mit hereditärer Fructose-Intoleranz sollten dieses AM nicht einnehmen. Glucosamin sollte nicht währ. der Schwangerschaft angewendet werden. Anwendung währ. der Stillzeit wird nicht empfohlen. Nebenwirkungen: Übelkeit, Bauchschwerzen, Verdauungsstör., Obstipation, Diarrhoe, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Hautausschlag, Juckreiz, Hautrötung, Erbrechen, Verschlimmerung eines bestehenden Asthmas, Angioödem, Urtikaria, unzureichende Blutzuckerkontrolle bei Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Ödeme, periphere Ödeme. Dosierung: Der Inhalt eines Beutels wird in einem Glas Wasser aufgelöst und einmal tgl., vorzugsw.e mit einer Mahlzeit, eingenommen. Stand: 8/08.

### Informationen für medizinisches Fachpersonal

Ein Beitrag von Monika Abel-Pfeiffer Dipl. Sozialpädagogin (FH), Fortbildungsreferentin im Gesundheitswesen

### Im Dialog mit den MitarbeiterInnen

Im folgenden finden Medizinische Fachangestellte praxisrelevante und aktuelle Berichte speziell abgestimmt auf ihre Berufsgruppe.

Aktuelles Thema: Neue MitarbeiterInnen in der Arztpraxis erfolgs- und zielorientiert einarbeiten.



Können Sie sich noch an Ihren ersten Arbeitstag in der Praxis erinnern? Wie wurden Sie begrüßt? Wie ging der erste Tag weiter? Mit welchen Eindrü-

cken, Gefühlen und Erwartungen sind Sie nach diesem ersten Arbeitstag nach Hause gegangen?

Für die neue Mitarbeiterin ist der erste Tag am neuen Arbeitsplatz ein Schlüsselerlebnis. Die Antwort auf die Frage "Bin ich hier richtig oder...?", prägt ihre weiteren Entscheidungen. Manchmal gibt es für den ersten Eindruck keine zweite Chance. Deshalb muss für alle Praxismitarbeiter klar sein, dass der erste Eindruck entscheidend ist.

Die zielorientierte Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen und Azubis sollte deshalb entsprechend wichtig genommen werden und in der Personalführung einen angemessenen Stellenwert einnehmen. Ist sie doch ein wesentlicher Kosten- und Motivationsfaktor für jede Praxis. Nicht oder schlecht eingearbeitete Kolleginnen machen unnötige Fehler. Das kostet einerseits Zeit und Geld und hinterlässt bei den Patienten Unzufriedenheit und einen schlechten Eindruck, was nach außen

getragen wird und dem Image der Praxis schadet. Und das wiederum frustriert alle: die neuen Mitarbeiter und das Team.

Was also kann getan werden damit die Einarbeitung gelingt? Es gibt ein paar einfache Regeln, die zu beachten sind. Bevor die "Neue" kommt, sollte geklärt werden, wer im Wesentlichen für die Einarbeitung zuständig ist. Wer aus dem Team ihr Pate oder Mentorin sein soll. Und wie wird die für die Einarbeitung zuständige Kollegin etwas von der Routinearbeit entlastet? Gibt es einen Einarbeitungsleitfaden oder ein Einarbeitungskonzept als Orientierungshilfe? Hilfreich sind auch ein Tagesablauf- oder Wochenarbeitsplan, ein Zuständigkeitsplan und diverse Checklisten über die Arbeitsabläufe der Praxis etc..

Wurden Zielvereinbarungen im Einstellungsgespräch getroffen? Denn klare Zielvereinbarungen für die Einarbeitung geben Orientierung und sind Wegweiser sowohl für die neue Mitarbeiterin als auch für das bestehende Team, deshalb sollten sie allen bekannt sein. Zielvereinbarungen sind Soll-Ziele, sie geben Auskunft darüber, wann die neue Kollegin was wie gut können muss? Sie sollten deshalb klar und objektiv überprüfbar sein und schon im Vorstellungsgespräch mit der Mitarbeiterin abgeklärt und vereinbart werden. Während der Einarbeitungszeit werden diese Soll-Ziele nach einem festgelegten Zeitplan beurteilt und eventuell korrigiert. Dieser Vergleich zwischen dem jetzigen

Ist- und dem angestrebten SoII-Zustand ist ein ständiger und notwendiger Prozess, keine einmalige Angelegenheit.

Damit die Einarbeitung auch wirklich erfolgreich und zufriedenstellend klappt, sind folgende Überlegungen hilfreich:

- Ziele sollen genau und eindeutig formuliert sein
- · Ziele sollen wichtig und glaubhaft sein
- Ziele müssen messbar und überprüfbar sein
- Ziele sollen mit den gegebenen Mitteln erreichbar sein
- Ziele sollen immer mit einem Feedback verbunden sein.

Ein klares und durchdachtes Anforderungsprofil ist deshalb hilfreich: was erwartet das Team von der neuen Kollegin? Was sind die Erwartungen der neuen Kollegin an das Team?

Eine Einarbeitung ist gut und kann dann als gelungen bezeichnet werden, wenn die neue Mitarbeiterin am Ende der vereinbarten Einarbeitungszeit:

- Ihre Aufgaben kennt, also weiß, was sie zu tun hat
- weiß, wie sie es zu tun hat und die Qualifikation dazu hat
- in das Team integriert ist
- und eine Bindung an die Praxis hat und diese Loyalität auch zeigt

Wer nicht weiß wo er hin will, darf sich nicht wundern, wenn er woanders ankommt.



### Anmeldung

### Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Mitglieds-Nr.	Geburtsdatum		
	Vollständiger Name	und Anschrift des Beitreter	nden/Mitglieds/Praxisstempel
Gesundheitsnetz Süd eG, GNS	G		·
z. Hd. Frau Ihlenburg	Name	Te	elefon
Hopfenhausstraße 2			
	Straße	E-	-mail
89584 Ehingen			
	PLZ/Ort	Fa	ax
Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen			
Ich erkläre hiermit meinen Beitritt Ich erkläre, dass ich mich mit  GNS Mitgliedschaft ohne I	weiteren, also insgesamt	Geschäftsteilen an der Ger	nossenschaft beteilige.
Der Beitritt zum Gesundheitsnetz Süd Im Falle Ihres Austritts erhalten Sie d	kostet Sie einmalig 500 E		
Ich verpflichte mich, die nach Gesetz	und Satzung geschuldeten	Einzahlungen auf den/die G	Geschäftsanteil(e) zu leisten.
Ich ermächtige die Genossenschaf folgendem Konto zu belasten:	t, einmalig 500 Euro (nach	Gesetz und Satzung fällige	e Einzahlungen)
Konto-Nr.	BLZ	Ba	ank
Soweit die Dividende 51 Euro nicht ü auf Erstattung der Kapitalertragssteue	_	im Finanzamt gem. § 45 c	EStG der Antrag
Ich beauftrage die Genossenschaf	t mir aug künftigan Dividar	danahraahnungan zuetahar	ada Ananrüaha
(einschließlich evtl. Steuerguthabe	_	_	
Geschäftsanteils gutzuschreiben u	-		-
§ 45 c EStG den Antrag auf Erstat		_	ii Filializaliit gelii.
3 45 C ESIG Gen Antrag aur Erstai	itung der Kapitalertragssted	er zu stellen.	
Darüber hinausgehende Beträge bitte	ich dem folgenden Konto g	utzuschreiben:	
Konto-Nr.	BLZ	B	ank
Ort, Datum:		Beitretender / Mitglied: _	
Ort, Datum:		Kontoinhaber:	
☐ Ich bin bereits Mitglied beim Ärzte	enetz		
< Einfach abtrennen, in ein Fensterl			

### Der neue Vorstand des BVAG e. V.



■ Der Vorstand des Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften Deutschlands (BVÄG e.V.) ist am 8. Mai auf seiner Jahresversammlung in Frankfurt/ Main neu gewählt worden. Erster Vorsitzender ist jetzt Dr. med. Joachim Wagner aus Ludwigshafen (im Bild re.). Dr. Wagner geht aus der Ärztegenossenschaft Gesundheitsorganisation Ludwigshafen (GOLU) hervor, deren Mitgründer er war und die wesentlich durch ihn geprägt wurde. Er ist damit der Nachfolger des aus gesundheitlichen Gründen von seinen Ämtern zurückgetretenen Dr. Uwe Trulson (Erfurt). Mit Dr. Wagner wird sich ein erfahrener ärztegenossenschaftlicher Mitstreiter auch zeitlich intensiver in die umfassenderen Aufgaben und Herausforderungen an den BVÄG einbringen können. – Zu Vorstandsmitgliedern und stellvertretenden Vorsitzenden wurden der Anästhesiologe Andreas Rinck aus Kiel (im Bild Ii.) und die Juristin Katrin Großpietsch aus Jena (Bildmitte) gewählt. Mit Andreas Rinck ist ein erfahrener Facharztvertreter und mit Katrin Großpietsch nun eine genossenschaftliche Rechtskompetenz an Bord der Dachorganisation der Ärztegenossenschaften. Der neue Vorstand wird sich mit Nachdruck für die Fortentwicklung der ärztegenossenschaftlichen Ideen und Aufgaben einsetzen sowie damit auch die wirtschaftliche Situation der Ärzteschaft stärken.

### BVAG-Handlungsplan wird schrittweise realisiert

■ Zentrales Thema der jüngsten Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften e. V. (BVÄG) war der Businessplan der Dachorganisation. Das Konzept liegt im Entwurf vor. Es wird nun vom neuen Vorstand aufgegriffen und entsprechend in realisierbaren Schritten weiter verfolgt.

Diese Planungs- und Arbeitsschwerpunkte werden hierbei anvisiert: Die Gewinnung neuer Mitgliedsgenossenschaften, die aktive Mitgestaltung des BVMG sowie der zukünftigen vertraglichen Versorgung (§ 73b / § 73c), die Forcierung verbandsübergreifender Kooperationsformen, die Schaffung einer schnellen Finanzbasis für eine operative Struktur mit einer hohen "Schlagkraft" des

BVÄG, die Diskussion erster Finanzierungskonzepte in zeitnaher Konkretisierung, die Verbesserung der Kommunikation bzw. Informationsarbeit des Vorstandes mit den Mitgliedern sowie die rasche Erarbeitung einer beschlussfähigen Satzung.

Der bisher amtierende Vorstand (Dres. Uwe Trulson, Bärbel Grashoff und Rainer Woltmann) wurde durch die anwesenden Mitglieder entlastet. Zuvor wurde von Dr. Woltmann der Finanzbericht vorgetragen, der für 2008 einen ausgeglichenen Haushalt nachweist. In ihrem Vorstandsbericht gab Dr. Grashoff einen ausführlichen Ausblick auf neue Vertragsformen und die Möglichkeiten einer entsprechenden Positionierung des BVÄG.

### "Bürokratische Kontroll- und Regelungswut schmälert Begeisterung am Arztberuf"

### Round-Table-Gespräch: Großes Verantwortungsbewusstsein für die Patienten

Tum
Thema "Mit
Freude Arzt
sein", einem
neuen Leitmotiv ärztegenossenschafltichen
Wirkens und



Christoph Meyer

der Q-Pharm AG, äußerten sich kürzlich zwei jüngere Ärztinnen und ein älterer Kollege in einem zweistündigen Rundgespräch, Das Round-Table-Gespräch über das ärztliche Berufsverständnis früher und heute ergab hohe Übereinstimmung: Trotz veränderter und erschwerter gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen ist der Arztberuf nach wie vor von leidenschaftlichem Engagement, humanitärer Grundeinstellung und großem Verantwortungsbewusstsein für die Patienten geprägt. "Doch bei näherer Betrachtung sind es vor allem die einengenden Vorschriften, der teilweise durch die Bürokratie ausgelebte Kontrollwahn und die inzwischen nicht mehr zu durchschauenden Regelungen, die uns die Freude am Beruf trüben", so Q-Pharm-Vorstandsvorsitzender Christoph Meyer.

"Möglicherweise laufen ältere Kollegen die Gefahr, die Kolleginnen und Kollegen gar nicht mehr im Auge zu haben, die dazu angetreten sind, die ärztliche Zukunft zu sichern", sagte Allgemeinmediziner Meyer zum Motiv für den Gedankenaustausch. "Es dreht sich also um das Kennenlernen von zwei Generationen sowie deren neuen und früheren Auffassungen." Die meisten Ärzte seien bereits etliche Jahre in eigener Praxis tätig und mancher könne sich heute kaum noch an die Begeisterung erinnern, mit der er oder sie in den Beruf gestartet ist.

Ein wesentliches Ziel der ärztegenossenschaftlichen Bewegung sei die Erhaltung der Freiheit im ärztlichen Beruf, hob Christoph Meyer hervor. Die grundlegenden Entscheidungen in der Behand-

lung unserer Patienten müssen frei bleiben von gesundheitspolitischer Opportunität oder gar Kassenzugehörigkeitsmerkmalen. Deshalb haben Sie sich als engagierte Ärztinnen und Ärzte auch für ein eigenes Arzneimittelmanagement in den Ärztegenossenschaften entschieden. Durch die Produktpalette von Q-Pharm seien heute mehr als 80 % der kostenträchtigsten Dauerverordnungen nicht nur im hausärztlichen Bereich abgedeckt. Insbesondere auch die sehr spezialisierten Fachgruppen können nun durch die Verordnung von Arzneimitteln

der Q-Pharm das knappe Budget zu Gunsten einer innovativen und zweckmäßigen Medizin entlasten. "Ist dann auch der Kopf erst entlastet, geht die eigentliche Arbeit wesentlich besser von der Hand – und der Beruf des Arztes muss auch weiterhin Freude bereiten, denn nur dann sind wir in der Lage die notwendige Leidenschaft und das entsprechende Herzblut in einen Beruf zu legen, den es so nur einmal gibt."

"perspectiv" veröffentlicht, beginnend in der Mai-Ausgabe, das Rundgespräch in drei Folgen.

Interessenten können den Text als pdf über die Webseite www.qpharm.de unter "perspectiv" lesen bzw. ausdrucken.



Roundtable zum ärztlichen Selbstbild gestern und heute: Dres. Daniela Meyer, Michael Sonntag und Sabine Hoffner-Eggers (v. l. n. r.)

18



### Zum Beispiel: Der "Beirat" des GV-West

### "Perspectiv"-Interview mit Dr. Manfred Klemm und Michael P. Weiß

■ Der Gesundheitsverband West eG ("GV-West") hat ein Informations- und Multiplikationsgremium installiert, das modellhaft für andere Ärztegenossenschaften bzw. deren regionale Dachorganisationen sein könnte. Der kürzlich gegründete "Beirat" des GV-West hat die Funktion der Mitwirkung an ärztegenossenschaftlichen Aktivitäten auf zwei Ebenen: Zum einen ist er auf den Vorstand und die Geschäftsführung fixiert, zum anderen bedient er die Netzebene.

GV-West-Geschäftsführer Dr. Manfred Klemm und Michael P. Weiß, der beratend zur Seite steht, erläuterten die Beirats-Funktionen "perspectiv"-Interview:

### Was steht im Zentrum der Aufgaben Ihres Beirats?

M. Klemm: Im Zentrum der Beirats-Mitarbeit für Vorstand und Geschäftsführung stehen die Infor-



Dr. Manfred Klemm

mation des Vorstands sowie das Vorhalten und die Aufbereitung spezifischen Wissens. Damit hängen dann die personelle Bildung eines Kompetenzpools sowie die Vorbereitung von Entscheidungen von Vorstand und Geschäftsführung zusammen. Dazu kommt die zentrale Aufgabe des Beirats zugunsten der Netzebene. Hier ist die Rolle des Beirats als eine Art Botschafter des GV-West zu verstehen. Das geschieht als Multiplikator vor Ort in den einzelnen Netzen sowie als Berater und Helfer beim Ausbau von Strukturen mit Ziel einer stärkeren Effizienz der Netzarbeit. Damit verbunden ist auch, bei der Entwicklung von Netzprofilen mitzuwirken.

### Ich verstehe das so, dass der Beirat als Dienstleister wirkt; können Sie dazu weitere Einzelheiten nennen?

M. P. Weiß: Wir führen Fachleute zusammen, die in Form des Beirats als neutraler Dienstleister des GV-West für die einzelnen Ärztegenossenschaften und Ärztenetze aktiv werden sollen. Konkrete Beispiele für deren Aufgaben sind die Entwicklung und Sicherstellung der Mitgliederkommunikation, die verantwortliche Umsetzung ökonomischer Belange, wie Mit-

entwicklung bei Finanzplanungen, die Durchsetzung vereinbarter Verträge und die Erfolgskontrolle

des Arzneimittelmanagements in punkto Q-Pharm. Beim Aufbau oder der Verbesserung von Netzstruk-



Michael P. Weiß

turen wären als Beispiele die elektronische Patientenakte, die Einbindung von Apothekennetzwerken und die Förderung des Dialogpartnerinnen-Systems zu nennen.

### Erläutern Sie bitte noch die personelle Beiratsstruktur!

M. Klemm: Es gibt den Beiratsvorsitzenden und einen Vertreter, es gibt je GV-West-Mitgliedsgenossenschaft und je Netz zwei Beiratsmitglieder und es gibt externe Beiratsmitglieder entsprechend unserer GV-West-Satzung. Das heißt zusammen werden das dann voraussichtlich rund 20 Beiratsmitglieder sein.

### Erfa-Apotheker besucht Q-Pharm AG

■ Auf Einladung von Apotheker Dr. Hans Peter Weinschenck (Kgl. Privilegierte Apotheke Satrup) tagte eine "Erfa"-Gruppe von Apothekern aus dem ganzen Bundesgebiet am 23. März im Norden der Republik. Die Apothekerinnen und Apotheker nutzen dabei die Gelegenheit, sich in der Vertriebszentrale der ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm AG in Flensburg über Zielsetzung und das Generika-Programm des Pharmaunternehmens zu informieren.

Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer (FA für Allgemeinmedizin) sowie leitende Mitarbeiter der Vertriebszentrale standen der Erfahrungsaustausch-Gruppe der Apotheker Rede und Antwort. Bei dem Gespräch wurde übereinstimmend festgestellt, dass es in der Kooperation von Ärzten und Apothekern nach wie vor darum geht, "bestimmte Hürden" zu nehmen, um zu einer breiteren gemeinschaftlichen Leistung am Patienten durch noch gezieltere Beratung und Empfehlungen zu kommen.

### Preisliste ging an mehr als 20.000 Ärzte

■ Mehr als 20.000 Ärzte in Deutschland haben die vierteljährlich aktualisierte Arzneimittel-Preisliste der Q-Pharm AG (Stand 15. April 2009) erhalten. Die in dem kleinen, handlichen Katalog aufgeführte Präparate-Palette wird in bewährter Weise von ärztegenossenschaftlichen Themen umrahmt: Stellungnahmen zum Leitmotiv "Mit Freude Arzt sein…" sind zu lesen sowie der Appell, wirtschaftlich zu handeln, Netzwerke zu nutzen und fachliches Wissen zu teilen. – Gleichzeitig erhielten auch die Dialogpartnerinnen der Arztpraxen eine neue, aktualisierte Fassung der Arzneimittelliste.

### Neu: Pantopra-Q®

■ Wie angekündigt hat die ärztegenossenschaftliche Q-Pharm AG am 15. Mai Pantopra-Q<sup>®</sup> (Wirkstoff: Pantoprazol) in den Handel gebracht, und zwar als 20 mg sowie 40 mg magensaftresistente Tabletten jeweils in Packungsgrößen von 15 (N1), 30 (N2), 60 (N3) und 100 (N3) Stück. Außer Vertrieb: Zum 15. April 2009 wurde Ismanton<sup>®</sup> 60 mg Hartkapseln (N3) aus dem Vertrieb genommen. Außerdem werden zum 01. Juli 2009 Rispe-Q 4 mg Filmtabletten N1 und N2 außer Vertrieb gemeldet. Der Grund dafür ist, dass Risperidon in der Wirkstärke 4 mg einen sehr geringen Absatz hat, was sich auch auf den Gesamtmarkt bezieht. Die noch vorhandene Ware ist bis 10/2009 haltbar. Rispe-Q 4 mg Filmtabletten N3 bleiben im Handel.

# Anteil der "Aut-idem" angekreuzten Rezepte regional unterschiedlich

■ Gut fünf Jahre nach Änderung der Vorschriften für die Autidem-Verordnung – diese besagt bekanntlich, ist das Kästchen angekreuzt, so ist der Präparate-Austausch tabu - zeigt sich in den regionalen KV-Regionen ein uneinheitliches Bild. Der Anteil der Rezepte, bei denen eine Substitution des Präparats untersagt wird, schwankt zwischen 7 % (Bayern) und 25 % (Schleswig-Holstein). Hessen (14 %) und Rheinland-Pfalz (15 %) liegen im Mittelfeld.

Im bundesweiten Durchschnitt wird bei 15 % der Verordnungen ein Austausch durch den Apotheker untersagt, berichtete der Marktforscher IMS Health. Manche regionale KV empfiehlt dabei offensiv, bei Vorliegen von Rabattverträgen einen Wirkstoff zu verordnen - das sei etwa in Berlin oder Hamburg der Fall. Dann ist die Auswahl des konkreten Präparats Sache des Apothekers.

Der Umfang von regionalen Rabattverträgen scheint keine wesentliche Rolle zu spielen für die Wahl der Aut-idem-Option. Indiz: In Bayern liegt der Anteil abgegebener Rabatt-Arzneien vergleichbar hoch wie in Schleswig-Holstein.

Impressum: Inhaltlich verantwortlich für die beiden Seiten "perspectiv": BVÄG e. V. (Weimar-Legefeld) sowie Q-Pharm AG (Bad Segeberg/Flensburg). Redaktion: Textagentur Chr. Caspari (Tel. 04634 310430 oder E-Mail info@penelope-pr.de)

Das nächste Heft erscheint im September 2009

# Akademie Gesundheitsnetz Süd Termine 2009

### Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und med. Fachpersonal

Der Flyer mit den neuen Terminen für 2009/2010 der Akademie Gesundheitsnetz Süd Fort- und Weiterbildung erscheint voraussichtlich noch vor den Sommerferien. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des GNS. Nachstehende Termine geben einen Ausblick auf die in 2009/2010 angebotenen Kurse.

### Kurs 16

Hygiene – Hygienemanagement in der Praxis" am 07.10.2009 sowie am 02.12.2009 in der Zeit von 14:00 bis 18:00 Uhr in Ulm. Kurs-Referent ist

### Kurs 17

"Prävention für die tägliche Praxisroutine" – Arbeitssicherheit, Abfallentsorgung, Probentransport, Vermeidung
arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
am 04.11.2009 sowie 16.06.2010 in
der Zeit von 14:00 bis 18:00 Uhr in Ulm.
Kurs-Referent ist Herr W. Kliem-Kuster.

#### Kurs 18

"MedQM-Workshop – QM-Seminar einschl. QM-Software MedQM-ProfiTool mit Masterhandbuch" am 24.10.2009 in Ulm und 14.11.2009 in Reutlingen. Der Kurs findet in der Zeit von 10:00 bis 16:00 Uhr mit dem Referenten Herr K.-D. Bachmann statt

### Kurs 19

"Unternehmen Arztpraxis – Unternehmerisches Wissen und Können für ÄrztInnen und leitende MitarbeiterInnen in der Arztpraxis" am 19.09.2009, 07.11.2009 sowie 13.02.2010 in der Zeit von 9:00 bis 17:00 Uhr in Ulm. Der Kurs-Referent ist

### Kurs 20

"Vorsorge für den Ernstfall" am
18.11.2009 in Ulm und 03.03.2010
in Reutlingen. Der Kurs findet in der
Zeit von 18:00 bis 21:00 Uhr mit der

### **Information und Anmeldung:**

Akademie Gesundheitsnetz Süd Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen Fon 07391/ 5865 458 Fax 07391/ 5865 459 sek.gns@adk-gmbh.de www.gnsued.de

Aktuelle Kursangebote und Terminänderungen finden Sie auf unserer Homepage.