

- **Dr. U. Trulson gibt seine Ämter ab**
BVÄG-Versammlung Seite 2
- **Apotheker-Gruppe bei der Q-Pharm**
Erfahrungsaustausch Seite 3
- **Arzt sein – ein Beruf mit Leidenschaft**
Gesprächsrunde 1. Teil Seite 4
- **QM-Grundelemente bis zum Jahresende**
Dialogpartnerinnen Seite 5
- **Der Krise Paroli bieten**
Zinsniveau nutzen Seite 6
- **Notfallserie: Medikamente 1. Teil**
Empfehlungen Seite 7

Neues Notfallkonzept gegen den plötzlichen Herztod greift

Erste Zertifikate „Herzsichere Praxis“ überreicht
Projektleiter Dr. med. Wolfgang Hübner zum Pilotprogramm des GV-West



Übergabe der Zertifikate durch Dr. Stephan Wallmeyer (dritter von links) an die Teilnehmer der Pilot-Veranstaltung (v. l. n. r.): Dr. Wolfgang Hübner, Dr. Peter Travník, Dr. Bodo Denhoven (alle Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen), Dr. Hubertus Koenen (GVJL) und Dr. Hans-Willi Verhoeven (Ges.-Verbund Frechen)

■ Jedes Jahr erleiden bei uns in der Bundesrepublik rund 100.000 Menschen einen plötzlichen Herztod, dessen Ursache in weit über 90 % das so genannte Kammerflimmern ist – eine akut auftretende Herzrhythmusstörung. Der GV-West eG hat zusammen mit der Wallmeyer GmbH (Dortmund) ein völlig neues Schulungskonzept zum Notfallmanagement entwickelt, um diese erschreckend hohe Zahl zu reduzieren. Unsere Mitgliedspraxen werden nun gezielt zu einer „Herzsicheren Praxis“ ausgebildet. Die ersten Zertifikate wurden am 28. Februar zum Abschluss der Auftaktveranstaltung an die teilnehmenden Praxisinhaber überreicht.

Jede Praxis (Arzt, Ärztin und Praxisteam) nimmt an einem interaktiven Notfalltraining teil. Kernthemen sind der Myocard- oder „klassische“ Herzinfarkt, die Lungenembolie und der plötz-

liche Herztod. Die Symptome erkennen, die richtige Diagnose stellen und die Einleitung der lebensrettenden Therapie sind die Ausbildungsschwerpunkte. Aber auch der plötzliche Atem- oder Herz-/Kreislaufstillstand bei Neugeborenen und Kindern gehört zum Inhalt des Trainingskonzepts. Regelmäßige Auffrischkurse in den einzelnen Mitgliedspraxen mit Überprüfung der Notfallausrüstung „vor Ort“ runden das Konzept ab, dass sich zudem ideal ins praxiseigene Qualitätsmanagement-System übertragen lässt.

Das Highlight der Ausbildung: „Herzsichere Praxis“ wird durch die weltgrößte „Gesundheitsorganisation“, die AHA (American Heart Association), zertifiziert. Erfolgreich teilgenommene Praxen dürfen das Gütesiegel „Herzsichere Praxis“ führen. An der Auftaktveranstaltung nahmen Praxischefs und – ange-

hörige von Arztpraxen aus Jülich, Bergisch Gladbach, Leverkusen, Burscheid und Frechen teil. Inzwischen fanden mit Unterstützung der Pharmaindustrie die ersten „offiziellen“ Veranstaltungen zur „Herzsicheren Praxis“ in Mitgliederpraxen des GV-West statt.

TGP: Ein Modell ärztlicher Kooperation

■ Der Ärzteverband Wuppertal e.V. betreibt seit geraumer Zeit eine Kooperationsgemeinschaft für privatärztliche Leistungen in Form einer so genannten Teilgemeinschaftspraxis (TGP). Dabei mussten einige berufsrechtliche Hürden genommen werden; zähe Verhandlungen mit der Ärztekammer waren notwendig. (Lesen Sie dazu den Bericht auf der Rückseite)

Impressum
perspectiv

Herausgeber:
ädg GmbH & Co. KG
Callisenstr. 1a
24837 Schleswig
Geschäftsführer:
Heino Ottsen
Tel. 04621 305720
v.i.S.d.P.:
Heino Ottsen

INFOPOST
Ein Service der Deutschen Post

Redaktion: Textagentur Penélope (Husby)
Layout: hilgra (Flensburg)
Druck: Druckhaus Leupelt (Flensburg)
Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Herausgebers. Für Titel- und Rückseite ist die jeweilige Ärztenossenschaft verantwortlich.

ädg GmbH & Co. KG, Callisenstr. 1a, 24837 Schleswig

Mit dem aut-idem-Kreuz
Sicherheit für Ihre Verordnung

Die Q-Pharm-Verordnung macht es!

Q-Pharm AG
... eine Leistung der Ärztenossenschaften

BVÄG sollte sich der Marktsituation anpassen!

Business-Konzept muss organisch erarbeitet werden und wachsen

■ Der Entwurf für ein tragfähiges Geschäftskonzept („Businessplan“) eines künftigen Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften eG (BVÄG) liegt der aktuellen Mitgliederversammlung zur Diskussion und eventuellen Genehmigung vor. Diese Planung zählt zur vorgesehenen Reform des BVÄG wie dessen Umwandlung von seiner bisherigen Vereinsform in eine eingetragene Genossenschaft. Der erste Entwurf des Businessplans wurde am 25. November 2008 von der Reform-Arbeitsgruppe des BVÄG in Weimar erarbeitet. Die erste Diskussion darüber begann auf einer Mitgliederversammlung am 24. Januar 2009 in Frankfurt/Main.

Den Beteiligten ist klar, dass das Konzept organisch erarbeitet werden und wachsen muss. Denn: Mit einem Businessplan muss sich ein Unternehmen oder Verband über seine Ziele, die Kernkompetenzen, das Management und die Einbindung in den Markt konkret auseinandersetzen. Der Businessplan ist daher kein Selbstzweck und letztlich auch kein einmaliger Vorgang, sondern ein dynamischer Prozess, der mit der Unternehmung und dessen Umfeld wächst sowie immer den jeweiligen Marktsituationen angepasst wird.

An dieser Stelle soll nicht auf alle, sondern zunächst informativ nur auf wesentliche Elemente der bisher konzeptionierten BVÄG-Planung eingegangen werden. Das sind die Faktoren Unternehmenskonzept, Zielmarkt, Strategien sowie das Leistungs- und Produkt-Portfolio des BVÄG, der sich als mitgestaltende Kraft im Gesundheitswesen versteht. Neben der Unterstützung bestehender ÄGen ist die wichtigste Aufgabe die strategische Gründung von leistungsfähigen ÄGen

und Ärztenetzen mit dem Ziel, eine bundesweite Flächendeckung freiberuflich kontrollierter medizinischer Versorgungsstrukturen zu erreichen. Außerdem haben die ÄGen als Bündnisse freiberuflicher Ärzte und Psychotherapeuten die Aufgabe, die Mediziner im zunehmend wettbewerblich organisierten Gesundheitsmarkt zu unterstützen. Neben Dienstleistungen zur Kostensenkung und Honorarsteigerung für die Mediziner sollen die ÄGen bzw. ihre regionalen Ärztenetze in den Systemen der regionalen Gesundheitsversorgung die Führungsrolle übernehmen.

Die politische Ebene umfasst vor allem die politische Vertretung und Netzwerkbildung, Partnerschaft mit ärztlichen Berufsverbänden, gesundheitspolitische Meinungsbildung sowie eine Informationsplattform für Ärztegenossenschaften. **Die wirtschaftliche Ebene** umfasst das Strukturmanagement, Vertragsmanagement und das Dienstleistungsmanagement.

Diesen Aufgaben können die ÄGen nur gerecht werden, wenn ihre Managementstrukturen professionell organisiert sind. Dabei versteht sich der BVÄG als Vermittler und Koordina-

tionsstelle zwischen den ÄGen. Getreu dem genossenschaftlichen Grundprinzip – „Einer für alle, alle für Einen“ – ist es ein wichtiges Ziel, die Erfahrungen der etablierten erfolgreichen Genossenschaften den anderen Mitgliedern zugänglich zu machen.

Oberstes BVÄG-Ziel ist die Förderung flächendeckender vernetzter medizinischer Versorgungsstrukturen unter Kontrolle der freiberuflichen Ärzte. „Zielmarkt“ des BVÄG sind die ärztlichen Zusammenschlüsse, unabhängig von ihrer Rechtsform, z. B. Ärztegenossenschaften und -netze. Denn bedingt durch die jüngsten Gesundheitsreformen mit dem GKV-WSG verstärkt sich die Marktposition der gesetzlichen Krankenkassen. Hier ergeben sich für die Zusammenschlüsse von Haus- und Fachärzten neue Chancen, deren optimale Umsetzung der BVÄG mit seinen Mitgliedern unterstützt.

Aus der gesetzgeberisch bevorzugten Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung resultieren neue Konzepte, wie z. B. vernetzte HA/FA-Praxen, Kooperation mit Krankenhäusern sowie mit Pflege, Reha, Sanitätsdienst und Apotheken, Direkt-

verträge sowie Verstärkung der ärztlichen Berufsverbände. Hierbei würden sich ohne Mitwirkung der ÄGen und des BVÄG Managed-Care-Systeme anderer Anbieter etablieren. Deshalb geht es für den BVÄG darum, das gesundheitspolitische Profil zu stärken und Strategien sowie Projekte zu entwickeln, um Alleinstellungsmerkmale für die Mitglieder zu schaffen. Kernziele sind der Aufbau arztzentrierter regionaler Versorgungssysteme sowie die Verhandlungs- und Umsetzungsunterstützung von attraktiven Verträgen für die Ärzteschaft, denn ohne neue Versorgungsverträge kann ein „Unternehmen Arzt“ künftig kaum existieren. Mit dieser BVÄG-Hilfestellung soll auch die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte sichergestellt werden,

Weiteres Ziel ist die Stärkung der Mitgliederreihen. Denn je mehr Mitglieder dem Verband angehören, umso stärker ist seine Marktposition. Innerhalb des Verbands erhöht dies die Einnahmenseite und vergrößert die Anzahl der teilnehmenden Ärzte. Damit kann der BVÄG seinen politischen Anspruch innerhalb der Partner (ärztliche Berufsverbände, Kooperationspartner, BVMG) am besten vertreten.

Das Leistungs- und Produktportfolio leitet sich aus dem Unternehmenskonzept ab: Der BVÄG ist für seine Mitglieder Servicepartner und unterstützt sie mit Dienstleistungsangeboten wie Arzneimittelmanagement (Q-Pharm), Wissensdatenbank (Verträge), Customer-Relationship-Management (CRM) für gemeinsame Aktionen, Abrechnungssystem, Publikationen wie „perspectiv“, Netzmanagement, Vertragsmanagement, Dialogpartnerinnen Kolleg und Akademie. Regionalisierte Dienstleistungen können sein: Management für Ärztenetze, Netz-Krankenkasse, Wartezimmer-Info-Systeme, QM und anderweitiger Praxisservice.

Dr. Uwe Trulson gibt seine Ämter ab

■ Der Vorstandssprecher des BVÄG e. V. und Vorsitzende der Ärztegenossenschaft Mitteldeutschland eG, Dr. Uwe Trulson (50), legt aus gesundheitlichen Gründen diese Funktionen nieder. Mit großem Bedauern und tiefem Verständnis haben die BVÄG-Vorstandsmitglieder Dr. Bärbel Grashoff und Dr. Rainer Woltmann in einem Schreiben an die BVÄG-Mitglieder diesen Schritt ihres Kollegen Dr. Trulson zur Kenntnis genommen. Sie würdigten zugleich dessen Arbeit. In den vergangenen Monaten habe Dr. Trulson dem BVÄG „mit all seiner Kraft und sehr viel Erfolg ein politisches und wirtschaftliches Profil gegeben“. Es gelte ihm der herzlichste Dank für dieses Engagement.

Die Ärztegenossenschaften in Deutschland und die „perspectiv“ schließen sich hiermit den besten Wünschen für eine baldige Genesung von Dr. Trulson an!

Aus den Ärztegenossenschaften

Das Beispiel „Beirat“ des GV-West

■ 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 ärztgenossenschaftlichen 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 in einem Kurzinterview mit „perspectiv“:

Was steht im Zentrum der Aufgaben Ihres Beirats?

M. Klemm: Im Zentrum der Beirats-Mitarbeit für Vorstand und Geschäftsführung stehen die Information 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 Mitentwicklung bei Finanzplanungen, die Durchsetzung vereinbarter Verträge und die Erfolgs-

kontrolle des Arzneimittelmanagements in punkto Q-Pharm. Beim Aufbau oder der Verbesserung von Netzstrukturen 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 demnächst wahrscheinlich rund 20 Beiratsmitglieder sein.

Aktuelle Preisliste der Q-Pharm AG für mehr als 20.000 Ärzte

■ Die vierteljährlich aktualisierte, neue Arzneimittel-Preisliste der Q-Pharm AG (Stand 15. April 2009) ist an mehr als 20.000 Ärzte in Deutschland versendet worden. 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 die aktualisierte Arzneimittelliste (s. Seite 5) –ari

„Hürden nehmen“: Erfahrungsgruppe von Apothekern besucht Q-Pharm AG



■ Auf Einladung von Apotheker Dr. Hans Peter Weinschenck (Bild rechts) von der 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 Zielset-

zung und das Generika-Programm des Pharmaunternehmens zu informieren. Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer, FA für Allgemeinmedizin, sowie zuständige Mitarbeiter der Vertriebszentrale – Thomas Röttger (Qualitätsmanagement), Wolfgang Wurm (Vertrieb) und Marketingleiter Michael P. Weiß – standen der Erfahrungsaustausch-Gruppe 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 Empfehlung zu kommen. Hierzu wurden Beispiele für die Entwicklung von Kooperationsmodellen erörtert.

Sonja Döring ist nun selbstständige Qualitätsmanagerin



■ Die langjährige Q-Pharm-Mitarbeiterin Sonja Döring ist seit April selbstständig als TÜV geprüfte Auditorin im Qualitätsmanagement

Sonja Döring

tätig. Mit ihrer Firma „SDQM - Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“, steht sie Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Sie erreichen Sonja Döring unter Tel.: 0152-220 88 556 oder E-Mail: sonjadoering@t-online.de

Für Fachgruppen

■ Mit einer Postkarten-Aktion gibt Q-Pharm erneut eine Präparate-Übersicht an bundesweit rund 7.500 Fachärzte. Orthopäden, Neurologen, Gynäkologen und Urologen erhalten die Möglichkeit, sich „auf einen Blick“ (Kürzel „AEB“) über Verordnungsangebote zu informieren. Zudem können die Kartenempfänger kostenfrei Q-Pharm-Mousepads anfordern. Die „AEB“ können auch Q-Pharm-Vertriebszentrale angefordert werden: Gutenbergstr. 13, 24941 Flensburg, Tel. 0461 31559-56 E-Mail: mbrodersen@qpharm.de

Neu - Neu - Neu Pantopra-Q 20/40 mg Tabletten

Neues von der Q-Pharm AG

Neu: Pantopra-Q®

■ Wie angekündigt kommt **Pantopra-Q®** (Wirkstoff: Pantoprazol) von Q-Pharm am 15. Mai in den Handel, 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 60 mg Hartkapseln (N3)**, wie bereits am 26. November 2008 angekündigt, aus dem Vertrieb genommen. Außerdem werden voraussichtlich 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. Das Produkt **Rispe-Q 4 mg Filmtabletten N3** bleibt im Handel.

Anteil „Aut-idem“ angekreuzter Rezepte regional unterschiedlich von 7 bis 25 %

■ Gut fünf Jahre nach Änderung der Vorschriften für die Aut-idem-Verordnung – ist das Kästchen angekreuzt, so ist der Präparate-Austausch tabu! – zeigt sich in den regionalen KVen ein sehr 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, teilt IMS mit. 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. „perspectiv“ empfiehlt: **Ärztegenossenschaftliche Praxen und Q-Pharm-Verordner sollten stets das „Aut-idem“-Kästchen zeichnen.**

... mit Freude Arzt sein.



Die Q-Pharm-Verordnung macht es!
Wechseln Sie von Pantozol® zu Pantopra-Q®

Q-Pharm
... eine Leistung der Ärztegenossenschaften

„Mit Freude Arzt sein...“ – ein Beruf mit Leidenschaft!

Rundgespräch: Trotz erschwerter Rahmenbedingungen ist der Arztberuf von Leidenschaft, humanitärer Grundeinstellung und Verantwortungsbewusstsein geprägt (Teil 1)

■ Zum Thema „Mit Freude Arzt sein“, einem neuen Leitmotiv ärztgenossenschaftlichen Wirkens und der Q-Pharm AG, äußerten sich zwei jüngere Ärztinnen und ein älterer Kollege in einem Rundgespräch in Rendsburg. An der Diskussionsrunde mit den Ärztinnen Dr. Sabine Hoffner-Eggers (45) und Dr. Daniela Meyer (30) sowie dem Arzt Dr. Michael Sonntag (70) nahmen als Interview- und Diskussionspartner die Journalisten Dirk Schnack (Scio) und Friedhelm Caspari („perspectiv“) sowie Q-Pharm-Vorstand Christoph Meyer und ÄGSH-Geschäftsführer Thomas Rampoldt teil.

Das Fazit vorweg: Das erste Round-Table-Gespräch über das ärztliche

nen, wenn du das danach immer noch willst, dann musst du dich selber da irgendwie durchbeißen. Dann habe ich also Arzthelferin gelernt, dann auch Krankenschwester. Und ich habe dann gedacht, jetzt schaff ich das andere auch noch; machte auf dem zweiten Bildungsweg das Abitur und fing mit 29 an, Medizin zu studieren. (...) Ich bin ein bisschen später dran als andere, aber umso mehr mit Leib und Seele dabei. Und bin genau da, wo ich einmal sein wollte, nämlich (...) für die hausärztliche Versorgung auf dem Land zuständig und fühle mich da sehr wohl. Ich bin seit Oktober 2008 in einem MVZ angestellt (...) Dass es ein MVZ geworden ist, war in diesem Moment für mich ganz angenehm, um überhaupt reinzu-

Bettkante gesetzt und die Leute in den Arm genommen hat.

Daniela Meyer: Es hat sich erst kurz vor dem Abitur entschieden, dass ich Ärztin werden wollte; ursprünglich wollte ich Lehrerin werden. (...) Ich habe den Beruf immer als faszinierend und spannend kennen gelernt, also ohne dass ich ein Aha-Erlebnis hatte, nein, das Ziel ist so gewachsen. Ich bin in der Inneren Medizin tätig und befinde mich zurzeit in der Facharztausbildung. Soweit sind die Berufe Lehrer und Arzt gar nicht voneinander entfernt – wenn man mit den Patienten zusammen ein Konzept erstellt, also erst einmal die Krankheit herausarbeitet, ein bisschen Detektiv dabei sein, auf die spezifischen Sym-



Dr. Sabine Hoffner-Eggers (45) lernte zunächst Arzthelferin und Krankenschwester, machte auf dem zweiten Bildungsweg Abitur und begann als 29-Jährige das Medizinstudium. Dann arbeitete sie neun Jahre lang im Klinikum in Heide, wurde Internistin. Heute ist sie als Ärztin im MVZ Tellingstedt/Dithmarschen angestellt.



Dr. Daniela Meyer (30) studierte nach dem Abitur Medizin und ist Ärztin am Westküstenklinikum in Heide (Dithmarschen/Schleswig-Holstein). Daniela Meyer arbeitet zurzeit in der Inneren Medizin mit Schwerpunkt im palliativen Bereich. Sie hat Ende 2008 mit ihrer internistischen Facharztausbildung begonnen.



Dr. Michael Sonntag (70) aus Pönitz bei Scharbeutz arbeitete zunächst in Krankenhäusern, wurde Haus- und Landarzt in Holstein. 2007 gab Michael Sonntag aus Altersvorsichtsgründen seine Praxiszulassung zurück. Er war standespolitisch sehr aktiv und ist stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender der ÄGSH.

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. Im Folgenden wesentliche Passagen aus den Antworten der Gesprächsrunde; die Fragen sind namentlich nicht zugeordnet.

Was hat Sie veranlasst, Arzt zu werden?

Sabine Hoffner-Eggers: Ich habe eine lange Geschichte mit der Medizin hinter mir, und zwar habe ich auf der anderen Seite angefangen, mit 15 Jahren als Arzthelferin in der Allgemeinarztpraxis. Ursprünglich gab es schon den Wunsch, Medizin zu studieren, weil mich das faszinierte. Aber mein Vater war Fröhrentner und konnte das damals einfach nicht finanzieren und er hat gesagt, erst mal einen Beruf ler-

schnuppern in die Landarztrolle ... bin ich überhaupt richtig? Von daher war das Ausprobieren gut, ohne also das finanzielle Risiko der selbstständigen Niederlassung zu haben. (...) Vorher arbeitete ich mehr als neun Jahre lang im Krankenhaus in Heide, machte 2008 den Facharzt, wusste aber, dass ich gerne Praxis machen möchte, einfach weil der Ansatz ganzheitlicher ist als in der Akutmedizin. Im Krankenhaus sieht man die Patienten nur für einen kurzen Zeitraum. In den letzten Jahren habe ich vor allem auf der Dialyse gearbeitet, das war schon ein wenig wie Hausarztstätigkeit, denn die Patienten kommen immer wieder und man baut eine persönlichere Beziehung zu ihnen auf, weiß mehr über Familie und Umfeld. (...) Ich habe sozusagen alle Facetten der Medizin kennengelernt, denn die vorausgehenden Berufe sind mir für den Arztberuf sehr zugute gekommen, weil man als Schwester schon einen ganz anderen intensiven Kontakt zum Patienten hat (...) Ich war im Krankenhaus immer ein Arzt, der sich auf die

ptome achtet (...) auf die Einfühlungskraft in den Patienten, dass er auch das erzählt, was wichtig ist. (...) Es ist nicht immer der Fall, dass Patienten alles präsentieren, was man als Grundlage braucht. (...) Es geht darum, gemeinsam mit dem Patienten zur Diagnose zu kommen, um ihn dann zu begleiten im Prozess, gesund zu werden, ihn auch anschließend zu lenken, damit er seine Gesundheit erhält (...) und den Menschen vielleicht auch in einer kritischen Situation, in einer Grenzsituation kennen zu lernen. Was mir im Krankenhaus immer ein wenig fehlt, das ist die Familie des Patienten drum herum, weil der Patient in dieser Situation sehr losgelöst ist von seinem Umfeld. Doch ich arbeite zurzeit schwerpunktmäßig im Palliativbereich. Da ist es etwas anders, da betreue ich sozusagen die ganze Familie, da merke ich, dass das eher mein Gebiet ist.

Michael Sonntag: Ich wurde während der Kriegszeit auf einem Mecklenburger Gut groß, deshalb wollte ich zuerst Landwirt werden, es gab da keine Anzeichen für Arztwerdenwollen, (...) habe also nicht dem Teddy den Bauch aufgeschnitten, um die Holzwohle herauszuholen. Dann ging aber alles verloren; das Landwirt werden zerschlug sich. Habe nach der Schule

Das Motiv der Gesprächsrunde

■ „Möglicherweise laufen ältere Kollegen die Gefahr, die Kolleginnen und Kollegen gar nicht mehr im Auge zu haben, die



Christoph Meyer

dazu angetreten sind, die ärztliche Zukunft zu sichern. Es dreht sich also um das Kennenlernen von zwei Generationen sowie deren neuen und früheren Auffassungen“, so der Allgemeinmediziner und Q-Pharm-Vorstand Christoph Meyer. „Die meisten von uns sind schon etliche Jahre in eigener Praxis tätig und mancher kann sich heute kaum noch an die Begeisterung erinnern, mit der er oder sie in den Beruf gestartet ist. 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.“

Ein wesentliches Ziel der ärztgenossenschaftlichen Bewegung ist die Erhaltung der Freiheit im ärztlichen Beruf. Die grundlegenden Entscheidungen in der Behandlung unserer Patienten müssen frei bleiben von gesundheitspolitischer Opportunismus oder gar Kassenzugehörigkeitsmerkmalen. Deshalb haben Sie sich als engagierte Ärztinnen und Ärzte auch für ein eigenes Arzneimittelmanagement in den Ärztgenossenschaften entschieden. Durch die Produktpalette von Q-Pharm sind heute mehr als 80 % der kostenträchtigen Dauerbehandlungen nicht nur im hausärztlichen Bereich abgedeckt. Insbesondere auch die sehr spezialisierten Fachgruppen können nun durch die Verordnung von Q-Pharm-Arzneimitteln das knappe Budget entlasten zu Gunsten einer innovativen und zweckmäßigen Medizin. Ist 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.“

Medizin studiert; aber ich sage, wer etwas leisten möchte, kann in allen Berufen erfolgreich sein. Was man im Arztberuf aber braucht, ist die unglaubliche Liebe zu den Menschen. Und das wurde mir sehr schnell klar, so im Krankenhaus in Braunschweig als ich zwei Kinderstationen hatte mit 90 Kindern. Da habe ich gleich am Anfang eine Elternsprechstunde eingeführt. So hat es sich bei mir entwickelt, dass ich nicht mehr am Bettrand sitzen und erzählen lassen wollte, wie es dem Patienten geht. (...) Die Patienten im Krankenhaus sind so ein wenig schablonenhaft, sie haben Ängste. Sie bauen als Arzt zwar ein gewisses Verhältnis zu ihnen auf, wissen aber nichts über sie, so wie es der Haus- und Landarzt erfährt. Sie wissen nicht, was sie für Tapeten haben und welche Farben sie mögen; sie kennen diese Menschen nicht, sondern nur den Organismus, und vielleicht ein bisschen die Seele.

Fortsetzung in den nächsten Ausgaben

■ Auf Initiative von Q-Pharm soll es nicht bei dieser ersten Gesprächsrunde bleiben; die Diskussion um ihr Leitbild „Mit Freude Arzt sein...“ soll mit weiteren ärztlichen Interviewpartnern fortgesetzt werden. Wer daran gerne teilnehmen möchte, bitte bei Q-Pharm-Vorstand Christoph Meyer melden (Tel. 0160 74 12 353).

Nun 'ran ans QM!

QM-Grundelemente müssen bis zum Jahresende stehen Wiederholung aus Praxis-Profi 2007 (Teil 1)

■ Wie steht es in Ihrer Arztpraxis mit der Einführung der Grundelemente für ein Qualitätsmanagement-System (QMS)? Spätestens bis zum Ende dieses Jahres müssen alle Praxen die entsprechenden Strukturen (Phase II) geschaffen haben. So jedenfalls schreibt es der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vor. Die Phase III ist dann die Überprüfung bzw. die Selbstbewertung Ihres Qualitätsmanagements (QM). Dieses muss im Laufe 2010 geschehen. – Um Ihnen als Dialogpartnerinnen erinnernd zur Seite zu stehen, veröffentlicht „perspectiv“ in drei Teilen die wesentlichen Inhalte der Checkliste für eine QM-Einführung, wie sie im Fortbildungskurs Praxis-Profi 2007 enthalten war. Zudem erhalten Sie thematisch entsprechende Karteikarten für Ihre Informationsbox zugesandt, auf denen die verschiedenen QMS vorgestellt und erläutert werden. Hier nun die ersten zehn (von 31) Fragen und die entsprechenden Erledigungshinweise bzw. Handlungsschritte für die QM-Grundelemente, die sich aus dem Anforderungskatalog der QM-Richtlinie ergeben:

1. Wird die Versorgung der Patienten nach fachlichen Standards durchgeführt – und sind fachlich und wissenschaftlich anerkannte Standards im Behandlungsalltag integriert? – Das bedeutet: Dokumentation von Leitli-

nien, nach denen Sie regelmäßig verfahren. Umfassende Sammlung siehe auch Internet www.leitlinien.de.

2. Wird die Sicherheit der Patienten in jeder Hinsicht gewährleistet? – Das bedeutet: Dokumentation zur Anweisung von Unfallverhütung, Rezepterstellung, Patienteninformation hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Überprüfung von Geräten etc.

3. Wird sichergestellt, dass die Patienten in allen Fragen zur Diagnostik und Therapie ausreichend beraten werden? Können diese an Entscheidungen mitwirken? – Das bedeutet: Dokumentation von Aufklärung und Einwilligung des Patienten; wo nötig: Einverständniserklärung.

4. Wird mündlich und ggf. schriftlich über alle infrage kommenden Maßnahmen zur Gesunderhaltung, Linderung oder Heilung informiert? – Das bedeutet: Dokumentation in Patientenakte; ausliegende Info-Blätter, Broschüren etc.

5. Sind die wichtigsten Behandlungsabläufe strukturiert? – Das bedeutet: Dokumentation in Form von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Flussdiagramme, Checklisten usw.

6. Sind die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sämtlicher Ärzte und Mitarbeiter klar geregelt? – Das bedeutet: Dokumentation durch Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Organigramme.

7. Gehört die Mitarbeiterorientierung zu den unternehmerischen, strategischen und sozialen Kernelementen des Handelns? – Das bedeutet: Regelmäßige, dokumentierte Teambesprechungen; Zielgespräche; Widerspiegelung auch im Praxisleitwort.

8. Werden die Forderungen an Arbeits- und Gesundheitsschutz beachtet? – Das bedeutet: Maßnahmen, Unterrichtungen etc. aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen dokumentieren! Nähere Infos bei der Berufsgenossenschaft.

9. Sind Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter geregelt und dokumentiert? – Das bedeutet: Unterweisung in Arbeits- und Gesundheitsschutz; Schulungen, Fortbildungen; schriftliche Erstellung einer Fortbildungsplanung.

10. Sind alle relevanten Abläufe und Prozesse verbindlich festgelegt? – Das bedeutet: Dokumentation strukturierter Behandlungsabläufe. Im Bereich Praxisorganisation: Wer hat wann – was – wie zu tun? Verfahrens- und Arbeitsanweisungen.

(Wird fortgesetzt in „perspectiv 4/09)

Zweites EDV-Lehrheft

■ Die „Praxis-Profi“-Reihe 2009 zur Fortbildung der Dialogpartnerinnen in Sachen EDV ist voll durchgestartet. Das zweite Lehrheft liegt den rund 1.800 Dialogpartnerinnen inzwischen vor. Diese haben noch bis zum 15. Mai Zeit für die gewissenhafte Bearbeitung sowie das Ausfüllen und Rückfax der dreiseitigen Lernkontrollen. Die Kontrollbögen des ersten Lehrheftes wurden von 420 Dialogpartnerinnen bearbeitet und zurückgesendet.

Werden Sie zum EDV-Profi in Ihrer Praxis! Das zweite Lehrheft beschäftigt sich mit Praxis-Verwaltungs-Systemen (PVS). Die Unterlagen sollen Sie in die Lage versetzen, ein PVS zu beurteilen, auszuwählen und mit allen Vorteilen zu nutzen. Und wer bereits damit arbeitet, dem bietet die Lehreinheit Gelegenheit zu erfahren, ob Sie tatsächlich alle Möglichkeiten Ihres installierten Systems ausschöpfen.

Neue Arzneimittelliste

■ Die vierteljährliche Arzneimittelliste der Q-Pharm AG (Stand 15. April 2009) wurde in den vergangenen Tagen zum Austausch gegen die ältere Liste (Januar 2009) an die Dialogpartnerinnen gesandt. Zusammen mit der neuen Liste haben die Praxis-Mitarbeiterinnen drei Karteikarten für die Info-Box zum Thema „Patientenumfragen“ erhalten. **Infos zur patientenorientierten Praxis: www.qpharm.de -> Dialogpartnerin -> Praxis-Profi -> Lehrheft 1-2006.**

Unser Auffrischkurs - Teil 11

Beherrschen Sie AIDA?! (II)*

■ Zum erfolgreichen „Igel“ trägt die Beherrschung der „AIDA-Arie“ bei. Dabei dreht es sich um die Einhaltung wichtiger Regeln bei der Überzeugungsarbeit; die vier Stufen der Verkaufsaktivität:

1. Aufmerksamkeit beim Patienten herstellen – durch Plakate, Flyer, Wartezimmerpräsentationen u. ä.

2. Interesse beim Patienten entwickeln – durch dezente Konfrontation. Das Beratungsgespräch der Arzthelferin spielt hier eine zentrale Rolle. (Checklisten für Vor- und Nachbereitung finden Sie im kompletten Lehrheft zu diesem Thema!)

3. Drang/Wunsch des Patienten wecken. – Der Patient will mehr zum Thema wissen. Festigen Sie dieses Bedürfnis, liefern Sie rationale Argumente und bieten Sie weiteres Material. Das kann

auch aus kostenlosen Einführungen, Mustern, Probesitzungen etc. bestehen. In jedem Fall aber in einer persönlichen Beratung.

4. Aktivität. – Nach den ersten drei Phasen wird der Patient Sie bitten, aktiv zu werden, Termine zu vereinbaren und die Patientenerklärung unterschreiben zu dürfen.



So müssen Sie nicht AIDA proben, aber ...

Überzeugungsargumentation. Sie können nur in optimalem Maße überzeugen, wenn Sie selbst überzeugt sind! Lassen Sie sich daher zunächst selbst von dem überzeugen, was Sie vertreten sollen. Nur so können Sie authentisch bleiben. Denken Sie nicht daran, wer sich diese kostenpflichtigen Zusatzangebote nicht leisten kann. Lenken

Sie stattdessen Ihr Augenmerk auf die Patienten, die auf das Angebot angesprochen werden sollten, weil sie es sich leisten können.

Horchen Sie auf! Welche Patienten investieren monatlich viel Geld ins Fitness-Center, in Zigaretten und/oder Alkohol, in Nahrungsergänzungsmittel, hochwertige Kosmetikprodukte, Fast-food und teure Urlaubsreisen? Es ist eine Frage des Marketings, den Patienten zu überzeugen, einen Teil dieses Geldes besser in die Gesunderhaltung und Prävention zu investieren.

Der rationale Patient will alle Entscheidungen logisch begründen und sorgfältig durchdenken. Er entscheidet nicht spontan. Empfohlene Taktik: Nehmen Sie sich Zeit für seine Fragen. Achten Sie darauf, was ihn im Kern bewegt.

Argumentieren Sie wenig, stellen Sie besser Fragen. „Wie würde sich Ihr Leben verändern, wenn Sie einen Herzinfarkt bekämen?“ – „Wie viel würden Sie weniger verdienen, wenn Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben könnten?“ – „Welche Kosten würden Ihnen entstehen, wenn Sie dafür zu Klinik XY fahren müssten?“

Der unentschlossene Patient reagiert stark emotional und kann sich nicht entscheiden. Er kann nicht richtig zuhören, möchte die Entscheidung hinauszögern. Empfohlene Taktik: Keine Alternativen nennen! Nur eine richtige Variante! Argumente öfter wiederholen und bestätigen lassen, z. B. mit rhetorischen Fragen: „Sie sind doch auch der Meinung, dass ...“ – Stellen Sie abschließend „Ja“-Fragen, auf die der Patient sicher mit „ja“ antworten wird: „Möchten Sie mehr Sicherheit?“ – „Möchten Sie eine schnelle Diagnose?“ – „Wollen Sie möglichst bald wissen, ...?“

Sie dürfen so agieren, denn Sie wollen Gesundheit „verkaufen“ – es ist das Wichtigste, das man anbieten kann.

(Serie wird fortgesetzt)

*Ausführlichere Informationen, Muster von Einverständniserklärung und IGeL-Rechnung sowie wertvolle Checklisten finden Sie im kompletten Lehrheft. Schauen Sie hinein unter: www.qpharm.de -> Dialogpartnerin -> Praxis-Profi -> Lehrheft 2 Praxismanagement 2006

Der Krise Paroli bieten...

Bei Praxis- und Immobilienfinanzierung erneut historisches Zinsniveau nutzen – empfiehlt Finanzberater Karsten Lewe

■ Wer sich das aktuelle Zinsniveau für Praxis- und Immobilienfinanzierungen anschaut, wird sofort Parallelen zur Zinsentwicklung nach dem



Karsten Lewe

Börsencrash 2000/2002 erkennen. Im Verlauf der damaligen Börsenkrise waren die Zinsen auf ein vergleichbares Tief gefallen und aufmerksame Marktbeobachter konnten dieses historisch günstige Zinsniveau hervorragend nutzen, um Investitionen in das eigene Unternehmen oder auch in Sachwerte wie Immobilien zu tätigen.

Auch heute und in den kommenden Monaten können Darlehensnehmer diese günstigen Konditionen, die sich beinahe auf Höhe der langfristigen Inflationsrate bewegen, dazu verwenden, um vor allem in nachhaltig sinnvolle Güter zu investieren. Denn gerade bei

längeren Investitionen lohnt sich bei diesem günstigen Zinsstand eine Festschreibung der Darlehenszinsen, was den Kaufkraftverlust bei der Entschuldung langfristig unterstützt. Beispielsweise ist bei einer dreiprozentigen Inflation das Kapital nach zehn Jahren lediglich noch 66 % der ursprünglichen Darlehenshöhe wert.

Dabei ist insbesondere zu beachten, dass auf Grund der derzeitigen katastrophalen Verschuldungsverhältnisse des Bundes und der damit verbundenen Geldmengenausweitung bei gleichzeitig zurückgehender Investitionsbereitschaft von einer deutlich höheren Inflationsrate für die nächsten Jahre auszugehen ist.

Gewinner werden Immobilienbesitzer als auch sonstige Sachwertinvestoren und Kreditnehmer gehören, denen es dadurch langfristig wesentlich leichter fällt, sich zu entschulden und krisen-feste Sachwerte zu schaffen.

Umschuldungen von Darlehensmitteln als Instrument zur Kostenreduzierung sind bei manchen Darlehensvereinbarungen möglich. Dabei besteht die Möglichkeit für den Kreditnehmer, das Darlehen ganz oder teilweise umzuschulden, laut BGB spätestens nach zehn Jahren Zinsfestschreibung. Hier sollte in der kommenden Zeit auf jeden Fall geprüft werden, ob sich ein Wechsel lohnt, da Einsparungen leicht in die Tausende von Euro gehen können. Dies gilt ebenfalls für Kredite, deren Zinsauslaufwert in den nächsten fünf Jahren stattfindet. Hier ist durch so genannte Forwarddarlehen ein sehr günstiges Zinsniveau bereits heute für die Zukunft erreichbar.

Eine vorausschauende aktive Finanzplanung kann also erhebliche finanzielle Vorteile mit sich bringen. Das Angebot einer großen deutschen Bank sieht beispielsweise zurzeit für ärztegenossenschaftliche Kunden diese Konditionen vor:

Praxisfinanzierung: sehr gute Bonität, zehn Jahre fest, nominal 3,35 - 3,7 % (Stand 2/09)

Immobilienkredit: Beleihungsauslauf 60 %, zehn Jahre fest, ab 3,95 % (Stand 2/09)

Überprüfen Sie unbedingt auch Ihre Verträge von Lebens- und Rentenversicherungen, die zur Altersvorsorge und Darlehenstilgung dienen. Das reduzierte Zinsniveau und die bisher anhaltende Börsenkrise werden weitere Löcher mit sich bringen. Hier entstehen Deckungslücken.

Bei Beratungsbedarf bitte direkt an die ädg wenden: Tel.: 04621 305 72 30; E-Mail: info@aedg.de

+++ kurz und bündig +++

+++ Die Generika-Quote hatte im Januar 2009 einen neuen Rekord erreicht. In 87 von 100 Fällen gaben Apotheker statt des Originals ein Generikum ab, teilte der Branchenverband Progenerika mit. Im Vergleich zu Januar 2008 stieg der Anteil um zwei Prozentpunkte. Im GKV-Gesamtmarkt erreichte die Generika-Quote mit 63 % ebenfalls eine neue Rekordmarke (3 % über Vorjahr). Im Januar betrug die Einsparungen durch Generika rund eine Milliarde Euro. Für 2008 wurde durch die Substitution eine Ersparnis von elf Milliarden Euro errechnet +++ Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat einen IGeL-Ratgeber für Patienten ins Internet gestellt, der nicht gerade das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten fördert. Die pdf-Broschüre des ÄZQ, getragen von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), hat den Grundtenor, dass Patienten IGeL generell hinterfragen +++

Gewerbliche Ernährungsberatung in Arztpraxis zulässig

Eine Entscheidung des BGH erläutert Thomas Mochnik*

■ Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die gewerbliche Ernährungsberatung eines Arztes in den Räumlichkeiten seiner Praxis als berufsrechtlich zulässig bewertet, solange diese Beratungstätigkeit zeitlich und organisatorisch von der ärztlichen Behandlung getrennt ist. Das Oberlandesgericht Frankfurt/M. hatte zuvor noch geurteilt, dass solch eine gewerbliche Ernährungsberatung zu unterlassen sei. Das OLG hatte im Wesentlichen darauf abgestellt, dass eine örtliche bzw. räumliche Trennung zwischen der Arztpraxis und denjenigen Räumlichkeiten geboten sei, in denen die Ernährungsberatung stattfindet. Der BGH hob diese Entscheidung in der Revisionsinstanz auf (Az.: I ZR 75/07, v. 29.05.2008)

„Vernünftige Zwecke des Allgemeinwohls.“ Zwar sei es dem Arzt berufsrechtlich untersagt, im Zusammenhang mit seiner ärztlichen Tätigkeit gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen, sofern diese nicht notwendiger Bestandteil der Therapie sind, so der BGH. Dieses Verbot diene der Trennung merkantiler Gesichtspunkte vom Heilauftrag des Arztes, so dass der Patient darauf vertrauen könne, dass sich der Arzt nicht von kommerziellen Interessen, sondern ausschließlich vom medizinisch Notwendigen leiten lasse. Deshalb sei aber das Verbot, gewerbliche Dienstleistungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit zu erbringen, nur

insoweit zu rechtfertigen, als vernünftige Zwecke des Allgemeinwohls dies erfordern und den Arzt nicht übermäßig treffen. Das Verbot diene nämlich nicht der Vorbeugung unmittelbar bestehender Gesundheitsgefahren, sondern soll lediglich langfristig negative Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung durch eine Kommerzialisierung des Arztberufs verhindern.

„Ernährungsberatung ist sinnvoll.“ Da Ärzten eine gewerbliche unternehmerische Tätigkeit im Heilwesen grundsätzlich erlaubt sei, könne einem Arzt das Abhalten gewerblicher Informati-

Pravastatin - Prava-Q®
10/20/40 mg Tabletten

onsveranstaltungen in seinen Praxisräumen nur dann untersagt werden, wenn derartige Veranstaltungen eine gewisse Wirkung in Richtung auf eine Kommerzialisierung des Arztberufs bewirkten. Dies sei bei einer Diät- und Ernährungsberatung zur Gewichtsreduktion indes nicht der Fall: Eine Ernährungsberatung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion ist sinnvoll und wird von den betreffenden Personen nicht als ungewöhnlich empfunden, zumal sie auch von Krankenkassen durchgeführt wird. Solche Veranstaltungen in einer Arztpraxis durch deren Inhaber werden nicht als Indiz dafür gesehen, dass sich die Ärzte zunehmend als Gewerbetrei-

bende verstünden und ihr Verhalten nicht mehr an den gesundheitlichen Interessen der Patienten, sondern an ökonomischen Erfolgskriterien ausrichteten. Das gelte auch dann, wenn die Beratung durch den Arzt in seiner Praxis erfolgt.

Fazit: Mit Augenmaß mahnt der BGH an, dass die Verbotsnormen des ärztlichen Berufsrechts stets durch vernünftige Belange gerechtfertigt werden müssen. Daher hat der BGH hier richtigerweise die Kontrollüberlegung angestellt, welchen Eindruck die angesprochenen Patienten auf Grund der Ernährungsberatung bekommen werden und ob sie annehmen, die Ärzteschaft vernachlässige wegen übermäßigem Gewinnstrebens das Wohl der Patienten. Es liegt auf der Hand, dass diese Frage nur zu verneinen war.

Praxistipp: Die BGH-Entscheidung kann nicht ohne weiteres auf so genannte „Praxisshops“ übertragen werden. Denn der Charakter einer Ernährungsberatung unterscheidet sich von dem eines Praxisshops, der etwa Nahrungsergänzungsmittel anbietet. Denn weite Teile der Bevölkerung haben mit Übergewicht zu kämpfen, und es ist bekannt, dass eine Ernährungsberatung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion auch medizinische Erkenntnisse berücksichtigen sollte. Damit rückt die Ernährungsberatung, auch wenn sie gewerblich erfolgt, eher in den Bereich der medizinischen

Beratung als ein Praxisshop. Dieser ist ersichtlich stärker auf den wirtschaftlichen Profit des Arztes gerichtet, so dass bei einem Praxisshop der Eindruck einer Kommerzialisierung näher liegt, als bei einer Informationsveranstaltung zur Ernährungsberatung.

Daher sollte für Praxisshops die Trennung merkantiler Gesichtspunkte vom Praxisgeschehen unverändert strikt in organisatorischer, wirtschaftlicher und auch räumlicher Sicht durchgehalten werden. Gänzlich unerwähnt lässt der BGH in seiner Entscheidung steuerliche Fragestellungen, die bei der parallel durchgeführten freiberuflichen und gewerblichen Tätigkeit generell auftreten und vor Aufnahme solcher Tätigkeiten zu klären sind, um unerwünschte spätere Überraschungen zu vermeiden. Insbesondere eine gewerbesteuerliche Infizierung der freiberuflichen Einkünfte durch Einkünfte aus der gewerblichen Tätigkeit (Beratung und Verkauf von Diät- und Ernährungsprodukten) gilt es zu verhindern.



* Thomas Mochnik ist Steuerberater der ADVIMED in Hamburg

Die Liste empfohlener Notfall-Medikamente (Teil 1)

■ Der Autor unserer Serie, Dr. med. Wolfgang Hübner (Leverkusen), stellte bereits in Folge 4 („perspectiv“ 6/08 - September) verschiedene Krankheitsbilder und deren Therapien vor. Damit verbunden wurde die kurze tabellarische Übersicht einer sinnvollen medikamentösen Aus-

stattung eines Notfallkoffers oder -rucksacks veröffentlicht. In dieser „perspectiv“ und in den nächsten Ausgaben stellt Not-



Dr. Wolfgang Hübner

fallmediziner Dr. Hübner sämtliche Notfallmedikamente ausführlich dar, und zwar mit Angabe der Indikationen und Kontraindikationen, Nebenwirkungen sowie mit Dosierungshinweisen.

Die folgende Aufstellung sind Empfehlungen von Dr. Hübner, basierend auf den Leitlinien notfallmedizinischer

Maßnahmen und nach eigenen Erfahrungen. Die Angaben zur Dosierung beziehen sich immer auf Erwachsene.

Abkürzungen:

I. = Indikation,

W. = Wirkungsweise,

NW. = Nebenwirkungen

Medikament	Generic-Name	Indikation, Wirkungsweise	Kontra-Indikation, Nebenwirkungen	Dosierung
Aspirin i.v.	Acetylsalicyl-Säure	I.: akuter STEMI u. NSTEMI, angina pectoris; Gallenkoliken, Migräne W.: Prostaglandinsynthesehemmer, Hemmung der Thrombocytenaggregation	Kinder unter 12 J., asthma bronchiale, bek. Allergie NW.: Astra-Anfall, Anaphylaxie	500mg i.v. (langsam), bei starkem Schmerz bis zu 1.000mg
Adrekar	Adenosin	I.: regelmäßige SV-Tachycardien mit schmalen QRS-Komplex, AV-Knoten-Tachycardie W.: Reduktion d. Sinusknoten-Akt. u. Verzögerung der AV-Überleitung durch Blockierung d. Calcium-Kanäle	AV-Block, Vorhofflattern u. Vorhofflimmern – NW.: Asystolien, totaler AV-Block, Kammerflimmern	Nur als Bolus wirksam! 3mg i.v. über 2s. – bei Persistenz über 2min. erneut 6mg i.v.
Suprarenin	Adrenalin	I.: Kammerflimmern, Asystolie, Anaphylaxie, Reanimation W.: Alpha- u. Beta-Rezeptor-Stimulation, Ca-Einstrom in d. Zelle	Tachycardie Rhythmusstörungen, Phäochromocytom, NW.: Reflertachycardien, Erhöhung des myocardialen Sauerstoffverbrauches	Reanimation: Initial 1mg i.v., erst nach 3-5 min. wiederholen – Frakt. Gabe i.R. einer Anaphylaxie
Gilyrytmal	Ajmalin	I.: Tachycardien mit breitem QRS-Komplex, relevante VES, WPW-Syndrom W.: Klasse I-Antiarrhythmicum, das den Na-Einstrom bremst	Bradycardien und Bedarfstachycardien, Schenkelblock NW.: Bradycardien, AV-Blockierungen, Hypotension	Nur unter EKG-Monitoring! 50mg langs. i.v. – bei vorgeschädigtem Herz über 15min.
Cordarex	Amiodaron	I.: Mittel d. 1. Wahl bei rezid. Kammerflimmern nach 3 Defibrillationsversuchen W.: Antiarrhythmicum d. Kl. III, koronardilatierende Wirkung, Hemmung des Kalium-Ausstroms	Bradycardien, AV-Leitungsstörungen NW.: Sinusbradycardie, Hypotonie, Asthma-Anfall, AV-Block, Übelkeit	300mg als Bolus bei Kammerflimmern, ggfs. 150mg nach 2min. wiederholen – ansonsten: 5mg/kgKG üb. 3min
Atropin	Atropinsulfat	I.: Bradycardie Herzrhythmusstörung, AV-Blockierungen, Asystolie, PEA – Vergiftungen mit Alkylphosphaten W.: Parasympathikolyse, Vasodilatation	AV-Block III. Grades, NW.: Tachycardien, Tachyarrhythmien, Mydriasis	Asystolie u. schwere Bradycardien: 3mg i.v. als Bolus
Tavegil	Clemastin	I.: Anaphylaktischer Schock, allerg. Reaktionen W.: H1-Blocker mit systemischer Wirkung an Bronchien, Gefäßen u. Herz – Optimierung durch Kombination mit H2-Blocker Ranitidin	- im Notfall keine Kontra-indikationen NW.: Sedierung, Schwindel, Tachycardien, zentralnervöse Störungen	2-4mg langsam i.v.
Rivotril	Clonazepam	I.:Mittel der 1. Wahl bei allen Formen der Epilepsie, Krampfanfälle psychomotorischen Ursprungs und bei Vergiftungen durch Drogen oder Organophosphate W.: zentrale Dämpfung mit hoher antikonvulsiver Wirkung durch Angriff an den GABA-Rezeptoren	Intoxikation durch Benzodiazepine u.- Alkohol, Früh- u. Neugeborene, NW.: zentrale Muskelrelaxation, Müdigkeit u. Benommenheit – Wirkungsverstärkung d. Interaktion über den Cytochrom P-450 Metabolismus	Je nach Wirkung 1-4 Amp. = 1-4mg i.v.
Catapresan	Clonidin	I.: Prädelir u. Entzugserscheinungen unterschiedlicher Genese, Mittel der 2. Wahl bei Hypertonie, moderate RR-Senkung bei hypertensiven Episoden beim Schlaganfall W.:periphere Senkung des Gefäßtonus, zentrale Hemmung der Noradrenalinfreisetzung, dadurch vegetativ dämpfend	Bradycardien, AV-Block II. u. III. Grades, sick-sinus-syndrome, Phäochromocytom NW.: Hypotension, Sedierung, schwere Bradycardien	1-2 Amp. langsam i.v. (über 2-5min)
Valium	Diazepam	I.: Erregungszustände, zerebrale Krampfanfälle, schwere Entzugsdelirien (in Kombination m. Clonidin), Horror-Trips, Myocard-Versagen durch Resochin-Intoxikation W.: zentral sedierend, anxiolytisch, antikonvulsiv, muskelrelaxierend	Angst u. Unruhezustände durch starke Schmerzen; NW.: Hypotension und Atemdepression, insbesondere in Verbindung mit einem Opioid – deshalb beim Myocardinfarkt bevorzugt alleinige Gabe des Opiods	5-15mg langsam iv.
Brevibloc	Esmolol	I.akut. Myocardinfarkt m. Tachycardie > 100/min., zur Frequenzbegrenzung bei Vorhofflimmern u. -flattern, Tachycardien m. schmalen QRS-Komplex W.: schnell wirkender β 1-selektiver Blocker mit kurzer HWZ	AV-Block II. u.III., asthma bronchiale, schwere COPD, NW.: Bradycardien, Hypotension, Bronchospasmus, Gewebs-nekrosen d. Paravasat	0,5-1,0 mg/kgKG streng intravenös über 1 min.
Hypnomidate	Etomidate	I.: Kurz-Narkotikum, z.B. für diagn. Zwecke, auch initial b. Schädel-Hirn-Trauma W.: Hypnoticum mit kurzer Wirkdauer u. nur geringem Einfluß auf die Hämodynamik	Nicht zur Aufrechterhalt. einer Narkose – Kinder unter 6 J., Stillzeit NW.: Myoklonien während der Einleitung, Venenwandreizung	0,2-0,3mg/kgKG

Privatärztliche Teilgemeinschaftspraxis – ein Modell ärztlicher Kooperation

Beitrag von Volker Mucha und Achim Bredenbach vom Ärzteverband Wuppertal e.V.

Der Ärzteverband Wuppertal e.V. betreibt seit geraumer Zeit eine Kooperationsgemeinschaft für privatärztliche Leistungen in Form einer so genannten Teilgemeinschaftspraxis (TGP). Dabei mussten einige berufsrechtliche Hürden genommen werden; zähe Verhandlungen mit der Ärztekammer waren notwendig. Bei der TGP des Ärzteverbandes Wuppertals handelt es sich um einen Zusammenschluss engagierter Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die jeweils ein bestimmtes Leistungsangebot in die standortübergreifende Gemeinschaft einbringen. Das Leistungsangebot reicht hierbei u. a. von Anti-Aging-Medizin über reisemedizinische Gesundheitsberatung bis hin zu verkehrsmedizinischen Gutachten.

Grundlage für die Errichtung einer TGP bildet das Berufsrecht. Dieses enthält mehrere Möglichkeiten zur Bildung von flexiblen Kooperationsformen auch außerhalb des eigenen Praxisbetriebs. Gemäß § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO ist es einem Arzt gestattet, „über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein“. § 18 Abs. 1 MBO erlaubt es Ärzten zudem, „sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenzuschließen“. Eine mögliche Kooperationsform ist eben das aufgrund der genannten Vorschriften zulässige Modell der „Teilgemeinschaftspraxis“. Die TGP bietet – unter Beibehaltung der bestehenden Praxis – eine Option zu einer mehr oder weniger intensiven Zusammenarbeit zwischen Ärzten. Die Konkurrenzfähigkeit der Praxen bleibt dadurch erhalten und die vermeintlichen Wettbewerbsvorteile anderer Leistungserbringer können mitunter ausgeglichen werden. Nach diesem Modell schließen sich Ärzte derselben oder verschiedener Fachrichtungen zusammen und bringen ein bestimmtes Leistungssegment in die standortübergreifende TGP ein. Damit können Leistungen angeboten werden, die in

der jeweiligen Praxis nicht in der Kompetenz verfügbar wären oder für die entsprechende Apparate oder Instrumente fehlten. Mit dem Instrument der TGP gelingt es in stärkerem Maße, die eigenen Patienten für eine bestimmte ärztliche Leistung einem hierfür spezialisierten Arzt zuzuführen und dennoch die „Behandlungshoheit“ nicht aus der Hand zu geben.

Akzeptanz wird diese Kooperationsform erst dann erhalten, wenn den Patienten die bestmögliche Versorgung von dem jeweiligen spezialisierten Arzt tatsächlich zuteil wird. Der medizinische Qualitätsaspekt steht hierbei im Vordergrund und entscheidet somit über den Erfolg der TGP. Die Vorteile derartiger Praxisformen bestehen darüber hinaus in den wirtschaftlichen und medizinischen Synergieeffekten. So wird es ökonomisch sinnvoller sein, wenn lediglich einer der Teilgemeinschaftspartner ein bestimmtes Gerät bereit hält und dieses auch ausgelastet wird. Mithin lassen sich der Einsatz von Geräten, Personal und Räumen optimieren und damit die Betriebsausgaben senken.

Die Leistungserbringung im Rahmen TGP kann sowohl außerhalb als auch innerhalb der beteiligten Praxen erfolgen. Zwar ist es durchaus denkbar, dass – vor allem etwa in operativen Be-

reichen – die Beteiligten ihre ärztlichen Leistungen in hierfür geeigneten Räumen, zum Beispiel in einem eigenen Operationszentrum, durchführen. Gleichmaßen kann aber selbstverständlich jeder Arzt die Erbringung seiner Spezialleistung auch in den eigenen Praxisbetrieb integrieren.

Entscheidendes Kriterium für das Gelingen und den Erfolg einer TGP wird stets die Beachtung des Gebots der Offenheit und Transparenz sein. Dies lässt sich mittels klarer, eindeutiger und für alle Beteiligten nachvollziehbarer Vertragsregelungen bewerkstelligen. Weiterhin bestehen für jeden Beteiligten nachvollziehbare Anforderungen an die Gewinnverteilung. Nicht zuletzt aufgrund § 31 MBO, der die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt oder andere Vorteile verbietet, sind eindeutige und fest verankerte Vorgaben an die Gewinnverteilung zu stellen. Fest steht, dass nur derjenige Arzt an der Gewinnverteilung partizipieren kann, der eine ärztliche Leistung erbringt.

In jedem Fall bietet die gelebte TGP einen sinnvollen Ansatz, die Honorarverluste im vertragsärztlichen Bereich durch zusätzliche privatärztliche Einnahmen zu kompensieren.

Kontakt:
info@aerzteverband-wuppertal.de;
www.aerzteverband-wuppertal.de

„perspectiv“ kommt unter die Lupe

Die ärztegenossenschaftliche Zeitung „perspectiv“ kommt unter die Lupe: Mit einer Befragung im Verbreitungsbereich des GV-West soll analysiert werden, ob und wie weitgehend die ärztegenossenschaftliche Publikation von den Lesern angenommen wird. Außerdem stehen die kommunikative Leistung und der Aufmerksamkeitseffekt für die Q-Pharm AG auf dem Prüfstand. Die Umfrage und Auswertung ist wissenschaftlich angelegt. Das Konzept für die Erhebung erarbeitete der Diplomand Pierre Schönrich. Der gelernte Bankkaufmann absolvierte das Marketingstudium an der Fachhochschule Flensburg und praktizierte im Vertrieb der Q-Pharm AG. Zentrale Fragestellungen sind u. a. die Wahrnehmung und Wirkung der „perspectiv“. „Wir möchten ein bestmögliches Produkt anbieten, das auch akzeptiert wird“, begründete Q-Pharm-Marketingleiter Michael P. Weiß die Aktion. Der Fragebogen (mit Rückfax-Möglichkeit) liegt dieser Ausgabe bei. Über eine möglichst breite Beteiligung würden sich die Redaktion und Herausgeber freuen. Als kleines Dankeschön werden unter den Einsendern 20 Preise ausgelost. -ari

Sehr gut besuchter Frühjahrskongress der ÄGWL im Kaiserhaus Arnsberg

DMP-Fortbildung und chronische Wundbehandlung
waren am 11. März die Schwerpunktthemen

Der erste Frühjahrskongress der ÄGWL im Kaiserhaus Arnsberg war ein voller Erfolg. Gemeinsam mit dem Wundzentrum Sauerland – einer Arbeitsgemeinschaft der ÄGWL – hatte die Ärztegenossenschaft den interdisziplinären Kongress als Auftaktveranstaltung am 11. März durchgeführt und gestaltet. „Mit über 300 Besuchern und 32 Anbietern in der Industrieausstellung sowie einem sehr abwechs-

lungsreichen Programm wurden unsere Erwartungen bei weitem übertroffen“, bilanziert ÄGWL-Vorstandsvorsitzender Dr. Hans-Heiner Decker.

„Das belegt, dass wir aktiv in das Versorgungsgeschehen eingreifen und unser Kurs zunehmende Akzeptanz erfährt“, so Dr. Decker. Er verbindet diese positive Aussage mit einem Appell an die Mitglieder und Interessenten,

auch zukünftig durch aktive Teilnahme und Mitgliedschaft die ÄGWL zu unterstützen. Diese verstehe sich als Interessenvertretung der Ärzte und medizinischen Assistenzberufe, die zudem ein aktives Gegengewicht zu den überall vorpreschenden, aber „seelenlosen“ Kapitalgesellschaften bilde.

Der Frühjahrskongress war mit dem ersten Sauerländer Pflegekongress für medizinisches Assistenzpersonal verbunden. Die Veranstalter des Kongresstags waren außer der ÄGWL das Karolinen-Hospital Hüsten, das Marienhospital Arnsberg, die MobiDoc Pflegedienst und Service GmbH, die Marien-Pflegeberatung Werl und das St.-Walburga-Krankenhaus Meschede.

Q-Pharm AG
... eine Leistung
der Ärztegenossenschaften



„Mein aut-idem-Kreuz
setze ich für Q-Pharm!“



Die Q-Pharm-Verordnung macht es!