

- **Moderne Gesundheitsversorgung**
Interview Seite 2
- **Apotheken-Fortbildung gut angenommen**
Online-Aktion Seite 3
- **2009 geht's weiter mit DMP**
Interview Seite 4
- **Praxis-Profi macht fit in Sachen EDV**
Dialogpartnerinnen Seite 5
- **Kooperationen von Ärzten und Kliniken**
Tipps Seite 6
- **ACS: Daten, Fakten und Standards**
Notfallmedizin-Serie Seite 7

ePA – die ersten Kommunikations-Server laufen!

Pilotphase in zehn Praxen innerhalb des GV-West erfolgreich gestartet



Austausch des ersten ePA-Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt: Dr. Wolfgang Hübner (li.) und Dr. Bodo Denhoven (re.)


Die EDV-Gruppe des GV-West eG hat sich in diesem Jahr von mehreren Anbietern auf dem Softwaremarkt ihre Produkte für eine Vernetzung der Praxen im Genossenschaftsnetz vorstellen lassen. „Innerhalb des GV-West arbeiten wir nun mit unserer ePA, der elektronischen Patientenakte, in einem Pilotprojekt in 40 Praxen verteilt in vier Netzen mit den unterschiedlichsten Praxisverwaltungssystemen“, so Dr. Bodo Denhoven von der EDV-Arbeitsgruppe. Zweck der ePA ist in erster Linie („perspectiv“ 4-2008 berichtet) eine erleichterte und schnellere Kommunikation unter den Ärzten sowie die sektorenübergreifende Information prä- und poststationär. Weitere Effekte und erklärtes ePA-Ziel: Einsparung von Wegen und Mehrfachuntersuchungen für die Patienten, Abbildung und Verlaufsübersicht von Behandlungspfaden.

Datensicherheit ist das wesentliche Kriterium für das System. Es besteht in dem Anspruch, dass der Arzt bzw. die Genossenschaft die Datenhoheit behält. Es kann sein, dass eine Auswertung der selbst erhobenen Daten eingekauft werden muss oder Gewinnbestrebungen in fremden Händen auslöst. In den ersten Praxen ist die Bestandsaufnahme abgeschlossen und die ersten Kommunikationsserver sind aufgestellt. Diese dienen als Konnektoren der Praxisverwaltungssysteme mit der PVS-unabhängigen Gesundheitsakte. Ganz im Vordergrund aller Überlegungen standen immer wieder die Sicherheitsaspekte. Die Kommunikation zwischen der Praxis und den Servern erfolgt über einen hoch sicheren VPN-Tunnel ohne Verbindung zum Internet. Seitens des Softwarehauses wurde ein ausgefeiltes und umfangreiches Sicher-

heits- und Datenschutzkonzept für den zuständigen Datenschutzbeauftragten erstellt.

Der Zugriff auf eine Patientenakte ist nur mit einem doppeltem Schlüssel möglich. Der Patient muss sich durch das Einlesen seiner persönlichen Gesundheitskarte identifizieren und gleichzeitig dem Arzt seine Zustimmung zum Lesen der abgespeicherten Daten geben. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird hierdurch gewahrt; er steuert durch die Übergabe seines Schlüssels an den behandelnden Arzt den Zugriff auf die Akte. Diese Zustimmung gilt dann jeweils für ein Quartal. Der zweite Schlüssel ist die Karte des Arztes mit dem er sich als Systempartner verifiziert und damit den Zutritt zur Akte des Patienten erhält. Nur die Kombination beider Schlüssel gibt den

Fortsetzung Rückseite unten links

 Deutsche Post Entgelt bezahlt 24837 Schleswig	<p>Impressum perspectiv</p> <p>Herausgeber: ädg GmbH & Co. KG Callisenstr. 1a 24837 Schleswig Geschäftsführer: Heino Ottsen Tel. 04621 305720 v.i.S.d.P.: Heino Ottsen</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 Ärzten-Genossenschaft verantwortlich.

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

Herzliche Einladung zum GV-West-Marktplatz

Am Samstag, 15. November 2008, von 10:00 Uhr bis 14:00 Uhr
im Solar-Campus in Jülich, Heinrich-Mußmann-Str. 5

Der GV-West lädt zu einem „Markt- platz der Möglichkeiten“ ein. Die Besucher erhalten eine Übersicht der Leistungen und Visionen Ihrer Genossenschaft sowie Angebote und Informationen über die Zugehörigkeiten des GV-West. „Sie erfahren, was es schon gibt und können aktiv Anregungen geben, was aus Ihrer Sicht noch unbedingt gebraucht wird“, so GV-West-Geschäftsführer Dr. Manfred Klemm.

Auf dem „Markt- platz der Möglichkeiten“ treffen sich die Mitglieder des GV-West, die Medizinischen Fachange- stellten sowie weitere geladene Gäste aus dem Bereich Medizin. Präsentiert werden der „bunte Strauß“ an Partnern und Angeboten, die der GV-West heute schon bietet.

Dazu kommt der Erfahrungs- und In- formationsaustausch untereinander. Es wird ein Tag aller sein, die etwas

bewegen wollen - egal ob Arzt, Psy- chotherapeut, Krankenpfleger, Kran- kenschwester oder Arzthelferin!

Anmeldungen erforderlich bis zum 05. November 2008 unter Fax: 0214 2066890 oder einfach per Mail an info@gv-west.de

Bitte lesen Sie mehr über die ge- planten „Markttag“-Themen auf der Rückseite dieser Ausgabe!

Moderne Gesundheitsversorgung spielt sich in der Region ab!

Interview mit BVÄG-Vorsitzendem Dr. Uwe Trulson: Plädoyer für stärkeres wirtschaftliches Engagement der Bündnisse

Der Bundesverband der Ärzten-
genossenschaften e. V. (BVÄG)
wurde von den Gründern als
politische und wirtschaftliche



Dr. Uwe Trulson

Interessenvertretung für die regionalen
Ärztegenossenschaften auf Bundesebene
konzipiert. Dass dieser Zweck mehr
denn je in der gesundheitspolitischen
und –wirtschaftlichen Landschaft zum
Tragen kommen wird, untermauert der
seit Juni dieses Jahres amtierende
BVÄG-Vorsitzende Dr. Uwe Trulson (Ei-
senach/Thüringen) in einem erneuten
Interview mit „perspectiv“. Einführend
in seine Stellungnahme unterstrich
er, dass es sein Vorgänger Dr. Klaus
Bittmann (Plön/Schleswig-Holstein) „in
hervorragender Weise verstanden hat,
die genossenschaftliche Idee und die
Interessen der freiberuflichen Ärzte ins-
gesamt in Berlin zu artikulieren“.

perspectiv: Werden Sie diese von Ihnen
lobend erwähnte Arbeit des früheren
BVÄG-Sprechers fortsetzen?

Dr. Trulson: Ganz bestimmt. Denn die
Annäherung der freien Verbände ist
ein weiterer wichtiger Verdienst des
bisherigen Vorstandes, der in keiner
Weise geschmälert werden darf. Bei
aller Individualität der Freiberufler und
ihrer regionalen Verbände erwarten die
bundesweit agierenden Krankenkassen
einen starken Verhandlungspartner. Die
angestrebten Rahmenverträge müssen
in den Regionen mit Leben erfüllt wer-
den. Denn es ist klar, dass die moder-
ne Gesundheitsversorgung sich in der
Region abspielt. Wir werden deshalb
unsere Arbeit auf die Gründung und
Unterstützung von professionellen
Netzstrukturen unter der Regie der
Freiberufler fokussieren.

perspectiv: Haben Sie dafür Rückhalt
in den Reihen der niedergelassenen,
ärztegenossenschaftlichen Kollegen?

Dr. Trulson: Es gibt sehr viele Kolle-
ginnen und Kollegen, die in den kör-
perschaftlichen Selbstverwaltungen, in
den freien Verbänden und in den Ärzte-
genossenschaften engagiert arbeiten.
Bei den anderen Kollegen ist in der Tat
die Resignation nicht zu übersehen. Ich
nenne das einmal „innere Kündigung“
gegenüber dem GKV-System. Verwun-
derlich ist das nicht.

perspectiv: Nennen Sie bitte die Grün-
de für diese Resignation!

Dr. Trulson: Deutlich ist doch zu sehen
und auch zu spüren, dass die Interes-
sen der Freiberufler in den vergangenen

zwölf Jahren weitestgehend ignoriert
wurden. Das war für viele eine zu lan-
ge Zeit. Besonders im Osten Deutsch-
lands ist es für viele Praxisinhaber bit-
ter zu erleben, wie die Politik Anfang
der Neunziger Jahre die vorhandenen
Polikliniken zerschlug und das Modell
Einzelpraxis propagierte. Nun wird das
Gegenteil gefordert und durch Hono-
rarentzug die schleichende Enteignung
betrieben. Wir müssen in dieser Situa-
tion dafür sorgen, dass die Investitionen
der Ärzte geschützt bleiben. Wir beob-
achten, dass unser ärztegenossen-
schaftlicher Ansatz von einer größeren
Zahl von Kollegen als Ausweg, zumin-
dest aber als sicherer Hafen für den
Fall des Systemkollaps gesehen wird.
Wir möchten zu den scheinbar konk-
urrenzlosen Konzepten der industri-
alisierten Medizin einen freiberuflichen
Gegentwurf bieten.

perspectiv: Die Genossenschaft ist also
eine Art Rettungsanker?

Dr. Trulson: Sie ist auf jeden Fall zu-
nächst einmal als Gesellschaftsform für
die meisten Zusammenschlüsse freibe-
ruflicher Mediziner sehr gut geeignet.
Denn sie verbindet die Chancen des
individuellen und gemeinschaftlichen
wirtschaftlichen Agierens mit über-

schaubaren Haftungsrisiken. Dabei ist
die Heterogenität der Mediziner ein
Vorteil, denn es zeichnet sich immer
mehr ab, dass die Patienten und die
Krankenversicherer von Verbänden
profitieren, die verschiedene Gesund-
heitsberufe integrieren.

perspectiv: Bitte konkretisieren Sie In-
tegration im Kontext mit ärztegenos-
senschaftlichem Handeln!

Dr. Trulson: Da gibt es nichts zu deu-
teln. Wir als BVÄG meinen, dass die
Fachgruppen in den Netzen ihre Inter-
essen besser verwirklichen können
als allein. Die meisten medizinischen
und wirtschaftlichen Probleme sind
nur noch interdisziplinär lösbar. Dabei

Bicalutamid jetzt von Q-Pharm
Bica-Q® 50 mg Tabletten

gibt es nichts Besseres, als dass man
sich persönlich gut kennt. Genau dieser
menschliche Ansatz ist im KV-System
in Verruf gekommen, weil die Zwän-
ge der Mangelverwaltung in Form der
Honorarverteilungsverträge immer zu
Ungerechtigkeiten führten.

perspectiv: Was empfehlen Sie, um die-
se Situation positiv zu bereinigen?

Dr. Trulson: Klar gesagt – wir sind nicht
bereit, über Honorierungsformen zu

verhandeln, in denen die Mediziner
gezwungen sind, Leistungen zu er-
bringen, obwohl die finanziellen Mittel
erschöpft sind. Doch in Vertragsformen,
in der jede notwendige medizinische
Leistung einen festen Preis hat, können
diese Ungerechtigkeiten überwunden
werden. Wir bieten, und erwarten das

Neues von Q-Pharm
Glime-Q® 1/2/3/4 mg (Glimepirid)

auch von den Vertretern der jeweiligen
Fachgruppen in unseren Verbänden,
die aktive Mitarbeit bei der Entwicklung
innovativer Vertragsformen an!

perspectiv: Das allein ist aber doch
nicht der Gipfel des Problembereiches,
den es zu erobern gilt?

Dr. Trulson: Das sehen Sie richtig. Ich
nenne hier auch die älteren Kollegen,
die ihre Praxis zum fairen Preis ver-
kaufen wollen. Die sehen sich aber
mit dem Fehlen potenzieller Nachfol-
ger konfrontiert. Oft versuchen sie, die
Vernichtung ihres ideellen Praxiswertes
durch den Verkauf der Zulassung an
Krankenhäuser zu vermeiden. Damit
wird die Entmachtung der Freiberufler
beschleunigt. Ich sage und fordere:
Wirtschaftlich starke regionale Verbän-
de könnten diese Praxen übernehmen
und unserem Nachwuchs eine Per-
spektive bieten!

perspectiv: Da wagen Sie sich weit vor.
Haben die Bündnisse dafür die wirt-
schaftlichen Kapazitäten?

Dr. Trulson: Das ist eine Vision, aber
sicherlich machbar, weil über kurz
oder lang bitter notwendig. Wir ha-
ben unsere gemeinsame Managem-
entgesellschaft mit MEDI und NAV-
Virchowbund gegründet, um zunächst
für die Verhandlung und Abwicklung
bundesweiter, überregionaler Verträge
gewappnet zu sein. Diese Gesellschaft
hat ebenfalls die Rechtsform der Ge-
nossenschaft, was unser Profil schärft.
Im Übrigen ist MEDI ein Verbund mit
handfesten wirtschaftlichen Vorteilen
für die Mitglieder und Vertragspartner.
Der NAV wie auch MEDI fördern den
Netzgedanken. Viele der Mitgliedsge-
nossenschaften sind Ärztenetze bzw.
Servicepartner von Netzen. Durch diese
Partnerschaft wird unser Ansatz gestär-
kt und wir erreichen gemeinsam eine
wesentlich bessere Flächendeckung.
Welche wirtschaftlichen Möglichkeiten
dem folgen könnten, müssen wir prüfen
und abwarten.

Kurzum: Starke regionale Bündnisse
sind das bessere Konzept als ein
durch die Industrialisierung losge-
tretener Konzentrationsprozess, der
in übermächtigen Oligopolen enden
würde.

Neu programmierte Versanddatenbank bringt Q-Pharm erhebliche Vorteile

Die Flensburger Vertriebs- und Marketingzentrale der Q-Pharm AG verfügt demnächst über eine extrem leistungsfähige Datenbank mit den Adressen für den Versand und den gesamten Mailingverkehr. „Das neue so genannte Kontaktprogramm bietet uns Benutzern erhebliche Vorteile, denn es

Omeprazol von Q-Pharm
Ome-Q® 10/20/40 mg msr. Kapseln

vereinfacht die Aussendungen unseres schriftlichen Informationsmaterials“, sagt Marketingleiter Michael P. Weiß. Besonders der übersichtliche modulare Aufbau der Datenbank erleichtert den Umgang sowie die erforderlichen ständigen Aktualisierungen.

Weitere Vorteile und Möglichkeiten des modernen Versandprogramms

sind, dass dieses ohne Zusatzsoftware erreichbar und benutzbar ist. Für die Bedienung der Datenbank sind keine Programmierkenntnisse erforderlich. Die Absicherung und der Zugriff erfolgt über eine individuelle Rechte-Vergabe an authentifizierte Benutzer. Diese haben die Möglichkeit, die Datenbasis gemeinsam zu pflegen, denn es gibt keine lokalen und dadurch unterschiedlichen „Adresstöpfle“ mehr.

Zudem können permanent aktuelle Statistiken abgerufen werden, die individuelle Auswertungen verschiedenster Merkmale ermöglichen. Die Verfügbarkeit ist über Rechner (Laptop) von jedem Ort aus gewährleistet. Außerdem ist bei Bedarf die Kommunikation, sprich der Datenaustausch, mit anderen Softwarelösungen möglich.



Die „Anwenderinnen“ Manuela Brodersen (li.) und Melanie Wrobel (re.) beim „Testlauf“ der neuen Datenbank.

Omeprazol - Ome-Q®
10/20/40 mg msr. Kapseln

„Wir gratulieren zur engagierten Mitarbeiterin“

Infoschreiben an Ärzte weist auf erfolgreiche Teilnahme von Arzthelferinnen an Vertragsmanagement-Fortbildung hin

Alle Arzthelferinnen, die mit gutem oder sehr gutem Erfolg das diesjährige Fortbildungsprogramm „Vertragsmanagement“ abschließen, werden

Alendronsäure - Alendro-Q®
10/70 mg Tabletten

eine besondere Würdigung erfahren: In einem persönlichen Schreiben an die jeweiligen Praxischefs wird die Q-Pharm AG auf den guten Abschluss hinweisen und den Absolventinnen und ärztgenossenschaftlichen Praxisinhabern gratulieren. Q-Pharm hat bekanntlich das inzwischen bewährte Dialogpartnerinnen-System mit dem

seit Kurzem angeschlossenen Dialogpartnerinnen-Kolleg initiiert. Die Dialogpartnerinnen werden inzwischen regional von den Ärztgenossenschaften individuell betreut.

Fortbildungsmöglichkeiten bitte nutzen. „Wir gratulieren Ihnen zu einer engagierten Mitarbeiterin, die sich mit ihrem Arbeitseinsatz den Veränderungen in der Vertragswelt des Gesundheitswesens gestellt hat“, wird es in dem Brief an die Ärzte heißen. Darin wird zudem die Hoffnung ausgedrückt, dass die Medizinischen Fachangestellten auch die weiteren Fortbildungsmöglichkeiten des Dialogpartnerinnen-Kollegs und

Neue Internet-Präsentation: www.qpharm.de

Die ärztgenossenschaftliche Q-Pharm AG stellt Anfang November ihre neue Website im World-Wide-Web online. Die in Kooperation mit der HFC Internet GmbH (Cloppenburg) neu gestaltete Internet-Präsentation bietet ein modernes Design und alle Informationen rund um Q-Pharm.

Hauptsäulen sind Themen zu den Arzneimitteln, zum Dialogpartnerin-System, zum Netzwerkmanagement und zur Publikation „perspectiv“. Unter dem Punkt Netzwerkmanagement finden sich u. a. Angaben zum Vertriebssektor der Q-Pharm, zu den Kooperationspartnern, zu Kassenverträgen sowie das so genannte Rote-Hand-Archiv. Die Web-



site wird künftig regelmäßig professionell „gepflegt“, d. h. mit aktuellen oder ergänzenden Informationen versehen, so dass der Besucher ständig auf dem neuesten Stand ist. -ari

Q-Pharm bundesweit mit Rabattvereinbarungen präsent

Bundesweit hat die Q-Pharm AG inzwischen unmittelbar und indirekt Rabattvereinbarungen mit mindestens 25 Krankenkassen getroffen. Das sind die AOK in zwölf Bundesländern, die BARMER, die Bahn-BKK, der BKK-Landesverband Nord und die BKK-LKK Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz. Außerdem besteht seit dem 1. August dieses Jahres ein Vertrag mit der GWQ ServicePlus AG, die für mehrere BKK handelt, wie beispielsweise von Audi, Daimler Chrysler, City, Essanelle, Allianz und Siemens. Die Rabattvereinbarungen betreffen – bis auf zwei Einzelausnahmen – das Gesamtsortiment.

Apotheken-Fortbildung gut angenommen

Q-Pharm kooperierte mit „DeutschesApothekenPortal“

Die ärztgenossenschaftliche Q-Pharm AG hat – endend an diesem 31. Oktober - Apothekern und PTA eine zertifizierte Fortbildung per Internet zu den Themenbereichen „Arzneimittel und Beratung“ ermöglicht. Die Weiterbildungsmaßnahme wird von der Bundesapothekerkammer mit zwei Punkten „belohnt“. Die Aktion wurde nach Angaben des DeutschenApothekenPortals, mit dem Q-Pharm bei der Fortbildungsmaßnahme kooperierte, sehr gut angenommen. Das DeutscheApothekenPortal ist die zentrale Informationsstelle für Rabattverträge.

Der Online-„Fernunterricht“ setzte die teilnehmenden Apotheken bzw. deren Chefs und Teams in die Lage, ihre Kompetenz in Sachen Arzneimittelberatung zu steigern. Die aktuellen Themen waren Festbeträge, Zuzahlungen und Rabattverträge.

Rund 6.000 Apotheken hatten von Q-Pharm das Schreiben mit der Ankündigung der Aktion erhalten. Die Interessenten wählten sich unter www.deutschesapothekenportal.de/fortbildung_qpharm.html ein. Die Unterlagen bzw. Antwortbögen wurden ausgefüllt und per Fax versendet. Darauf erhalten die erfolgreichen Teilnehmer ein persönliches Zertifikat.

Die Q-Pharm hatte der Ankündigung eine umfassende Information zu ihrem Leistungspaket mit besonders attraktiven Konditionen beigefügt. Q-Pharm garantiert bekanntlich eine schnelle Belieferung und komplette Lieferfähigkeit bei hoher Akzeptanz in den Arztpraxen. Zurzeit hat Q-Pharm einige Hundert direkt bestellende Apotheken bundesweit in ihrer Zustell-Liste.

Neues von der Q-Pharm AG

Außer Vertrieb

Zum 15. Oktober 2008 wurde **Lanso-Q, 84 Hartkapseln zu 30 mg (N3)** von der Q-Pharm AG aus dem Vertrieb genommen. Die anderen Stärken und Verpackungseinheiten bleiben im Sortiment.

Vorteil: Kostenlose Qualifizierung! Einer der großen Vorteile der Ärztgenossenschaften sei, was leider noch nicht in allen Praxen bekannt ist, die kostenlose Mitarbeiter-Qualifizierung in aktueller und praxisnaher Form, heißt es in dem Schreiben. Diesem wird auch der neue Flyer mit dem Konzept der Dialogpartnerinnen-Organisation beigefügt. (Beachten Sie bitte auch die regelmäßigen Dialogpartnerinnen-Seiten in „perspectiv“) -ari

Voraussetzungen für gewerbliche Tätigkeit in eigenen Praxisräumen gelockert

Urteil des BGH ermöglicht Ausbau des Leistungsspektrums eines Arztes

■ Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte über die Frage zu entscheiden, ob die Tätigkeit eines Arztes im Rahmen einer Ernährungsberatung in seiner Praxis berufsrechtswidrig sei und entsprechend zu versagen sei. Das ist nicht der Fall, wenn diese Beratung streng getrennt von der normalen Sprechstunde des niedergelassenen Arztes abläuft, stellte der BGH fest.

Im Urteil des BGH vom 29. Mai 2008 (Az.: I ZR 75/05) wurde klargestellt, dass es Ärzten grundsätzlich nicht untersagt sei, eine gewerblich-unternehmerische Tätigkeit auf dem Gebiet des Heilwesens auszuüben. Der Arzt könne selbstverständlich eine andere Tätigkeit neben seiner ärztlichen Tätigkeit ausüben, wenn die Tätigkeit mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufes vereinbar ist, so die Bundesrichter. In der Folge dieser bereits

feststehenden Rechtsprechung (vgl. BVerfGE 71, 183, 195, 196) sei es dem Arzt auch erlaubt, gewerbliche Ernährungsberatung in seinen Praxisräumen durchzuführen. Sicherergestellt werden muss nur, dass diese Tätigkeit von der ärztlichen Tätigkeit, also von der Sprechstunde, „deutlich abgegrenzt wird“.

Fazit von Medizinanwalt Sebastian Vorberg (Hamburg): Ärzte können nach dieser Entscheidung neue Wege beschreiten und ihr Leistungsspektrum in den eigenen Praxisräumen ausbauen! Allerdings ist auf die klare Abgrenzung zur Sprechstunde zu achten. Ferner sollten die Ärzte bei der Planung immer auch den Steuerberater hinzuziehen, der die Frage der (Neben-)Einkünfte bewertet und sicherstellt, dass keine „Infizierung“ der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit stattfindet.

-prip

Metoprolol von Q-Pharm
Jutabloc® 50/100/200 retard

2009 geht's weiter mit DMP!

„perspectiv“ fragte den BARMER-Landesgeschäftsführer

■ Hartnäckig halten sich in der Ärzteschaft Gerüchte, dass die Disease Management-Programme (DMP) zum Jahresende auslaufen sollen.



Thomas Wortmann

„perspectiv“ hat zu dieser Frage einmal nachgehakt und einen Krankenkassen-Experten um Stellungnahme gebeten. Hier das Interview mit dem Landesgeschäftsführer der BARMER Nord (Hamburg), Thomas Wortmann:

perspectiv: Wird es auch 2009 noch DMP geben?

Th. Wortmann: Definitiv ja! Die Politik hat sich ausdrücklich für die Fortsetzung der Programme ausgesprochen. Sie werden daher auch weiterhin fester und wichtiger Bestandteil des Angebotes zum Beispiel der BARMER bleiben. Wir und sicherlich auch andere Krankenkassen wollen eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung unserer Versicherten gewährleisten. Dass dies mit den DMP gelingt, belegen die verschiedenen Feststellungen über ihre Behandlungserfolge.

perspectiv: Wie werden die Programme künftig finanziert?

Th. Wortmann: Alle derzeitigen DMP-Diagnosen werden im kommenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, dem so

genannten Morbi-RSA, berücksichtigt. Somit werden also die durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen für alle diese chronisch Kranken ausgeglichen.

perspectiv: Daraus lässt schließen, dass eine Krankenkasse weiterhin mit der DMP-Teilnahme ihrer Versicherten kein Geschäft macht?

Th. Wortmann: So ist es und dabei bleibt es! Der Morbi-RSA macht unser System deutlich gerechter, weil jetzt für die 80 festgelegten Krankheiten die Gelder dorthin fließen, wo sie zur medizinischen Versorgung benötigt werden. Aber es ist für eine Krankenkasse nach wie vor außerordentlich wichtig, mit einer gut organisierten und strukturierten Behandlung ihrer Versicherten keine überdurchschnittlichen Ausgaben zu erreichen. Hierzu leisten die DMP einen maßgeblichen Beitrag.

perspectiv: Wie finanzieren die Krankenkassen ihre zusätzlichen Kosten?

Th. Wortmann: Neben den Aufwendungen für die medizinische Versorgung wird den Krankenkassen über den Morbi-RSA auch eine so genannte Programmkostenpauschale ersetzt. Diese wird für jeden eingeschriebenen DMP-Patienten gezahlt. Die Höhe der Programmkostenpauschale resultiert leider aus einem Kompromiss aller Beteiligten und ist aus unserer Sicht deutlich zu niedrig. Was das letztlich für die Vergütung bedeutet, muss noch geprüft werden.

„Die ädg - ein typisches Element ärzteschenschaftlicher Leistung“

Ärztendienstleistungsgesellschaft besteht fünf Jahre – Interview mit Geschäftsführer Heino Ottsen (Schleswig)

■ Fünfjähriges Bestehen be- geht in diesen Tagen die Ärzteschenschaftsgesellschaft ädg GmbH & Co. KG. Sie wurde 2003 als Tochterun-



Heino Ottsen

ternehmen der Ärzteschenschaft Schleswig-Holstein eG (ÄGSH) und der Ärzteschenschaft Nord-West eG gegründet. Die ädg-Hauptadresse ist daher Bad Segeberg am Sitz der ÄGSH. Im August vergangenen Jahres löste die ädg ihre bis dahin zwei externen Geschäftsstellen (Flensburg und Oldenburg/Niedersachsen) auf, um sie in Schleswig zu konzentrieren und von dort aus die Service-Aktivitäten für Ärzte und Arztpraxen zu zentralisieren und zu verstärken. Außerdem gibt es mehrere Repräsentanzen. Gleichzeitig nahm in Schleswig der Betriebswirt Heino Ottsen als neuer Geschäftsführer seine Tätigkeit auf. „perspectiv“ sprach mit ihm anlässlich des halbrunden Jubiläums über die Aufgaben und die

aktuellen Angebote der ädg:

perspectiv: Wie viele Mitarbeiter umfasst Ihr Team und in welchen Bereichen ist dieses aktiv?

H. Ottsen: Wir zählen heute, zusammen mit mir, sechs Festangestellte sowie 19 Außendienstpartner. Das ist eine überschaubare und sehr aktive Truppe, deren Hauptaufgabe es ist, Nachfragen aus der Ärzteschenschaft nach Waren und Dienstleistungen sozusagen zu bündeln, das heißt wir bieten solche qualitativ und zuverlässig an. Die Zahl der Außendienstpartner steigt kontinuierlich an, da immer mehr Ärzte den Genossenschaften beitreten.

perspectiv: Worin liegt dann der Vorteil der ädg, denn es sind doch sicherlich viele andere derartige Anbieter am Markt?

H. Ottsen: Ich möchte nicht bestreiten, dass es eine Zahl auch ähnlicher Mitbewerber gibt. Aber unsere Spezialität ist die besagte Bündelung für eine bestimmte Klientel. Das sind unsere niedergelassenen Genossenschaftsärzte. Bundesweit sind das rund 12.000, davon 2.300 allein in Schleswig-Holstein.

Die Praxen kennen uns - ihre ädg - und wir kennen die Praxen. Wir verstehen uns als typisches Element einer genossenschaftlichen Leistung und können deshalb zielgerichteter und besser am Markt agieren. Das betrifft das Angebot hochwertiger medizinischer Gerätschaften wie Serviceleistungen jeglicher Art für Arztpraxen gleichermaßen.

perspectiv: Können Sie das über die ädg gesteuerte Leistungsspektrum noch detaillierter benennen?

H. Ottsen: Selbstverständlich gerne. Dazu zählt Praxis- und Sprechstundenbedarf, den die Praxen telefonisch oder

Terbinafin von Q-Pharm
Terbina-Q® 250 mg Tabletten

über unsere Homepage online ordern können, die Steuerung von Impfstoffversand, medizinische Geräte aller Art, Patienten-Informationssysteme sowie Telefon- und DSL-Verträge. Darüber hinaus vermitteln wir die Herstellung von Drucksachen und Websites, vermitteln die Steuerung von Finan-

zierungen anhand von Leasing oder Mietkauf, schaffen gute Konditionen für den Neuwagenkauf, forcieren Fort- und Weiterbildungsangebote, erstellen Finanz- und Versicherungsanalysen und beraten die Ärzte bei Praxisübergaben, um nur einige Punkte zu nennen. Es kommt zudem ja immer wieder Neues hinzu.

perspectiv: Die abschließende Frage - wie bewerten Sie nach mehr als einjähriger Aktivität am Standort Schleswig die Funktion des Dienstleisters ädg und wie ist Ihre Zukunftsprognose?

H. Ottsen: Zweifellos gab es Startschwierigkeiten. Das ist völlig normal wenn ein Wechsel vollzogen werden muss. Aber wir sind nach meiner Einschätzung, und das sinnbildlich, relativ zügig aus dem Baustellenloch geklettert und haben das Haus stabil, solide und ansehnlich errichtet. Die ersten Stockwerke wurden wohnlich eingerichtet und mit Leben erfüllt. Nun wird es weiter möbliert und - dank des bisher Geleisteten bin ich optimistisch - vielleicht eines Tages noch aufgestockt.

Praxis-Profi macht fit in Sachen EDV

Die erfolgreiche Praxis-Profi-Reihe zur Fortbildung der Dialogpartnerinnen startet ins vierte Jahr: 2009 wird die neue Staffel der



Werner M. Lamers

Weiterbildungsreihe angeboten. Die fünfteilige Lehrheftreihe „Praxis-Profi 2009“ stellt die elektronische Praxis-Kommunikation ins Zentrum. Es dreht sich alles um EDV, Vernetzung und Telematik. Autor der Lehrhefte und Moderator des Abschluss-Seminars für die Praxis-Profi-Besten ist wieder Werner M. Lamers (Billerbeck/NRW). „Es gilt die Praxis-Mitarbeiterinnen fit zu machen in Sachen EDV“, kündigte Ausbildungsleiterin Katja Backen an.

Werner M. Lamers erläuterte gegenüber „perspectiv“ bereits die Inhalte: Das erste Heft wird EDV-Basiswissen beinhalten. Die Grundlagen von Bit und Byte werden dort ebenso erklärt wie Begriffe aus den Bereichen Hardware, Software, Datensicherung und Datenschutz. Direkt umsetzbare Materialien werden z. B. in Form von Checklisten, Dokumentationshilfen etc. für das EDV-Störfallmanagement und einem Muster einer Verschwiegenheitserklärung für EDV-Techniker beiliegen.

Lehrheft „EDV-2“ beschäftigt sich mit der Praxis-Verwaltungs-Software. Historie, Markt, Möglichkeiten, Vorzüge (am Beispiel konkreter Anwendungen

aus den Bereichen praxisinterne Kommunikation, Service, Terminplanung, Recall etc.) sind zentrale Inhalte.

Heft 3 nimmt sich des Themas „Internet“ an. Angefangen bei der Geschichte des Internets über technische Grundlagen mit der Erläuterung der wichtigsten Begriffe wie Browser, Provider, Router etc. über Beschreibung der Risiken bis hin zu den Möglichkeiten, die das „www“ und E-Mail bieten.

Teil 4 vermittelt Wissen rund um die „Vernetzung“. Angefangen bei der Darstellung einfacher Anwendungen wie Fernwartung und Labor-DFÜ bis hin zu komplexeren wie die Online-Abrechnung mit KV und Privatärztlicher Rechnungsstelle. Dale-UV, eDMP, KV-SafeNet und dessen Abwicklung sowie die entsprechenden Möglichkeiten für die Praxis sind ebenso weitere Themen wie die elektronische Gesundheitskarte.

Das letzte Lehrheft der EDV-Reihe wird dem Zukunftsthema EPA (Elektronische Patientenakte) gewidmet sein. Hierzu wird von der Historie über die diversen Techniken, Sicherheitsanforderungen bis hin zu den vielfältigen Nutzenaspekten für Patienten, Praxis und das Gesundheitssystem alles vermittelt.

Praxis-Profi begann 2006 mit der Reihe „Praxismanagement“ und wurde 2007 mit den Fernkurs „Hygiene in der Arztpraxis“ fortgesetzt. Ebenfalls 2007 schloss sich das „Qualitätsmanagement“ an. In diesem Jahr stand das „Vertragsmanagement“ im Mittelpunkt.

Der Literatur-Tipp

Rotwein und Katzen

■ Eine „aufgepumpte Oma“, ein Alkoholkranker, der morgens seinen Rotwein im Wartezimmer trinkt, oder verwaiste Katzen, die in der Praxis abgegeben werden – das gehört zu den amüsanten Erfahrungen, die Christel Löber in ihren fast vier Jahrzehnten als Arzthelferin machte. Mit 15 trat sie ihren Ausbildungsplatz als Arzthelferin in der Nähe von Frankfurt am Main an. Sie

blieb der Praxis treu und erlebte dabei vier verschiedene Chefs. Christel Löber gibt einen unterhaltsamen Blick hinter die Kulissen der Praxis. Das munter geschriebene Buch erschien bereits im August 2007, ist aber immer noch ein Renner in Arzthelferinnen-Kreisen. Leseproben sind beim Internet-Buchhändler „Amazon“ einsehbar.

„Ärzte, Patienten und andere Katastrophen!“, Verlag Books on Demand, 2007, 127 Seiten, 12,90 Euro, ISBN 978-3-8334-8356-1

Handbuch regelt Aufgabenverteilung

■ Ein neues internes Handbuch soll die Zusammenarbeit zwischen dem Dialogpartnerinnen-Kolleg und den Ärztgenossenschaften effektiver, rationaler und professioneller machen. In dem Brevier wird kurz und übersichtlich die Aufgabenverteilung regionalisiert, und zwar dort, wo es machbar ist. Andere Teile der vielfältigen Dia-

logpartnerinnen-Organisation bleiben in erster Linie aus Effektivitätsgründen dem Kolleg überlassen. Punkt für Punkt wird in dem Handbuch dargestellt, wie die einzelnen Aufgabenbereiche ineinander verzahnt sind und wie die Zusammenarbeit zwischen Ärztgenossenschaften, Dialogpartnerinnen und Q-Pharm bzw. Kolleg abzulaufen hat.

Workshops zum Vertragsmanagement

■ Im November stehen in Schleswig-Holstein zwei Workshops zum Themenkomplex „Vertragsmanagement“ an:

Am 19. November in Rendsburg um 15.00 Uhr – in Kooperation mit dem MQR. Es moderiert Ira Gülzow.

Am 26. November in Neustadt/Holstein um 19.00 Uhr in den Räumen der BARMER. Es moderiert Margit Giszas.

Am 29. November ist ein Rahmenprogramm (10.00 bis 15.00 Uhr) für MFA/Dialogpartnerinnen anlässlich der 1. Netzkonferenz in Neumünster geplant, wie bereits im ÄGSH-Regionalteil angekündigt wurde. Gastgeber ist das Medizinische Praxisnetz Neumünster (MPN), das sein zehnjähriges Bestehen begeht.

Unser Auffrischkurs - Teil 7

Effiziente Kommunikation (I)*

■ Sie haben neben höflichen und aufmerksamen Patienten solche, die anstrengend oder überheblich sind, vielleicht auch aggressiv oder egoistisch. Begegnen Sie beiden Personenkreisen mit einer effizienten Kommunikation, dann machen Sie die netten Patienten noch glücklicher – und sie beherrschen die anderen. Zumindest lassen sich mit professioneller Kommunikation schwierige Situationen leichter bewältigen oder gar vermeiden. Sie sind also im Vorteil, wenn Sie

- bewusst kommunizieren
- Regeln der Kommunikation beherrschen

und

- diese aktiv nutzen!

Missverständnisse einkalkulieren!

Berücksichtigen Sie den Unterschied zwischen der Kommunikation mit einem Mann und mit einer Frau. Frauen kommunizieren beziehungsorientiert und suchen das „gute Gespräch“. Männer kommunizieren informations- oder gar machtorien-

tiert. Ihr Ziel ist das „klare Ergebnis“. Was für die Patientin ein beziehungs-förderndes Gespräch ist, empfindet mancher Patient als „überflüssiges Geschwätz“. Beschränken Sie sich



Soweit darf es nicht kommen...!

beim Gespräch mit den männlichen Patienten auf das Wesentliche, während es bei Ihren Patientinnen ruhig „etwas mehr“ sein darf.

Bedenken Sie die 20%-Regel! Kaum jemand ist in der Lage, 100 % seiner Gedanken in Worte zu fassen. 20 % gehen meist verloren. Also werden max. 80 % des Gedachten ausgedrückt. Andererseits kann niemand permanent

aufmerksam zuhören. Hierbei geht man von einem Verlust von weiteren 20 % aus. Beim Gesprächspartner kommen also etwa 60 % der in Worte gefassten Gedanken an. Jeder Zuhörer filtert, sortiert und übersetzt das Gehörte in eigene Gedankenbilder, was wiederum zu einem 20-%igen Verlust führt. Vom Gedachten kommen beim anderen in Wirklichkeit nur rund 40 % an.

Bewusst und zielorientiert kommunizieren!

Ziel- und belanglos plaudern kann man jederzeit privat. Bei Patienten schadet das im Prinzip dann auch nicht, sofern man ein gutes, entspanntes Verhältnis hat. Sobald jedoch Konflikte auftreten oder Sie ein Überzeugungsgespräch führen müssen, heißt es aufgepasst! Spätestens nun muss sich die Kommunikation wieder klar auf ein Ziel zu bewegen. Hier kommt es nicht darauf an, Recht zu behalten, selbst wenn man wirklich Recht hat, sondern das Ziel zu erreichen, das da lautet: Begeisterte Patienten, die Ihren Vorschlägen folgen, jederzeit gern wiederkommen und möglichst vielen anderen positiv von Ihrer Praxis berichten.

Auf den Patienten eingehen! Es spielt nur eine untergeordnete Rolle, ob ein Patient berechtigt oder unberechtigt mit Vorwürfen und Meckereien auf Sie eindrischt. Ihre erste Aufgabe als guter Gesprächspartner ist es, die Situation auf eine sachliche Ebene zu bringen. Das geht so: Geben Sie dem Patienten zunächst einmal bedingt Recht; lassen Sie ihn sich als „der Größte“ fühlen. Sie gewinnen dadurch Zeit, sich auf den weiteren Verlauf besser einzustellen (z. B.: „Wahrscheinlich haben Sie Recht. Ich kläre das mit meiner Kollegin und wir sprechen später noch einmal darüber.“). Sie erteilen ihm also keine Absolution, sondern geben bedingt Recht – und die Situation eskaliert nicht. Später kann dann in Ruhe und auf vorbereitete Weise der Konflikt ausgetragen werden – und zwar bitte nicht vor anderen Patienten!

(Serie wird fortgesetzt)

*Diese Tipps sind Auszüge aus Praxis-Profi 2006, Lehrbrief 3. Leserinnen, die nicht über die Hefte verfügen und daran interessiert sind, wenden sich bitte an ihr Ärztgenossenschaft. Sie erhalten von dieser die gewünschten Exemplare.

Kooperationen von Ärzten und Kliniken: Den vertretbaren Mittelweg finden!

Ein hilfreicher Beitrag von RA Sebastian Vorberg*

Schon seit mehr als einem Jahr dürfen Niedergelassene und Kliniken frei und fröhlich zusammenarbeiten. Viele Kooperationen, die sich bis dahin im „Graubereich“ aufgehalten haben, wurden hierdurch legitimiert. In der tatsächlichen Auswirkung steht diese Freiheit jedoch erst jetzt vor ihrem Durchbruch. Dabei sind verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Patientenversorgung denkbar, z. B.: Der Chefarzt steigt in eine etablierte Praxis mit ein, eine Praxis übernimmt Operationen in einer Klinik und bringt die eigenen Patienten mit ein oder ein

junger Arzt halbiert seine Stelle in der Klinik und steigt ebenfalls mit einer halben Stelle in eine Praxis ein.

Bei allen Konstellationen ist zu bedenken, dass der bisherige Umgangston und auch die Finanzplanung in Klinik und Praxis völlig unterschiedlich waren. Bei den Gestaltungen dieser Kooperationen muss daher in ausreichender Absprache ein für alle Interessen vertretbarer Mittelweg gefunden werden! **Herausgegriffen werden soll hier die Vergütung.** Die Praxis und ihre Ärzte sind vollständige unternehmerische Freiheit gewohnt. Hier gab es Entnahmen statt Gehälter und Gewinnstreben beeinflusste hier den Lebensstandard. In der Klinik wurde häufig nach Tarif bezahlt. Eine klare Hierarchie war hier die Leiter zum Erfolg. Auch Klinikverwaltungen sind dem Umgang mit abhängig Beschäftigten in Hierarchien gewohnt und sehen unternehmerische Freiheiten alleine als Motivation durch

variable Gehälter an. Der Arzt muss bei der Kooperation mit einer Klinik darauf achten, dass er die unternehmerische Freiheit bewahrt und sich nicht in eine Tarifschublade drängen lässt.

Erbringt ein freiberuflicher Arzt für eine Klinik Leistungen, lässt sich deren Wert z. B. bei Operationen einfach ermitteln: Die von einer Hauptabteilung zu beanspruchende DRG (= Diagnosis Related Groups, Diagnose bezogene Fallgruppen/Fallpauschale) beinhaltet alle Leistungen aus der stationären und ärztlichen Betreuung. Dieselbe DRG wird auch für Belegkliniken angegeben, jedoch ohne die ärztlichen Leistungen, weil diese bei Belegtätigkeiten von den KVen an die Ärzte gezahlt werden. Die Differenz dieser beiden DRG beschreibt genau den finanziellen Anteil der ärztlichen Leistung.

Die Rechnung lautet: „DRG Hauptabteilung abzüglich DRG Belegabteilung = Wert der ärztlichen Leistung“. Diese Werte sollten bei entsprechenden Verhandlungen mit den Kliniken immer ins Spiel gebracht werden. Häufig stellt sich heraus, dass die Tariflöhne der Kliniken hier viel zu niedrig angesetzt sind, um diesen Wert auszugleichen.

Den entscheidenden Ausschlag für die Klinik bei einer Kooperation mit Niedergelassenen dürfte neben der Kapazitätsauslastung, die Zuweisung sein. Bindet eine Klinik eine Praxis langfristig durch eine Kooperation an die Klinik, so werden häufig die Zuweisungen dieser Praxis auch für die Klinik gesichert. Führt die Praxis stationäre Operationen an der Klinik aus, werden natürlich insbesondere die Patienten der Praxis auch hier operiert. Hier muss den entsprechenden Chefärzten der Abteilungen die Kooperation als Mehrertrag für die Abteilung und nicht als Konkurrenz schmackhaft gemacht werden. Die Chefärzte werden sich daran gewöhnen müssen, dass auch Praxen in den Abteilungen eine Rolle spielen werden.

Die Empfehlung kann nur sein, faire Kooperationen im eigenen Interesse zu fördern und zu begleiten. Ellenbogen helfen hier keinem. Denn die Grenzen zwischen Praxis- und Klinikärzten werden immer weiter verschwimmen. Jeder sollte sich darauf einstellen und die neuen Möglichkeiten sinnvoll nutzen.



* Sebastian Vorberg ist Fachanwalt für Medizinrecht (Adresse: ECOVIS Vorberg, Recht und Steuern in der Medizin, Warburgstr. 37, 20354 Hamburg, www.medizinanwalt.de).

Spannender Ärztecup 2008

Fortbildungs- und Segel-Event vor Greifswald

Am zweitägigen Ärztecup 2008 in und vor Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) nahmen 45 Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen teil. Von diesen und den elf Organisatoren unter Federführung der norddeutschen Niederlassungen von ECOVIS wurde die anerkannte Fortbildungsveranstaltung äußerst positiv bewertet. Erneut stand die Vermittlung von wichtigem Fachwissen in angenehmer Umgebung in Kombination mit einem sportlich unterhaltenden, sprich seglerischen Teil.

Der Fortbildungsteil des vierten Ärztecups in Folge seit 2005 bestand am 13. September aus interaktiven Workshops mit Vorträgen zu aktuellen Themen aus der Praxis für die Praxis: Der Arzt und seine externen Kooperationen (Zuweisungen, Empfehlungen und Verträge), Berufsausübungs-Gemeinschaften und Konsiliarverträge als Perspektiven, erfolgreiches Praxismarketing (Corporate-Identity und Kommunikation in der Arztpraxis), Finanzplanung (Budgetplanung bei Gründung, Führung und Verkauf der Praxis). Begleitet wurde der Event an beiden Tagen von exzellenter Küche und Pausen für den Meinungs-



austausch, wobei die verschiedenen Themen und Inhalte angeregt diskutiert und kommuniziert wurden.

Sportlicher Ehrgeiz, Spaß und Optimismus standen dann an erster Stelle der Segelregatta, die am Sonntag (14. September) unter den teilnehmenden Ärzten ausgetragen wurde. Die Segelyachten stellte die Greifswalder „Hansewerft“ zur Verfügung, die am Regattatag besichtigt werden konnte.

Fazit des Ärztecups 2008: Er wurde mit sechs anrechenbaren Fortbildungspunkten bewertet. Kleine Gruppen von Teilnehmern in den Workshops/Vorträgen ermöglichten den Wissens-, Meinungs- und Erfahrungsaustausch. Prädikat: „Klasse statt Masse“.

Sven Bähren

Internet-Informationen:

www.prip.de od. www.aerztecup.de

Leserbriefe willkommen!

■ Liebe Leserinnen, liebe Leser! Ihre „perspectiva“ möchte nicht nur ein berichtendes, monologisierendes Forum sein, sondern auch den aktiven Dialog fördern. Haben Sie also zu einem Thema eine eigene Meinung, die Sie nicht „hinter dem Berg“ halten möchten, dann senden Sie bitte uns einen Leserbrief. Eine ergänzende Bitte dazu: Fassen Sie sich aus Platzgründen möglichst kurz. **Ihre Zuschriften senden Sie bitte per E-Mail an die Redaktion: info@penelope-pr.de**

+++ kurz und bündig +++

+++ Die Ärzte in Deutschland bewerten ihre wirtschaftliche Lage und die Perspektive für die kommenden sechs Monate ungünstig. Das ergibt der Medizinklimaindex (MKI) Herbst 2008 mit einem Wert von -16,8. Im Vergleich zum MKI Frühjahr mit -23,9 zeigt sich eine Aufhellung, aber noch weit im negativen Bereich. Nur knapp ein Fünftel der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und

Glimperid - **Glime-Q**[®]
1/2/3/4 mg Tabletten

psychologischen Psychotherapeuten sehen ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als „gut“, so die Umfrage der GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse im Auftrag der Stiftung Gesundheit. +++ Ein Drittel (= 50,8 Milliarden Euro) der gesamten GKV-Ausgaben 2007 (= 153,6 Milliarden Euro) entfiel auf die Krankenhaus-Behandlung. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen beliefen sich auf 23,1 Milliarden Euro (15 %) und für Arzneimittel auf 25,9 Milliarden Euro (18 %). +++ Bei der Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) wird auf Praxismarketing, Patientenkommunikation und -orientierung (vgl. zu diesem Thema unsere Seite „Dialogpartnerinnen“), Notfallmanagement sowie Prävention ein größeres Gewicht als früher gelegt. +++ Im neuen Online-Ratgeber Kindergesundheit



(www.stern.de/kinderkrankheiten) können sich Eltern an Hand übersichtlicher Artikel, von Bildern, Tipps und z. B. mit einem Entwicklungs-Check umfassend informieren, auch dürfen Mails mit Fragen an den Experten Prof. Reinhard Berner (Freiburg) gesandt werden. +++

Q-Pharm AG

... eine Leistung
der Ärztegenossenschaften



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

Deutschlands Ärzte wissen warum!

Die „Ärzte Zeitung“ (ÄZ) machte in einer Umfrage einen interessanten Stimmungstest. Über das ÄZ-Praxisquorum „Vernetzen – immer ein Gewinn“ wurde herausgefunden, wie Niedergelassene zum Thema Vernetzung stehen. Die Resonanz war groß, denn fast 3500 Ärzte beteiligten sich. Fast jeder zweite Teilnehmer der Umfrage sieht im vernetzten Arbeiten eine spannende Herausforderung mit Perspektive. 28 Prozent glauben, die Vernetzung sei eine unumgängliche Notwendigkeit ohne Alternativen. Nur jeder zehnte Teilnehmer bezeichnete Vernetzung als eine Vision der Politik ohne Zukunft.

Vernetzung – wichtiges Thema für Ärzte

Umfrage ergibt: Netze sind eher Chance als Gefahr

Rund 13 Prozent wollten sich gar nicht dazu äußern.

Die Niedergelassenen werden, so die ÄZ in ihrer Ausgabe vom 13. Oktober, „sicherlich vermehrt die Möglichkeiten neuer gesetzlicher Regelungen nutzen“. 60 Prozent der Ärzte, die beim Praxisquorum mitmachten, wollen nun bald tätig werden – jeder Zehnte kurzfristig und fast 30 Prozent noch innerhalb der nächsten drei Jahre. Das heißt, 40 Prozent beschäftigen sich bereits mit

der Frage, wie sie sich mit anderen Kollegen oder vielleicht sogar mit Kliniken zusammenschließen können.

Das macht das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz möglich, das seit 2007 in Kraft ist. Danach können Ärzte längst fachfremde Kollegen anstellen und so nicht nur ihr Leistungsspektrum erweitern, sondern ihren Patienten auch eine bessere medizinische Versorgung bieten. Auch dürfen in den Praxen Klinikärzte angestellt oder Filialen gegrün-

det werden, vielleicht im Ärztehaus mit Kollegen. Genauso könnten in Zukunft Berufsausübungsgemeinschaften, die über KV-Grenzen hinweggehen, an Bedeutung gewinnen.

Vernetzung bedeutet auch den Austausch in Fachzirkeln oder die Zusammenarbeit in Ärztenetzen. Dabei beschäftigt die Möglichkeiten der Vernetzung sowie neuer Versorgungsformen die Fachärzte und Hausärzte gleichermaßen. So kamen 40 Prozent der Antworten beim ÄZ-Praxisquorum von Allgemeinmedizinern, 15 Prozent von Internisten und 45 Prozent von Kollegen anderer Fachgruppen.

„Aus der Praxis für die Praxis“: Aktuelles aus der Notfallmedizin - Folge 5

Acute Coronary Syndrome (ACS): Daten - Fakten - Standards

Von Dr. med. Wolfgang Hübner, ACLS*-Instructor der American Heart Association (AHA) (*Advanced Cardiovascular Life Support)

Die bisher vier Folgen der Notfallmedizin-Serie beschäftigten sich mit verschiedenen Krankheitsbildern und deren Therapie sowie mit der sinnvollen medikamentösen Ausstattung eines Notfallkoffers. Der Verfasser unserer Serie, der Notfallmediziner Dr. Wolfgang Hübner (Leverkusen), berichtet diesmal über den Hintergrund sowie die Erst- und Folgeversorgung eines Myocardinfarkts bzw. des Akuten Coronarsyndroms. Jährlich erleiden in Deutschland rund 280.000 Patienten einen Myocardinfarkt und rund 100.000 Patienten sterben an einem plötzlichen Herztod.



Dr. Wolfgang Hübner

Definition

Unter dem Begriff „Akutes Coronarsyndrom“ (ACS) werden die Phasen der koronaren Herzkrankung zusammengefasst, die unmittelbar lebensbedrohlich sind. In der klinischen Praxis sind dies die instabile Angina, der akute Myokardinfarkt und der plötzliche Herztod. Da die Übergänge dieser klinischen Formen fließend sind, hat es sich in den letzten Jahren durchgesetzt, Patienten anhand des EKG-Befundes den Gruppen mit ST-Streckenhebung, ohne ST-Streckenhebung sowie Instabile Angina Pectoris zuzuordnen.

Zahlen, Daten, Fakten

In den frühen Morgenstunden ereignen sich anteilig mehr Herzinfarkte und plötzliche Todesfälle als zu den anderen Stunden des Tages (Willich SN et al. (1993) N Engl J Med 329 (23): 1684-90).

Die meisten Todesfälle ereignen sich während der ersten vier Stunden nach Symptombeginn und machen einen Anteil von mehr als 50% der Gesamt-Infarktsterblichkeit aus (Moecke et al. Handbuch der Kardiovaskulären Notfallmedizin, AHA 2006: S.26).

Die ersten Minuten und Stunden nach dem Akutereignis sind mit dem höchsten Sterberisiko verbunden; etwa 25% aller Betroffenen überleben die erste Stunde nicht, sind meist zu Hause und alleine (Löwel H et al. KORA/MONICA-Augsburger-Herzinfarkt-Register, Dtsch Med Wochenschr 127(44): 2311-6).

2002 wurden insgesamt 35,4 Milliarden Euro für Herz-Kreislaufkrankungen aufgewendet. Ca. 7 Milliarden Euro entfielen auf die KHK, darunter 1,2 Milliarden Euro auf den akuten Herzinfarkt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006, Heft 33).

Hieraus folgt: Das ACS nimmt einen enormen Stellenwert ein, und zwar unter medizinischen, notfall-medizinischen, sozialmedizinischen u. volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten – dies erfordert konsequente Strategien vom ersten Symptom bis hin zur definitiven Versorgung.

Diagnostik

1. EKG (12-Kanal-Schreiber!)
2. Biomarker (Troponin)
3. Koronarangiografie

1. **EKG:** Eine Ableitung von Extremitäten und Brustwand ist für eine sichere Diagnostik unabdingbar, da die Veränderungen im Stromkurvenverlauf (wenn überhaupt nachweisbar) je nach Infarktlokalisierung nur in einzelnen Ableitungen sichtbar sind.

2. Biomarker: Troponin

- Trop I (trop-inhibiting protein)
- Trop T (Tropomyosin bindendes Troponin)

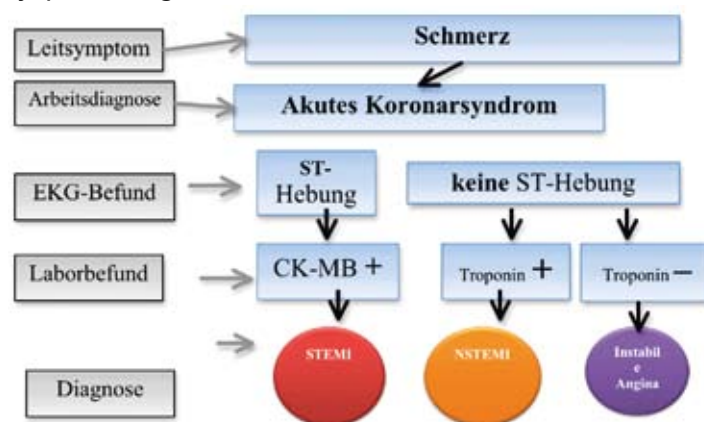
In der Akutphase ist Troponin der führende Biomarker (aber auch erst nach 3-4 Std. nachweisbar!)

CK und CK-MB haben im weiteren Verlauf prognostische Aussagekraft. Die bedside-Tests sind im Praxisalltag immer dann sinnvoll, wenn eine Labordiagnostik > 60 Min. dauert, was im Allgemeinen die Regel sein dürfte.

3. **Koronarangiografie:** Goldstandard zur Diagnosesicherung und Beurteilung des Schweregrades der KHK ist nach wie vor die Angiografie – deshalb schon bei der Einweisung des Patienten eine geeignete Zielklinik aussuchen.

Ergänzend ist die Echokardiografie zu sehen, die Auskunft über Pumpfunktion, Pumpleistung und Beweglichkeit des Myocards gibt.

Vom Symptom zur Diagnose:



Leitsymptom „Schmerz“

Lokalisation:	Schmerzcharakter	Begleitsymptome
- retrosternal - epigastrisch - zervikal - mandibular - zirkular	- drückend - einengend - brennend - „Vernichtungsschmerz“ - verbunden mit Todesangst - bei > 30 Min. persistierenden, nitroresistenten Schmerzen: Infarktverdacht!	- Übelkeit - Schwächegefühl - Atemnot - Kältschweißigkeit - ggf. Agitation/Unruhe

Beachte: bei Diabetikern kann die Schmerzsymptomatik aufgrund der neuropathischen Schäden gering ausgeprägt sein, auch bei Frauen z. T. weitaus geringeres Schmerzempfinden.

Präklinische Therapie des ACS:

M
MORPHIN
 • In wiederholten Einzeldosen von 3 - 5 mg, in Abständen von einigen Minuten, bis zur weitgehenden Schmerzfremheit

O
OXYGENIERUNG
 • Sauerstoffapplikation: 4 bis 8 l/min

N
NITRATE
 • z.B. Glyceroltrinitrat 0,4-0,8 mg s.l.,
 • nicht bei RR syst.<90mmHg und/oder SA- oder AV-Block

A
ANTIKOAGULATION
 • ASS 250 - 500 mg oral oder i.v. (gleich wirksam)
 • Heparin 5000 I.E. i.v.
 • Clopidogrel 300 - 600 mg (4 - 8 Tbl.), sog. „upload-Dosis“

Dieses „MONA“-Schema sollte Standard in jeder hausärztlichen Praxis sein – wenn auch die Reihenfolge der Maßnahmen durchaus anders aussehen kann.

Cave: Nitrat-Gabe bei Einnahme von 5-Phosphodiesterasehemmern, z.B. Viagra, Levitra, Cialis absolut kontraindiziert, da es hierunter zu extremen Blutdruckabfällen kommen kann (bis hin zur Notwendigkeit einer Katecholamingabe).

Fazit: Das ACS steht mit Abstand an erster Stelle der Einsatzstatistiken der Rettungsdienste; in Anlehnung an die Tatsache „time is muscle“ liegt das größte Potential zur Letalitäts-senkung in der Prähospitalphase; wie bei vielen anderen Notfällen: Daran denken und darauf vorbereitet sein!

„Marktplatz“ des GV-West mit interessanten Themen

■ Für viele ist der „GV-West“ vielleicht doch eher ein „abstrakter Begriff“ als eine wichtige Bündelung von verschiedenen Genossenschaften aus den Bereichen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Ein wichtiges Ziel des „Marktplatzes der Möglichkeiten“ ist es deshalb, neben ausführlichen Informationen, Vorträgen und Live-Vorführungen aus

dem abstrakten „GV-West“-Begriff in der Überzeugung jedes Einzelnen eine gelebte, wichtige Institution für die Zukunft in unserem sich wandelnden Gesundheitssystem zu schaffen. Daher bietet der GV-West am 15. November (siehe auch Titelseite!) unter anderem Informationen und Themen aus diesen Bereichen:

- **Q-Pharm** – Wer ist die Q-Pharm AG; warum „leben“ wir Q-Pharm, unsere arzt-eigene generische Präparate-Linie?
- **Dialogpartnerinnen** – Was ist das Dialogpartnerinnen-System und wie fördert es die Position der Medizinischen Fachangestellten in der Praxis; welche Schulungsangebote gibt es?
- **Qualitätsmanagement** – Wie können wir uns gemeinsam im Bereich der Etablierung von QM-Systemen positionieren, gegenseitig helfen und Dinge vereinfachen?
- **elektronische Patientenakte (ePA)** – Was ist die ePA, was bringt uns eine netz-interne Vernetzung, wie unterscheidet sie sich von der „Gesundheitsakte“, wie funktioniert sie und was kostet die ePA für die Praxis? (mit Live-Demo!)
- **Neue Versorgungsformen/Direktverträge** – Welche Verträge gibt es schon, was bringen sie, welche Verträge sind in Planung, wie kann der einzelne Arzt sich einbringen? Beispiele sind Wundmanagement, Hypertonie, Pharmakotherapiemanagement, Herzinsuffizienz und Palliativ-Konzepte.

BARMER-Vertrag auch in Nordrhein

■ Der BARMER-Vertrag zur Rationellen/Rationalen Pharmakotherapie, der sich seit September 2007 bereits in den Ärztegenossenschaften in Norddeutschland (Schleswig-Holstein und Hamburg) sowie in Thüringen bewährt hat, ist nun auch im Bereich NRW wirksam. Der GV-West eG und die zuständige BARMER-Landesgeschäftsstelle unterzeichneten das Vertragswerk, das eng mit Leitlinienempfehlungen zur Indikation bei Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselkrankheiten und Schmerz verbunden ist. Dabei kommt die entsprechende Medikation aus dem Arzneimittelprogramm der ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm AG über „Netz-Arzneimittel-Liste im System“ (NALiS) zum Tragen.

Genau auf dem richtigen Weg! Die Ärztegenossenschaften und BARMER sind im Übrigen mit diesem Vertrag, der mit einem direkten Engagement und einem Qualitätssicherungssystem (Moderatoren und Initiativzirkel) teilnehmender Ärzte verbunden ist, genau

auf dem richtigen gesundheitspolitisch gewollten Weg. Denn erst jüngst kam die Empfehlung aus dem Bundesgesundheitsministerium, dass Selektivverträge mit organisierten Formen ärztlicher Einbindung gekoppelt sein sollten, um die Wirksamkeit der Vertragsumsetzungen zu optimieren.



Karl-Heinz Neumann (li), BARMER-Abteilungsleiter Arznei- und Heilmittel, und GV-West-Geschäftsführer Dr. Manfred Klemm (Leverkusen) nach der Unterzeichnung beim Austausch der Vertragsunterlagen.

(Fortsetzung von Seite 1)

ePA läuft!

Zugriff frei. Somit ist der Patient nicht verführbar, seine Daten zu veräußern oder sich unter Druck setzen zu lassen, diese weiter zu geben. Genauso wenig ist der Arzt erpress- oder verführbar, einen wirtschaftlichen Nutzen aus der Preisgabe der Daten zu ziehen.

Die Genossenschaft hat keinen Zugriff auf personenbezogene Daten. Diese

liegen auf einem separaten Server. Sie ist auch nicht im Besitz des Patienten- und Arztschlüssels. Für das Netz gibt es aber die Möglichkeit, statistische Daten zu erheben, zu evaluieren und Behandlungspfade zu validieren und ggf. Vergütungen im Rahmen der Behandlungspfade abzurechnen. Der erste Behandlungspfad (Hypertonie) ist von einer der Lenkungsgruppen erarbeitet worden und wird noch während der Pilotphase in das System integriert.

Wundzentrum Sauerland gegründet

■ „Kompetenz verbindet“. Unter diesem Motto haben sich Partner aus dem Gesundheitswesen im September 2008 zum Netzwerk „Wundzentrum Sauerland“ (WZS) zusammengetan. Profitieren sollen davon vor allem die Patienten. Gleichzeitig soll die Therapie auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verbessert werden.

Die Initiatoren des Wundzentrums Sauerland sind: Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe (ÄGWL), Karolinen-Hospital Hüsten, Marienhospital Arnsberg, Marien-Pflegeberatung GmbH Werl, MobiDoc Pflegedienst und Service GmbH und St.-Walburga-Krankenhaus Meschede. Sie handeln aus der Erfahrung heraus, dass ein systematisches Wundmanagement der Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgrund von fehlender Information, Koordination und Kooperation oft unzureichend verläuft oder sogar ein Therapieabbruch erfolgt.

„Im Mittelpunkt dieser Zusammenarbeit soll der Mensch mit seiner chronischen Wunde stehen“, erläutert Dr. Gisbert Breuckmann, Allgemeinmediziner in Meschede und Gründer des Pflegedienstes MobiDoc. „Seine Le-

für Pflegekräfte), die Zusammenarbeit mit anderen Wundzentren, ein Informationsforum für Patienten, Angehörige, behandelnde Ärzte und Therapeuten über die Internetseite des Wundzentrums.

Info: Dietlinde Bönner, Wundmanagement, Tel: 02931 938121

E-Mail:

Pflegebuero-arnsberg@mobidoc.de

Internet:

www.wundzentrum-sauerland.de/

Wundpflege-Kongress für 2009 geplant

■ Das Wundzentrum ist eine Gründungsinitiative des privaten Pflegedienstes Mobi Doc (Mitglied der Ärztegenossenschaft



Dr. H.-H. Decker

Westfalen-Lippe), von Ärzten der Region Arnsberg-Meschede-Sundern in Verbindung mit den Kooperationspartnern. Hierzu fragte „perspectiv“ den ÄGWL-Vorstandsvorsitzenden Dr. Hans-Heiner Decker:

perspectiv: Inwieweit engagiert sich die ÄGWL beim neuen Wundzentrum?

Dr. Decker: Die Ärztegenossenschaft wird hier über den Einstieg in den BKK-Vertrag die Leistungserbringer mit den Kostenträgern in Verbindung zu bringen haben, und das in der Hoffnung, dass andere Kassen folgen werden.

perspectiv: Gibt es bereits weitere Pläne?

Dr. Decker: Ja, sehr wohl. Wir sollten und werden voraussichtlich im nächsten Jahr einen Wundpflegekongress gemeinsam mit dem Wundzentrum veranstalten. Da der Kongressort Arnsberg geeignet ist, mehrere Vorträge gleichzeitig zu veranstalten, ist ein zeitgleicher DMP-Up-Date-Kongress – wie jetzt in Opladen – sicher sehr wünschenswert, damit aus verschiedenen Gründen die Ärzte ein attraktives Angebot erhalten.

perspectiv: Wundversorgung ist sicherlich keine Eintagsfliege, wie geht es weiter?

Dr. Decker: Wir sind am Ball. Beispielsweise sollten wir uns dann mit dem „Wundzentrum Sauerland“ zusammenschließen, wenn auch andernorts Seminarprogramme und Vorträge zum Thema Wundversorgung im GV-West-Gebiet geplant werden. Das schafft auch die Voraussetzungen dafür, eine rasche Zertifizierung der für den BKK-Vertrag benötigten Punkte zu erhalten.

(Internet-Info zum Veranstaltungsort Wundpflege-Kongress: www.kaiserhaus-arnsberg.de)



bensqualität soll erhalten bleiben oder wiedererlangt und gefördert werden. Angestrebt wird eine qualitätsgesicherte, auf den Patienten abgestimmte Therapie sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Eine schnellere Heilung bedeutet für den Betroffenen mehr Lebensqualität aber auch Wirtschaftlichkeit in der fachkompetenten Behandlung.“

Durch das Netzwerk werde die vom Gesetzgeber geforderte „integrierte Versorgung“ in die Praxis umgesetzt, erklärt ÄGWL-Vorstandssprecher Dr. Hans-Heiner Decker. Dadurch könnten die Kosten für die Behandlung chronischer Wunden von derzeit ca. fünf Milliarden Euro jährlich um ca. 40 Prozent gesenkt werden.

Die Initiatoren des WZS betonen, dass das Netzwerk offen für alle interessierten Partner ist. „Jeder kann mitmachen oder an den Fortbildungen teilnehmen“, so Dr. Breuckmann. Zu den Aktivitäten des Netzwerkes zählen: fachübergreifende Betreuung, die Entwicklung einheitlicher Standards in der Behandlung, die Überleitung der Betroffenen aus der Klinik in die ambulante Phase – somit kein Therapieabbruch –, die standardisierte (einheitliche) Dokumentation aller Netzwerkpartner, Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal (in Planung für 2009 Ärztefortbildung und Pflege-tag