

**Clopidogrel Arrow**  
75 mg Filmtabletten  
N 2 / 30 St. und N 3 / 100 St.  
Informationen im Internet:  
[www.q-pharm.de](http://www.q-pharm.de)

Ihre  
Ärztegenossenschaft  
und die Q-Pharm AG  
wünschen besinnliche  
Weihnachtstage  
sowie ein „gesundes“  
und erfolgreiches  
Jahr 2010!

- **Gute Noten für „perspectiv“**  
Umfrage-Ergebnis **Seite 3**
- **Konzept der Q-Pharm überzeugt**  
Schlussteil Interview **Seite 4**
- **EDV-Seminar zum Praxis-Profi 2009**  
Dialogpartnerinnen **Seite 5**
- **Die Vertretungsbörse**  
Neuer Service **Seite 7**

## Mit guter Hoffnung ins Jahr 2010!

Dr. Bodo Denhoven zur Neustrukturierung des GV-West

■ Nachdem im Aufschwung der ersten ein- einhalb Jahre des Bestehens mit viel Enthusiasmus viele Dinge und dabei vor allem die praxisübergreifende Patientenakte (ePA) vorangetrieben worden waren, musste der GV-West zum Ende 2008 feststellen, dass die eingeschlagenen Wege zu wenig strukturiert waren. 2009 stand also für den Aufbau einer neuen Struktur. Dies gestaltete sich allerdings langwieriger als zunächst angenommen, schreibt Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Bodo Denhoven (Leverkusen) in seinem „perspectiv“-Jahresrückblick:



Dr. Bodo Denhoven

Zuerst galt es den Ist-Zustand zu erheben, um dann Überlegungen anzustellen, wie eine sinnvolle und effektive Verteilung der diversen Aufgaben erzielt werden kann. Schließlich musste die Zusammenarbeit neu organisiert werden. Obwohl der Austausch zwischen den aktiven Köpfen im Wesentlichen per E-Mail erfolgte, waren doch immer wieder gemeinsame Treffen vonnöten, um einen entsprechen-

den Konsens zu erzielen und schließlich zu beschließen.

In der zweiten Jahreshälfte musste das neue Konzept seine Bewährungsprobe bestehen. Bis auf wenige Änderungen bestätigten sich die gemachten Überlegungen als effektiv. Ein immer wieder auftretender Stolperstein war eine unzureichende Kommunikation sowohl unter den Führungskräften der einzelnen Genossenschaften als auch von der Ebene des operativen Geschäfts zu den Mitgliedsgenossenschaften bis hin in die Peripherie zu den einzelnen Mitgliedern der jeweiligen Genossenschaften. Hier wird derzeit ein neuer Informationsweg aufgebaut, bei dem die Infos aktiv aus der Vorstandsebene abgefragt werden, um an die Mitglieder kommuniziert zu werden. Es erscheint uns vielversprechend, was sich im kommenden Jahr bewähren muss.

Es kam diesem inneren Umbau allerdings zeitlich zugute, dass die Krankenkassen, mit denen auch weiterhin Verhandlungsgespräche geführt wurden, insbesondere zu Anfang 2009 im Rahmen des neu eingeführten Morbi-RSA sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt waren. Ob als Folge dessen oder unabhängig davon sei dahingestellt. Es folgten bei vielen Krankenkassen Fusions-

gespräche, die teilweise im Herbst zu den gewünschten Zusammenschlüssen führten. Die Bundestagswahlen im September führten zu einer weiteren Unentschlossenheit der Kassen, Verträge zu verhandeln, da offensichtlich jeder abwarten wollte, welche Partei oder Koalition das Rennen machen würde und wie dann deren weitere Gesundheitspolitik aussehen würde.

Da die politische Lage sich inzwischen etwas beruhigt zu haben scheint, sehen wir mit guter Hoffnung dem Jahr 2010 entgegen, in dem wir unsere fertigen bzw. weit entwickelten Vertragsvorschläge, sei es nun Rückenschmerz, Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz, Schilddrüse, Palliativ- oder Wundversorgung mit interessierten Krankenkassen verhandeln können. Alle diese Verträge sollen elektronisch in einer Datenbank online erfüllt werden, um eine möglichst schlanke Verwaltungsstruktur zu behalten, wissenschaftliche Auswertungen und Anwendungsbeobachtungen zu ermöglichen sowie Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit zu gewährleisten. Grundgerüst für diese Ansprüche ist unsere praxisübergreifende Patientenakte, die sich seit einjährig Jahren stabil bewährende ePA. Diese ist inzwischen bei etwa fünf Prozent der Praxen im Bereich des GV-West installiert.

## IV-Vertrag Wundversorgung: A und O des Qualitätsmanagements

Interview mit Dr. Heinz Ebbinghaus zur Qualitätssicherung bei der Vertragsumsetzung

■ Der seit Sommer 2008 laufende IV-Vertrag des GV-West zur integrierten Versorgung chronischer Wunden – „perspectiv“ berichtete mehrfach darüber – ist eng mit einem entsprechenden Qualitätsmanagement (QM) verbunden. Dr. Heinz Ebbinghaus (Soest) ist federführend für die Qualitätssicherung des Wundvertrags. Der Facharzt für Allgemeinmedizin und Chirurgie, Phlebologie, Chirotherapie, Notfallmedizin sowie Palliativmedizinische Grundversorgung geht in diesem Beitrag detailliert auf Fragen zu den qualitativen Anforderungen bei der Vertragsumsetzung ein:

**perspectiv: Welche Angaben des behandelnden Arztes sind von Bedeutung, um den Heilungsverlauf einer chronischen Wunde beurteilen zu können?**

**Dr. Ebbinghaus:** Das sind die Angaben zur Wundlokalisation und die Informationen über die zu Grunde liegende Pathogenese. Dabei ist davon auszugehen, dass sich rund 80 Prozent der chronischen Wunden aus den vier wichtigsten Grundkrankheiten rekrutieren. Das sind die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die chronisch venöse Insuffizienz, Diabetes mellitus bzw. das diabetische Fußsyndrom und der Dekubitus.

**perspectiv: Wie sind hierbei die vertraglichen Zielsetzungen, was soll mit der Versorgung erreicht werden?**

**Dr. Ebbinghaus:** Bei der Verschlusskrankheit

gilt es, die lokale Mangelversorgung zu beheben; bei der Insuffizienz soll der Blutfluss optimiert und die Stauung behoben werden, bei diabetischen Fußsyndrom geht es um die Einstellung des Blutzuckers sowie um die Vermeidung von Komplikationen wie Ulcerationen und Decubiti bei bestehender peripherer Neuropathie; beim Dekubitus schließlich erstellen



wir einen Lagerungsplan und Bewegungsplan, außerdem werden Hautpfleßmaßnahmen getroffen.

**perspectiv: Wann werden welche Hilfsmittel eingesetzt?**

**Dr. Ebbinghaus:** Hier sind die Vertragsärzte auf Angaben über empfundene Schmerzen seitens des Patienten angewiesen. So sind Schmerzen im Rahmen einer sekundären Wundheilung nicht immer ganz auszuschließen; sie können aber auch Ausdruck einer neuen Infektion im

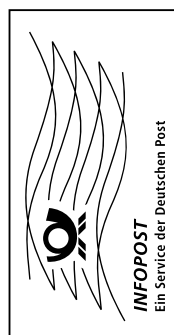
Bereich der Wunde sein. Das Schmerzempfinden des Patienten lässt sich zum Beispiel über eine analoge Schmerzskala von eins bis zehn erfassen. Auf diesem Weg ist auch der Verlauf der Schmerzen zu beurteilen. Darüber hinaus sind Angaben über das Stadium der Wundheilung, wie zum Beispiel über die Wundtiefe, den Wundgrund, die Wundsekretion und natürlich Angaben über das Behandlungsmanagement sinnvoll, um konkretere Aussagen des Arztes über die weitere Verfahrensweise machen zu können.

**perspectiv: Können Sie auch etwas zu den Heilungsphasen sagen?**

**Dr. Ebbinghaus:** Gerne. Die erste Phase der Wundheilung, die Proliferationsphase, ist durch Entzündungszeichen und eine vermehrte Exsudation gekennzeichnet. Die folgende Phase, die Reparationsphase, ist gekennzeichnet durch das Einsprossen von Kapillaren mit einer Anfüllung von rosigem Granulationsgewebe als Wundgrund. Die letzte Phase der Wundheilung, die Regenerationsphase, zeichnet sich durch eine deutliche Abflachung des Wundgrundes als auch durch eine Verkleinerung der Wundfläche über eine Epithelialisierung seitens der Wundränder oder durch Bildung kleiner Epithelinseln aus.

**perspectiv: Wie wird das und was wird im Rahmen des Vertrags festgehalten?**

(Näheres lesen Sie 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

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 Ärztegenossenschaft verantwortlich.

# „Vertragsentwürfe gemeinsam erarbeiten und Flächendeckung erreichen!“

Zum Jahreswechsel ein Wort des BVÄG-Vorsitzenden Dr. Joachim Wagner

Die Diskussionen in den letzten Monaten haben gezeigt, dass der Aufbau unseres Bundesverbandes bei Weitem noch nicht abgeschlossen ist. Einen wesentlichen Fortschritt sollen die Facharztverträge gemäß § 73 c SGB V mit den Krankenkassen bringen. Diese Verträge werden für die Niedergelassenen ein leistungsgerechtes Honorar bei qualitätsgesicherter Arbeit und geregelter Zusammenarbeit mit allen Versorgungsformen im Gesundheitswesen ermöglichen. Es ist deshalb unsere Aufgabe mit den Fachgesellschaften und unseren Partnerverbänden so genannte Bietergemeinschaften zu bilden. Dazu sollten wir die genannten Vertragsentwürfe gemeinsam erarbeiten. Auf diese Weise haben wir gute Chancen, solche Ausschreibungen zu gewinnen, sofern wir eine ausreichende Flächendeckung nachweisen können.

**Diese Formen der Zusammenarbeit müssen wir Ärzte definieren; wir dürfen diese Aufgabe nicht den Krankenkasse überlassen.** Wir müssen die Rolle, die den Hausärzten in der so

genannten hausarztzentrierten Versorgung (gem. § 73 b SGB V) zugeschrieben werden, für die Fachärzte in Selektivverträgen fortschreiben. Dafür gilt es Überweisungs- und Kommunikationswege sowie Behandlungspfade zu erarbeiten. Grundsätzlich werden in Selektivverträgen die Hausärzte als „Gate-keeper“ bestimmt; Ausnahmen werden vermutlich für Gynäkologen und Augenärzte gelten.

**Durch die Selektivverträge wird grundsätzlich festgelegt**

- in welchen Situationen der Hausarzt an den Facharzt überweisen soll / muss,
- die Berichts- und Rücküberweisungspflicht des Facharztes,
- das Recht des Facharztes, an weitere Fachärzte zu überweisen, ohne



Dr. Joachim Wagner

- Kontakt zum Hausarzt,
- die Einweisung in stationäre Behandlung,
- die Grundsätze zur Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern als Teilnehmer an integrierten Versorgungsformen,
- die Verfahren bei Notfällen,
- der direkte Zugang zum Facharzt
- und sonstige Regelungen.

**Diese Punkte müssen wir für jedes Fachgebiet unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten formulieren.** Dazu benötigen wir dringend die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften. Selektivverträge müssen von den Krankenkassen ausgeschrieben werden. Jeder, auch eine KV, kann sich bewerben.

**In jeder Region in Deutschland, in jedem Bundesland, müssen sich Ärzte zusammenschließen, informieren und sich engagieren! Gerade deshalb plant der BVÄG für den 12./13. März 2010 einen Workshop mit dem**

Thema „Vertragswerkstatt“, voraussichtlich in Berlin. Dazu werden wir auch Ärztenetze einladen, die noch nicht Mitglied im BVÄG, MEDI oder NAV Virchow-Bund sind, um so die erforderliche regionale Ausweitung unserer Vertragsfähigkeit zu erzielen.

**Es steht uns, liebe Kolleginnen und Kollegen, im Jahr 2010 eine Menge Arbeit bevor.** Doch zunächst wünsche ich Ihnen, Ihren Familien und Freunden eine besinnliche Weihnachtszeit und auch ein paar ruhige Tage hin zum Jahreswechsel. Für 2010 wünsche ich uns allen viel Glück, Kraft und Erfolg.

Ihr Dr. Joachim Wagner

## 60 Jahre NAV Virchow-Bund: BVÄG gratuliert und dankt!

Ein Partner der Ärztenossenschaften feierte in diesen Tagen sein 60-jähriges Jubiläum – der NAV Virchow-Bund. Die Ärztenossenschaften beglückwünschen die Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich zu ihrer jahrelangen, erfolgreichen Arbeit für alle Niedergelassenen. BVÄG-Vorsitzender Dr. Joachim Wagner bedankt sich bei dieser Gelegenheit auch bei dem Vorsitzenden des NAV Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, für die wirksame Unterstützung, die er und seine Mitsstreiter beim Aufbau des Bundesverbandes der Ärztenossenschaften e. V. geleistet haben und noch leisten.

Aus den Ärztenossenschaften

## SAmS lernt fliegen!

Zum zweiten Mal tagten Moderatoren und Netzvorstände zum Projekt „Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren“

„SAmS“ lernt allmählich fliegen, das heißt, die Phasen der Verwirklichung des Projekts „Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren“ (SAmS) werden immer intensiver. So haben die schleswig-holsteinischen Moderatoren und Netzvorstände am 20./21. November in Bad Oldesloe gemeinsam versucht, die Zielvorstellungen von SAmS (vgl. „perspectiva“ 7/09, S. 2) praxisnah umzusetzen. In ansprechender Atmosphäre waren die Tagungsteilnehmer mit großem Engagement bei der Sache. Es war nach einer Zusammenkunft im vergangenen Sommer in Neumünster das zweite Treffen der Moderatoren/Netzvorstände zum Vorhaben SAmS.

**In Arbeitsgruppen wurden Konzepte erarbeitet, die helfen werden, die**



Dr. Werner Hofmann

Sektorengrenzen (Klinik, Facharzt, Hausarzt) zu überschreiten und die Inhalte eines späteren IV-Vertrags zu definieren. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, flowcharts zu entwickeln, mit denen die künftige Arbeit von Qualitätszirkeln erleichtert werden soll.

**PD Dr. Werner Hofmann (FEK Neumünster) gestaltete den Einstieg in das Projektthema,** indem er über die Schwierigkeiten der Reduktion der Multimedikation beim geriatrischen Patienten berichtete. Er beschrieb dabei die üblicherweise nicht bekannten Interak-

tionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

**Elke Jeske-Saathoff, Apothekerin der BARMER,** die das Projekt von Beginn an begleitet, war als Ansprechpartnerin mit vor Ort, um Meinungen und Anregungen aufzunehmen. Ihr Stimmungsbild dient zur weiteren Bearbeitung des Problems der Vielfachmedikation bei Alterspatienten, das in der ärztlichen Praxis auf den Nägeln brennt.

**In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis von Prof. Dr. med. Martin Wehling,** Direktor des Instituts für klinische Pharmakologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, wird Dr. Hofmann eine Promotion betreuen, die in Qualitätszirkeln bearbeitete Fälle von Reduktion der Multimedikation nach festen Kriterien auswertet. Dabei sollen Kategorien herausgearbeitet wer-



An der Flipchart (v. li.): Dr. Helmut Scholz, Dr. Svante Gehring und Dr. Kerstin Jakstat

den, die dazu dienen könnten, ein allgemein anwendbares Verfahren möglich zu machen.

**In diesem Zusammenhang bittet das SAmS-Projektteam um Zusendung weiterer anonymisierter Fallberichte von Patienten über 55 Jahre, die mehr als 12 Medikamente erhalten. Bitte die Berichte unter dem Stichwort „SAmS“ an die Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein (Bahnhofstr. 1 - 3, 23795 Bad Segeberg) senden.** HS/fc

Vorstand, Aufsichtsrat und Mitarbeiter der Q-Pharm AG danken Ihnen für das auch im Jahr 2009 durch Ihre Verordnungen gezeigte Vertrauen!

Allen Mitgliedern der Ärztenossenschaften und Netzen wünschen wir ein glückliches, erfolgreiches Jahr 2010!



... eine Leistung der Ärztenossenschaften

# „perspectiv“ überwiegend anerkennend akzeptiert!

Ergebnis der Leserbefragung: Gute Noten für Verständlichkeit, Sympathie, Glaubwürdigkeit und Kompetenz

Die in regelmäßigen Abständen erscheinende Zeitung „perspectiv“ wird von den meisten Mitgliedern einer Ärztengeossenschaft anerkennend akzeptiert und inhaltlich weitgehend positiv gesehen. Das hat die jüngste Leserbefragung ergeben, die im November in Schleswig-Holstein durchgeführt wurde. Mit der Akzeptanzanalyse wurden auch die Wünsche und Erwartungen der Leserschaft erfragt. Enttäuschend war deshalb umso mehr die Tatsache, dass das Interesse an der Umfrage bei den rund 4800 Ärzten, die „perspectiv“ alle sechs Wochen erhalten, relativ gering war. Insgesamt nutzten lediglich 2 % der Empfänger die Gelegenheit. Unter den angeschriebenen Genossenschaftsmitgliedern betrug die Rücklaufquote 3,8 %.

**Das Konzept für die Erhebung erarbeitete der Diplomand Pierre Schönrich.** Der gelernte Bankkaufmann studiert das Fach Marketing an der Fachhochschule Flensburg und schreibt zurzeit seine Diplomarbeit zu dem Thema „Effizienzmessung im Corporate Publishing“. Die gewonnenen Daten hat er mit Hilfe einer Statistik-Software anonymisiert erfasst und aufbereitet.

„perspectiv“ und die Organisatoren der Befragung danken allen Teilnehmern für ihr Engagement, für viel Lob, aber auch für kritische Anmerkungen bzw. Bewertungen. Die Erkenntnisse sollen dazu führen, dass Redaktion und Herausgeber „perspectiv“ für die Leser



Foto: Textagentur Penélope

Die „perspectiv“-Analyse wurde von Experten des Fachbereichs Wirtschaft der Fachhochschule Flensburg wissenschaftlich vorbereitet und ausgewertet: Diplomand Pierre Schönrich (vor dem Monitor sitzend) und Prof. Dr. Alexander Klee, Programmverantwortlicher des Studiengangs Marketing, erörtern die ersten vorliegenden Daten.

im Rahmen des Machbaren noch interessanter und informativer gestalten. Aufgrund der „mageren“ Rücklaufquote ist die an die Teilnahme an der Befragung ausgeschriebene Spende an die Deutsche Krebshilfe leider nicht so üppig ausgefallen: Aufgerundet 250 Euro werden von der Redaktion an die im Gesundheitswesen wertvolle Hilfsorganisation überwiesen.

**Die ersten Ergebnisse im Überblick:**

► **„perspectiv“ hat eine große Stammleserschaft:** 78 % derer, die geantwortet haben und „perspectiv“ seit mindestens einem Jahr kennen (das sind drei Viertel der Befragten), lesen die Zeitschrift regelmäßig,

17 % gelegentlich und 5 % selten oder nie.

► **Hohe Leseintensität:** 70 % der Befragten bekunden, mindestens die Hälfte aller Beiträge zu lesen; 38 % lesen etwa drei Viertel der Beiträge oder mehr.

► **Leserschaft geht über den Empfängerkreis hinaus:** Knapp 35 % gaben an, dass die Ausgaben auch von weiteren Personen gelesen werden; die durchschnittliche Leseranzahl liegt bei 1,6 Personen pro Exemplar.

► **Geringer Werbeanteil:** Den Werbeanteil von „perspectiv“ empfinden 95 % der Befragten als „geringer“ (78 %) oder „etwa gleich“ (17 %) als den von anderen ähnlichen Publikationen.

► **Stärken und Schwächen:** Überzeugen konnte „perspectiv“ hinsichtlich der Kriterien Verständlichkeit (92 % Zustimmung), Sympathie (86 %), Glaubwürdigkeit (85 %) und Fachkompetenz (75 %). Verbesserungbedarf ergab sich in

den Bereichen Themenexklusivität (56 %) sowie Abwechslung und Unterhaltungswert (35 %).

► **Das Erscheinungsbild** wurde insgesamt mit Schulnote 2,4 bewertet, die Themenauswahl mit 2,6.

**Zur Themenauswahl:** Als für die Leser nützlichsten Themengebiete erwiesen sich die Rubriken „Regionales“, „Arzt und Recht“ sowie „Praxis & Management“. Besonderes Interesse und Informationsbedarf bekundeten die Befragten an den Themen „Genossenschaftliche Serviceangebote und Dienstleistungen“, „Verträge mit Krankenkassen“ sowie „Gesundheits-/Berufspolitik“. Einige gesondert geäußerte Leserwünsche und Hinweise zur Themenauswahl versuchen Redaktion und Herausgeber in 2010 so gut und so weit wie möglich umzusetzen. fc/ps

## Praxispartner gesucht

Die ädg hilft Genossenschaftsärzten bei der Suche nach Praxisnachfolgern oder -partnern. Die Offerten werden anonym und unentgeltlich an dieser Stelle veröffentlicht. Diesmal wird vorgestellt:

**Orthopäde in Kiel sucht einen Job-sharing-Partner.** Es handelt sich um eine Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt konservative Orthopädie mit Chirotherapie, insbesondere Kinderorthopädie.

Interessenten werden sich bitte an die ädg (Adresse s. Titelseite/Impressum) oder per E-Mail an [rabe@aedg.de](mailto:rabe@aedg.de). Dort gibt es genaue Informationen.

## Neues von Q-Pharm

### Außer Vertrieb

Q-Pharm AG hat zum 15. Dezember 2009 **Alendro-Q 10 mg Tabletten (N1, N2, N3)** außer Vertrieb gemeldet. Achtung: **Weiter im Handel bleiben Alendro-Q 70 mg Tabletten (N1 / 4 St. und N1 / 12 St.).** – Ebenfalls zum 15. Dezember wurde **Antodox 100 / 200 mg (Hartkapseln, N1, N2)** außer Handel gemeldet. Bei diesem Produkt sind also alle Stärken und Packungsgrößen betroffen. – Zudem wird am 1. Januar 2010 **Jucapt 25 mg (Captopril)** als letzte Jucapt-Packungsgröße aus dem Handel genommen.

## Mit Kraft ins Jahr 2010!

■ Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

mit einer großen Zahl erfolgreicher Aktionen konnten wir gemeinsam durch das Jahr 2009 gehen. Die laufende Fortbildung der inzwischen annähernd 2000 Dialogpartnerinnen in Ihren Praxen, nun schon im fünften Jahr, gehört ebenso dazu wie auch die Fortentwicklung intelligenter Elemente eines integrierten Arzneimittelmanagements der Ärztengeossenschaften in Deutschland. Dieses umfassende Vorgehen ist der entscheidende Faktor, der uns zu kompetenten und akzeptierten Gesprächspartnern der Krankenkassen, Netze und nicht zuletzt der Ärztengeossenschaften macht.

Rabattverträge hingegen erweisen sich immer mehr als wenig wirksames Mittel der Kostendämpfung, zumal die Ausgestaltung und Umsetzung dieser Verträge eine erhebliche Gefährdung und Einschränkung unserer Therapiehoheit und -freiheit in sich trägt. In diesem Zusammenhang appellieren wir nochmals eindringlich an Ihr ärztliches Selbstverständnis: Die Substanzverordnung stellt eine Kapitulation in einem Kernbereich unseres ärztlichen Handelns dar. Lassen Sie es nicht soweit kommen, setzen Sie Ihr „aut idem“-Kreuz für Ihre Q-Pharm-Verordnungen!

In regelmäßig acht Ausgaben von perspectiv

informieren wir Sie zusammen mit Ihren jeweiligen Ärztengeossenschaften über die aktuellen Entwicklungen und Projekte. So konnten wir in den letzten Monaten das Thema „rationale/rationelle Pharmakotherapie“ um den Bereich „Strukturiertes Arzneimittelmanagement bei multimorbiden Senioren“ (SAMs) fortschreiben.

Im letzten Monat haben Sie das Regresschutz-Zertifikat erhalten. Ein weiterer Beweis für den immer noch tragenden Ursprungsgedanken der Q-Pharm AG: ... von Ärzten für Ärzte.

Auch im kommenden Jahr 2010 werden wir alle unsere Kraft und unser Engagement in den Dienst Ihrer Ärztengeossenschaften stellen. Tun Sie es auch. Das Ziel ist klar und so deutlich: Wir wollen ... mit Freude Arzt sein!

Ihnen, Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Ihren Familien wünschen wir Tage der Erholung, des Friedens und der Besinnung. Starten wir mit Kraft und Mut in ein spannendes und hoffentlich gesundes Jahr 2010!

**Christoph Meyer**  
Arzt für Allgemeinmedizin

**Henning Schmidt**  
Arzt für Innere Medizin

## „Eine sinnvolle Initiative!“

Positive Reaktionen auf Q-Pharm-Zertifikat zum Regress-Schutz im Arzneimittel-Management

■ „... mit Freude Arzt sein. Darum kümmern wir uns“: Das Zertifikat der Q-Pharm AG zum Regress-Schutz im Arzneimittel-Management fand ein positives Echo. „Danke für die in dieser Situation wohl sinnvolle Initiative“, reagierte ein norddeutscher Arzt auf seiner Antwortkarte, mit der zusätzliche Informationen angefordert werden konnten. Mehr als 100 Praxen machten davon Gebrauch.

**6.300 Genossenschaftsärzte hatten das Zertifikat bereits direkt erhalten.** Wer es über diesen Kreis hinaus haben möchte, kann das Zertifikat – neben weiteren interessanten Informationsmaterialien – per Formular auf der Innenklappe der aktuellen Q-Pharm-Arzneimit-

telliste anfordern. Diese wurde Mitte Oktober an rund 20.500 Arztpraxen versandt. Das neue „Zertifikat“, mit dem die Verordnungsicherheit in der täglichen Praxis gestärkt wird, ist das Thema im Textteil der Liste.

**Den Ärzten als Verordnern von Q-Pharm-Arzneimitteln wird jeder Regress von der Hand gehalten, sofern diese indikationsgerecht verordnet werden und nachweisen können, dass sie mit „aut-idem“-Kreuz versehen wurden. Mit dem Zertifikat wird im Falle eines Regresses angeboten, die Verordnungsdaten einem von Q-Pharm empfohlenen Rechtsanwalt offen zu legen und mit diesem zu kooperieren.**

# „Das Konzept der Q-Pharm überzeugt!“

Dialog-Interview mit BARMER-Sachgebietsleiter Stefan Ceresato und Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer (Teil 3 und Schluss)

■ Welche Rolle nehmen die Ärztegenossenschaften in der künftigen Gesundheitslandschaft ein? Wie stellt sich eine große Ersatzkasse die Kooperation mit Ärztegenossenschaften und Netzen vor? Auf solche Fragen antworteten Stefan Ceresato, Sachgebietsleiter für Apotheken, Arznei- und Heilmittelmanagement in der BARMER-Zentrale (Wuppertal) und der Allgemeinmediziner Christoph Meyer (Sattrup), Vorstandssprecher der Q-Pharm AG und Vorstandsmitglied der AG Schleswig-Holstein. Mit ihnen sprach Redakteur Friedhelm Caspari. Hier der dritte und abschließende Teil des Dialog-Interviews:

**Es gibt Stimmen, die sagen, der Wert einer niedergelassenen Praxis sei künftig so hoch wie der Grad ihrer Vernetzung. Vernetztes Denken und Handeln zahle sich beim Einstieg in lukrative Selektivverträge aus. Welche Bedeutung hat das Eingebundensein in Netze für einen niedergelassenen Arzt?**

**Christoph Meyer:** Der traditionell erzogene Arzt ist bekanntlich sehr stark auf Einzelkämpfer trainiert. Er möchte frei von Diktation in seiner eigenen Praxis schalten und walten können. Aber das macht er eben allein – mit allen Risiken, Schwierigkeiten und Herausforderungen. Dazu kommen die begrenzten Ressourcen, die wir bereits gemeinsam beschrieben haben. Dabei sollten wir wissen, dass wir uns heutzutage fast schon Sektoren übergreifend vernetzen müssen. Das heißt nicht, dass ich mit dem einem oder anderen unter einem Dach stecken muss, aber wenn es Vernetzungsformen gibt, die auch mit Hilfe der Technologie – ich nenne das Stichwort Elektronische Patientenakte – auch raumübergreifend und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften ermöglichen, warum nicht? Das wird sicherlich den Wert einer Praxis steigern, denn die Vernetzung erleichtert die Arbeit. Auch das bereits in diesem Gespräch skizzierte Vorgehen, in einer Ärzterunde zumindest die kritischsten, die schwierigsten Fälle eines Netzes der Woche zu besprechen. Das ist auch kollegial gesehen ein neues Erleben. Ich denke auch daran, dass das bei der Abgabe einer Praxis zunehmend eine Rolle spielt und sozusagen honoriert wird.

**„Gut vernetzte Praxissysteme haben ihren Wert!“**

Noch eines: Als Einzelkämpfer wird auch bestimmte Versorgungsverträge gar nicht bekommen, weil das für den Auftraggeber, die Krankenkassen, uninteressant ist, weil sich damit die gewünschte Effizienzsteigerung nicht einstellt. Umgekehrt werden sich Krankenkassen darauf einstellen, dass gut vernetzte Praxissysteme auch ihren Wert, sprich ihren Preis haben. Aber da haben wir schon in der Vergangenheit Verständnis für- und miteinander gehabt.

**Stefan Ceresato:** Ich kann Ihnen nur zustimmen. Ich gehe auch davon aus, dass die isoliert arbeitende Praxis nicht mehr zukunftsgerichtet ist, wegen der Versorgungsqualität für den Patienten und wegen der Kostenstruktur. Natürlich möchten die Ärzte bei Veränderungen auch partizipieren, und das gelingt sehr gut, so wie es die Ärztegenossenschaften belegen. Es werden Einkaufsvorteile erzielt, indem man sich vernetzt, was wiederum bei gleich bleibender Vergütung den Erlös der Praxis erhöht. Doch darüber hinaus sollte es gelingen, Kosten im Bereich der Verordnungen einzusparen, was dazu führt, dass die Kassen dann auch etwas ausschütten. Eine Win-Win-Situation muss für beide Seiten interessant sein. Aus Kassensicht sollte das aus zwei Komponenten bestehen – einerseits, dass man die Kosten der Praxis senkt, andererseits können, wenn an anderer Stelle Kosten gespart werden, die Ärzte daran beteiligt werden. Und wenn dann noch eine

bessere Versorgung für unsere Patienten erreicht wird, würde sich der Kreis schließen. So war es im Hausarzt-Apotheken-Vertrag vorgesehen. Erreichbar ist das nur durch die notwendige Vernetzung von Arztpraxen, was für den Apothekenbereich analog gilt, also dass man nur gemeinsam stärker ist und entsprechende Vorteile erschließen kann. Die Kassen können nicht mit einzelnen Ärzten Verträge schließen, nicht mit jedem Arzt verhandeln. Hierzu muss es Zusammenschlüsse geben. Früher war es klassischerweise die Kassenärztliche Vereinigung. Wir sind aber auf dem Weg, und das durchaus auch zugunsten der Kassen, dass es heute mehrere Anbieter gibt.

**„Die KVn sind nicht so flexibel wie in Eigenregie agierende Arztbündnisse, hinter denen eine gewisse Dynamik steckt.“**

Denn es ist immer einfacher, wenn ich mehrere Optionen als nur den Monopolisten habe. Dadurch kommt viel Bewegung rein. Die KVn sind sicherlich eher der Tanker und nicht so flexibel wie die in Eigenregie agierenden Arztbündnisse, hinter denen eine gewisse Dynamik steckt.

**Welche Rolle spielt die Q-Pharm AG in diesem Zusammenspiel der Kräfte? Ist Q-Pharm ein Modell, das auch bei den Krankenkassen, wie der BARMER, gegriffen hat?**

**Christoph Meyer:** Wie Herr Ceresato bereits sagte, liegen die Ausgabenblöcke für Pharmakotherapie inzwischen deutlich über den Honorargrößen der Ärzte. Das ist ärgerlich. Wir haben als Ärzte über viele Jahre hinweg bitter erkennen müssen, dass wir zumindest dem Pharmamarkt ausgeliefert waren, weil wir kaum Kenntnisse davon hatten und nur ausführende, willfährige Opfer ausführender Organe mit dem Stift auf dem Rezeptblock waren. Die Tatsache, dass die Ärztegenossenschaften ein eigenes Pharmaunternehmen haben, bedeutet einen erheblichen Gewinn an Information und Einflussnahme auf den Pharmamarkt. Das haben wir in den letzten neun Jahren realisiert. Wir stellen den Ärzten und Krankenkassen eine preiswerte Therapiealternative als Option zur Verfügung, und zwar stets am unteren Preisende. Trotzdem sind wir noch bereit, mit den Krankenkassen im Rahmen des sicherlich nicht beliebten, aber gesetzlich vorgegebenen Paragraphen 130 Verhandlungen auch Rabattverträge zu verhandeln. Den Ärzten ist es auch hier möglich, aus dem Fundus ihrer ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm im Rahmen der gesetzlich gewünschten Vorgaben rabattierte Arzneimittel zu verordnen. Der zum Schluss verbleibende Gewinn aus der Unternehmung Q-Pharm, und der wird erzielt, weil es ein ordentlich geführtes Unternehmen ist, wird zur Verbesserung im Rahmen der vorher diskutierten Netzbildung und Strukturen verwendet. Das ist gut so. Denn das Geld geht nicht in Investitionsgesellschaften, Fonds oder außerhalb des Gesundheitswesens stehender Handelnder. Das ist übrigens auch die Gefahr von MVZ, die von Investoren betrieben werden, die nicht ins Gesundheitswesen integriert sind und nur investieren, um Geld abzuziehen, was aber das der Versichertengemeinschaft ist. Das sollte an sich komplett im Kreislauf der Gesundheitslandschaft bleiben. Unser Ansatz war bisher erfolgreich und wird es auch in Zukunft sein, denn es gilt die künftigen Leistungen der Ärzte weiter zu entwickeln. Die bisher realisierten Einsparungen durch

die preiswerten Verordnungen von generischen Arzneimitteln der Q-Pharm AG sind auch heute schon auf dem Papier fest- und darstellbar. Das war auch eine solide Grundlage für die Gespräche, die wir miteinander geführt haben.

**Stefan Ceresato:** Wir haben vor längerer Zeit Partner für Rabattverträge ausgewählt, zu dem Zeitpunkt, als die rechtliche Situation noch eine andere gewesen ist als heute. Wir wählten Partner, von denen wir auch überzeugt sind. Wir suchten eine Bandbreite von großen und kleinen Anbietern. Die Firma Q-Pharm hat uns dabei mit ihrer Konzeption überzeugt. Es ist kein klassisches Pharmaunternehmen, sondern die einmalige Kombination zwischen Ärztegenossenschaft und Arzneimittelhersteller. Das heißt – hierbei sind die Ärzte motiviert, die entsprechenden Verordnungen zu verschreiben und dabei sicher, dass diese kostengünstig sind. Seinerzeit entschieden wir uns, mit der relativ kleinen Q-Pharm einen Vertrag abzuschließen, weil uns darüber der Zugang zu den Ärzten erleichtert wird. Denn nur im Dialog mit den Ärzten können auch Rabattverträge zum Erfolg geführt werden. Diese haben wir bei Q-Pharm optimal umgesetzt gesehen. Auch die BARMER muss sich den neuen rechtlichen Gegebenheiten stellen. Wir haben aber eine andere Philosophie. Denn wir tun uns äußerst schwer damit, einer bestimmten Systematik im Bereich Rabattverträge zu folgen, also koste es was es wolle was die Versicherercompliance anbelangt, nur mit einem Anbieter pro Wirkstoff zusammenzuarbeiten. Bei solcher Systematik sehen wir den qualitativen Aspekt, also den Compliance-Faktor, und sogar den monetären Gesichtspunkt infrage gestellt. Es nutzt nichts, wenn eine Krankenkasse zwar den besten Preis erzielt, aber bei großer Menge einen relativ geringen Umsatz hat, weil das Produkt bei den Versicherten nicht ankommt.

**„Nur im Dialog mit den Ärzten können Rabattverträge zum Erfolg geführt werden.“**

Wir als BARMER gehen einen anderen Weg gehen: Wir arbeiten an einer Ausschreibung, bei der wir eine gerechte Lösung haben möchten, die es uns ermöglicht auch mit der Q-Pharm weiter zusammenzuarbeiten, um vielleicht auch nur für einen einzigen Wirkstoff den Zuschlag beispielsweise an Q-Pharm erteilen zu können.

**perspektiv: Herr Ceresato, gehört in gemeinsame Vertragsgestaltungen nicht auch die Kommunikation mit den Versicherten hinein? Sollte die Kommunikation mit den Patienten regional auf Versorgungsprojekte abgestimmt und verstärkt werden, um die soeben beschriebene Compliance zu erhöhen?**

**Stefan Ceresato:** Klar ist – Verträge leben erst mit der Kommunikation. Nur so kommt der Erfolg. Wir müssen aber als Kassen etwas vorsichtig sein. Wir dürfen keine direkte Zuweisung oder Werbung betreiben. Der Versicherte muss nach wie vor eine Wahlmöglichkeit haben. Wir dürfen ihn auch nicht zwingen. Es bringt auch wenig, wenn der Versicherte gegen seine Überzeugung irgendwo hin geleitet wird, sondern er muss verstehen, dass eine Vertragseinschreibung für ihn besser ist. Es wäre aber schön, man könnte als Kasse gewisse Anreize setzen. Da denken wir über weitere Hebel nach. Im Arzneimittelbereich ist es die Zuzahlung, bei der man sicherlich etwas machen kann, also dass man neben der Information solche Anreize schafft, weil ein Versicherter darauf schnell

reagiert. Wir haben das beim Hausarzt-Apothekenvertrag gesehen, denn dieses war ein Erfolgsfaktor für den Vertrag.

**Christoph Meyer:** Da bin ich nicht ganz Ihrer Meinung. Ich glaube, dass wir in der so genannten neuen Vertragswelt auch den Mut haben müssen, den Versicherten, den Kunden, zu sagen: Leute, es ist eine neue Zeit angebrochen und Eure Wahlfreiheit wird möglicherweise ein Stück weit wegfallen oder eingeengt sein. Wir können nicht einerseits sagen, wir wollen Effizienz und wir brauchen die starke Vernetzung, aber zum Schluss sagen, aber das kann sich jeder auswählen.

**„Wir müssen den Mut haben, den Versicherten zu sagen: Leute, es ist eine neue Zeit angebrochen!“**

Das ist das, was uns in letzter Zeit so viel Kosten verursacht hat. Man sollte doch eigentlich den Versicherten künftig klipp und klar sagen können – es gibt einen Basistarif, da hast du eine eingeschränkte Wahlfreiheit und muss zu akkreditierten Ärzten gehen, die garantieren mir eine hohe Kosteneffizienz, dafür kommst du aber auch beispielsweise mit 380 Euro im Monat zurecht, oder du hast den Premiuntarif, aber der kostet 670 Euro.\*

**Stefan Ceresato:** Ich meine „Njein“ – wir müssen die derzeit rechtlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Aus Kassensicht wäre es durchaus hilfreich, wir hätten keinen Kontrahierungszwang. Im Arzt- wie auch im Apothekenbereich und auch in anderen Sektoren müssen wir mit jedem Leistungsbringer zusammenarbeiten. Da komme ich im Moment nicht drum herum. Andererseits habe ich die Möglichkeit, Modelle aber auf freiwilliger Basis zu fahren. So haben wir es immerhin geschafft, rund zwei Millionen Versicherte in das Hausarzt-Apotheken-Programm einzubinden, die freiwillig gesagt haben, ja wir wollen zu einem Hausarzt und einer Hausapotheke gehen und uns dort einschreiben, was eine freiwillige Einschränkung der Wahlfreiheit beinhaltet. Wir können den Versicherten nur motivieren, dass er das freiwillig tut. Das haben wir mit einer sehr hohen Quote gut hingekriegt, wohl wissend, dass ein gewisser Anteil auf den monetären Faktor zurückzuführen ist. Das ist unterschiedlich in den Regionen vom Einkommensniveau abhängig; das spielt in östlichen Ländern eine größere Rolle als beispielsweise in Baden-Württemberg und in Bayern, wo es für die Versicherten möglicherweise nicht so viel ausmacht, die Zuzahlung zu leisten.

**Christoph Meyer:** Das Nichtzwingenkönnen ist klar. Das es diesen allgemeinen Kontrahierungszwang gibt, also für jeden Anbieter und Leistungsabnehmer offen zu sein und mit ihm einen Vertrag eingehen zu müssen, ist im Moment ja die breite Basis, auf der wir das Ganze betreiben. Aber ich glaube, man kann tatsächlich im Sinne einer besseren Versorgung und höheren Effizienz Modelle stricken, die einen gewissen Premiumcharakter bekommen. Mit Paragraph 73 b ist das ja gewollt. Im Rahmen solcher Lösungen lässt sich jederzeit auf Vereinbarungen verweisen. Und da möchte ich auf die Kommunikation zurückkommen: Es ist die Kommunikation mit allen Beteiligten. Allen muss erst einmal erklärt und bekannt gemacht werden, was haben hier eigentlich und warum haben wir es und mit welcher Zielsetzung? Und welchen Vorteil hast Du davon. Dann werden diese Modelle, wenn sie gut gemacht sind, erfolgreich sein.

**Stefan Ceresato:** Wir haben im Rahmen des Hausarzt-Hausapothekevertrags sehr viel Kommunikation betrieben; Ziel war es auch, in den Apotheken und in den Arztpraxen Schilder zu haben bzw. entsprechend ausgestattet zu sein für die Ärzte, die mitgemacht haben. Das hat auch zum Erfolg beigetragen. Es ist schade, dass dieser Vertrag nicht fortgesetzt werden konnte. Aber er hätte auch weiterentwickelt werden müssen. Vielleicht war die Zeit noch nicht so weit oder die Basis noch nicht so bereit. Das könnte man jetzt vielleicht im kleineren Rahmen wieder umsetzen, so wie es die Vertragspartner gerne wünschen.

\*Anm. d. Red.: Das Interview wurde vor der Bundestagswahl geführt, die neue Bundesregierung tendiert bei ihrer Gesundheitspolitik hin zu Stufenlösungen bei den Kassentarifen und die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit für die Versicherten. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler will in der GKV eine stärkere Preis- und Leistungs differenzierung. Rösler in einem Zeitungsinterview: „Wir brauchen mehr Freiheit. Freiheit bei der Wahl der Therapie, bei der Wahl des Arztes und bei der Wahl der Krankenkasse.“

# Zuerst in Hard- und Software vertieft – dann „Schlendern zur Schlummerzeit“

Abwechslungsreiches Praxis-Profi-Seminar schloss Fortbildungsreihe 2009 zur EDV ab

Ein abwechslungsreiches Seminar für die besten Teilnehmerinnen schloss die Praxis-Profi-Fortbildungsreihe 2009 für Dialogpartnerinnen ab. Dafür reisten am ersten Novemberwochenende (6. bis 8. November) 17 Dialogpartnerinnen aus dem ganzen Bundesgebiet zum am Innenhafen gelegenen Hotel „Tulip Inn“ nach Flensburg. Das Seminar diente dazu, die aus der Praxis-Profi-Staffel 2009 „Elektronische Praxiskommunikation“ gewonnenen Kenntnisse zu vertiefen. Rund 400 Dialogpartnerinnen hatten daran teilgenommen. Auch dieses Weiterbildungsangebot in 2009 mit dem abschließenden Seminar spiegelte die seit nunmehr fast fünf Jahren gepflegte bewährte Partnerschaft zwischen Q-Pharm und Dialogpartnerinnen wider. Nicht zu vergessen: Die Realisierung des Praxis-

für den GV-West und Anke von Lienen von der ÄG Niedersachsen/Bremen. Geleitet wurde der Wochenendkurs von Fortbildungsprofi Werner M. Lamers. Koordinatoren waren Marketingleiter Michael P. Weiß sowie Katja Backen,

Dennoch verpasste keine der Teilnehmerinnen den Start zum sonntäglichen Seminartag: Dabei ging es inhaltlich um die interne und externe Vernetzung sowie die diversen Karten im Gesundheitswesen. mb/fc

## Weitere Stimmen aus den Reihen der Teilnehmerinnen:

„Tolles praxisorientiertes und lebendiges Seminar“

„Ich bin wieder hoch motiviert und nehme viel Schwung mit in unseren Praxisalltag“

„Gute Stimmung“

„Der Austausch untereinander war besonders gut und wichtig“



Das Gruppenfoto zeigt die Teilnehmerinnen zusammen mit Seminarleiter Werner M. Lamers.

Profi-Programms und der Seminare ist schließlich nur durch die konsequente Verordnung von Q-Pharm-Arzneimitteln möglich.

**Auch die drei regional leitenden Dialogpartnerinnen waren außer den Dialogpartnerinnen beim Seminar-Weekend vertreten:** Dajana Riemekasten von der ÄGSH, Fabiola Hahn

Melanie Wrobel und Manuela Brodersen (alle Q-Pharm AG). Außerdem referierten EDV-Experte Philipp Lamers und Yara Heuer, Assistentin der Geschäftsführung von „TurboMed“ (Kiel).

**Nach dem Begrüßungsabend ging es sonnabends um die Grundlagen der EDV, den Aufbau eines PC-Systems am Beispiel, um die Grundlagen von Hardware, Peripherie und Software sowie um Praxis-Verwaltungs-Systeme (PVS).** Dabei zeigte Yara Heuer am Beispiel des PVS „TurboMed“ auf, wie bei der Rezept-Ausstellung mit \*711 sofort sämtliche Q-Pharm-Arzneimittel aufgelistet und das „aut-idem“-Kreuz entsprechend verankert werden kann.

**„Schlendern zur Schlummerzeit“ hieß es am Abend im ansprechenden Beiprogramm:** Ein gemeinsamer Rundgang führte durch Flensburg, mit anschließendem Abendessen und fröhlichem Beisammensein bis spät in die Nacht.

## Aktivitäten 2009

- **28. Januar bis 7. Oktober:** Workshops „Vertragsmanagement“ in Lübeck, Bad Segeberg, Oldenburg/Holstein, Kaltenkirchen, Bad Bramstedt, Wedel und Ratzeburg
- **Februar bis Oktober:** Fernlehrgang Praxis-Profi 2009 zur „Praxis-EDV“
- **18. Februar:** Moderatorinnen-Treffen in Bad Segeberg
- **4. November:** DialogpartnerInnen-Expertenrunde in Bad Segeberg
- **6. bis 8. November:** Seminar Praxis-Profi EDV in Flensburg

Allen Dialogpartnerinnen  
frohe Weihnachten  
und ein glückliches 2010!

Ein herzliches Dankeschön  
für die gute Zusammenarbeit!



Fotos: K. Backen

„Wie sieht ein Rechner von innen aus?“ – Das Foto zeigt Philipp Lamers, der den Vortrag seines Vaters sehr gut ergänzte, den Dialogpartnerinnen (v. li.) Ira Gülzow (Neumünster), Ilhame Karali (Wedel), Dajana Riemekasten (DP-Leitung ÄGSH, Bad Segeberg), Tanja Mahlstedt (Wildeshausen); Anke von Lienen (DP-Leitung Niedersachsen/Bremen, Oldenburg) und Christiane Hermann (Ludwigshafen).

„Dialogpartnerinnen privat“ (9. Folge)

## „Auch für unsere Chefs von Vorteil!“

Von Beate Oppitz und Manuela Lamprecht\*

Nach einem Jahr intensiver Lehrheft-Bearbeitung sind wir von 400 Einsendern der Fragebögen unter die besten 20 im ganzen Bundesgebiet gekommen. Das Seminar, das als „Belohnung“ winkte, führte uns vom 6. bis 8. November in die nördlichste Stadt der Republik, nach Flensburg. Die Tage waren gut organisiert.

Im ersten Teil des EDV-Seminars am Samstag – mit Katja Backen sowie Werner M. Lamers und Philipp Lamers – wurden uns die Hardware und das PC-Anwendersystem Turbomed anschaulich präsentiert. Am frühen Abend machten wir uns mit Melanie Wrobel auf zu einer sehr informativen und amüsanten Stadtführung durch die historische Seefahrt- und Handelsstadt Flensburg, weithin bekannt auch durch die Verkehrssünderkartei und Beate Uhse. Auf der Tagesordnung des zweiten Seminarteils, der von Manuela Brodersen und Werner M. Lamers moderiert wurde, standen die Software sowie die interne und externe Vernetzung, die Praxisdarstellung im Internet und die eventuelle Einführung der Chipkarten.

konnten unser Hintergrundwissen, das wir in 2009 mit den Lehrheften schon gesammelt hatten, in diesem Seminar hervorragend vertiefen. Dieses Wissen wird auch für unsere Chefs von Vorteil sein! Außerdem können wir allen Dialogpartnerinnen empfehlen, die Lehrhefte auch in Zukunft aufmerksam zu bearbeiten, zumal sich das Abschluss-Seminar für die Teilnehmerinnen lohnt.

Schließlich tauschten alle Seminarteilnehmer fleißig Adressen aus. Somit werden wir sicherlich auch in Zukunft untereinander kommunizieren.

**Wir wünschen allen 1.700 Dialogpartnerinnen, dem Team von Q-Pharm und unserem „Lehrmeister“ Werner M. Lamers ein erfolgreiches Jahr 2010!**



\*Beate Oppitz (links) und Manuela Lamprecht sind Dialogpartnerinnen in der Praxis Ortho1a, Ludwigshafen

Unser aller Fazit war sehr positiv. Wir

# Wohin mit alten Medikamenten-Mustern?

In der Regel ist die kommunale Schadstoffsammlung zuständig

Seitdem im Frühsommer 2009 das Rücknahmesystem für Altmedikamente eingestellt wurde, fragen sich nicht nur Patienten, sondern vor allem auch Arztpraxen: „Wohin mit abgelaufenen Arzneimitteln bzw. Medikamentenmustern? Inzwischen sind nämlich nicht mehr die Apotheken für die Entsorgung der Altmedikamente zuständig, sondern der Verbraucher oder die Arztpraxis selbst. Dafür besteht bisher keine offizielle bundesweite Regelung. Die Entsorgungswege sind regional oder örtlich unterschiedlich. Informieren Sie sich deshalb genau in der jeweiligen Stadt, im Kreis oder der Gemeinde; evtl. im Internet „googeln“ unter „Abfallentsorgung“ mit Hinzufügung des Namens Ihrer Gemeinde. Auch gibt es einige Apotheken, die kulanterweise weiterhin Altmedikamente entgegennehmen. Es lohnt sich bei Ihren jeweils bekannten Apothekern nachzufragen.“

**Bis Juni entsorgte das Logistikunternehmen Vfw-Remedica (Köln) die Altmedikamente, die von den Apotheken eingesammelt bzw. angenommen wurden.** Etwa drei Viertel der deutschen Apotheken waren an dieses für den Verbraucher kostenlose Rücknahmesystem



angeschlossen, das die Entsorgung der abgegebenen Medikamente organisierte. Den Apothekern entstanden für das Einsammeln aber Kosten, die sie nicht tragen wollten. Da das Entsorgen von Altmedikamenten Vertrauenssache ist, die nicht einfach unerfahrenen Firmen überlassen werden sollte, plädiert die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) für eine saubere Lösung. Als Beispiel kann Berlin genannt werden, wo die Apotheken weiterhin Altmedikamente annehmen: Hier stellten die Stadtreinigungsbetriebe in den Bezirken abschließbare „MEDI-Tonnen“ auf, mit dem die Apotheken ein sicheres und kostengünstiges Sammelsystem betreiben. Der Inhalt wird im Müllheizkraftwerk entsorgt.

**Grundsätzlich gilt: Mülltrennung auch bei Medikamenten.** Unabhängig vom Standort einer Praxis müssen zunächst Beipackzettel und Schachteln bzw. Plastikdosen getrennt vom Inhalt als Papiermüll bzw. Plastikabfall entsorgt werden. Die eigentlichen Medikamente, wenn in Blistern verpackt, sollten Sie entweder darin belassen oder - wenn lose - in nasses Zeitungspapier einwickeln und in die Restmülltonne werfen. Doch Achtung: In einigen Kommunen, die ihren Hausmüll nicht verbrennen, wird nicht so verfahren. Hier müssen alte Arzneimittel, insbesondere auch flüssige, der

Schadstoffsammlung übergeben werden. Tabletten und Kapseln dürfen dann in ihrer Blisterverpackung bleiben.

**Bei größeren Mengen oder als giftig oder entzündlich gekennzeichneten Altmedikamenten ist generell die Schadstoffsammlung zuständig.** Diese ist ohnehin der beste Weg für die Arztpraxen. Denn einige regionale Entsorger schreiben sogar vor, dass Tabletten und Kapseln aus ihren Blistern gedrückt werden müssen, bevor sie in den Restmüll und die leeren Blister in den Gelben Sack wandern. Das ist bei großen Mengen sehr aufwändig. Adressen und Termine der Schadstoff-

sammlung finden sich beim zuständigen Abfallwirtschaftsbetrieb. Zudem gibt es Schadstoffmobile, an denen die Medikamente abgegeben werden können.

**Medikamente auf keinen Fall in die Toilette oder ins Spülbecken geben.** Diese vermeintlich unproblematische direkte Entsorgung verunreinigt die Flüsse, das Grundwasser und damit auch das Trinkwasser. Medikamente sind oft nur langsam oder gar nicht biologisch abbaubar.

**Die ärztegenossenschaftliche Q-Pharm AG bereitet den Arztpraxen übrigens keine Entsorgungsprobleme in Sachen Muster-Medikamente. Denn bis auf wenige einzelne Ausnahme-Aktionen verzichtet Q-Pharm prinzipiell auf den Einsatz von Arzneimittelmustern.**

-ari

## Dubiose Branchendienst-Briefe – am besten in Ablage „P“

Der Deutsche Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität sowie der Verband Deutscher Auskunfts- und Verzeichnismedien (VDAV) warnen vor rechnungsähnlichen Formularen unseriöser Branchendienst-Anbieter. Freiberufler, Unternehmen und Ärzte sind vermehrt von Betrügereien dubioser Anbieter betroffen. Der Tipp dagegen: Ärzte, die in ihrer Post eine Offerte, einen Korrekturabzug oder gar eine Rechnung fürs Branchenbuch finden, sollten das Schreiben darauf prüfen, ob es sich um ein tatsächlich angefordertes Angebot oder einen Auftrag handelt. Wenn nicht, dann am besten gleich zerreißen und wegwerfen.

**Die Betrügerbriefe sehen, so der VDAV, auf den ersten Blick aus wie Rechnungen seriöser Verlage aus.** Häufig imitierten die Adressbuchschwindler sogar Logos, Schrift und Farbe gut eingeführter Marken. Erst im Kleingedruckten

versteckte sich dann ein Vertrag, der durch Überweisung oder sogar nur durch Rücksendung des Korrekturbogens zustande komme, im schlimmsten Fall gleich für mehrere Jahre!

**Ist das „Kind in den Brunnen gefallen“,** indem auf ein solches Angebot eingegangen wird und keine entsprechende Leistung erfolgt, dann rät der Verband den Opfern einen Anwalt hinzuziehen. Doch Vorsicht: Die Gerichte entscheiden oft, dass Gewerbetreibende bzw. Ärzte alles Kleingedruckte genau lesen müssten. Also am besten, wie eingangs erwähnt: Nichts unterschreiben, nichts zurücksenden, nichts bezahlen – kurzum „Ablage P“, wie Papierkorb!

-ari

**Die kostenlose Checkliste des VDAV mit seriösen Branchenbuch-Adressen im Internet:**  
[www.vdav.de/deliver.php?id=637](http://www.vdav.de/deliver.php?id=637)

### Lachen ist gesund!

#### Nächtlicher Notruf

Hausarzt wird mitten in der Nacht gerufen, er untersucht Patienten und fragt: „Haben Sie schon Ihr Testament gemacht?“ – Patient: „Nein, Herr Doktor – ist es denn so schlimm?“ –

Arzt: „Lassen Sie einen Notar kommen und rufen Sie sofort Ihre nächsten Verwandten!“ – Patient jammert: „Es geht also mit mir zu Ende ...“ –

Arzt: „Papperlapapp – überhaupt nicht! Ich will nur nicht der einzige sein, der nachts um drei grundlos aus dem Bett geholt wird.“

### Unser Auffrischkurs - Teil 15

## Organisation rund um den PC – Folge 1: Störfallmanagement

Selbst wenn die Anfälligkeit der Hardware in den letzten Jahren verringert wurde, so schützt das noch lange nicht vor Systemausfällen. Neben Plattendefekten führen durchgebrannte Netzteile, gebrochene Kabelverbindungen, gelöste Stecker und vieles mehr irgendwann zu einer ungewollten Unterbrechung der Arbeit am PC. Die Datensicherung sichert Ihrer Praxis zwar den Datenbestand, jedoch nicht den reibungslosen Praxisablauf bei einem Systemausfall.

**Niemals Fehlermeldungen ignorieren oder übergehen!** Der Fehler ist nicht behoben, wenn Sie irgendeine Taste drücken, die die Meldung am Bildschirm verschwinden lässt. Vermeiden Sie auch unbedingt unkon-

trollierte Versuche, etwas wieder in Gang zu bringen! Manipulation am Betriebssystem sollte ausschließlich den Experten vorbehalten bleiben.

**Ist das Ausschalten des Computers sinnvoll?** Manchmal hilft es, bei Störungen das System aus- und wieder einzuschalten oder den Stecker für eine kurze Zeit herauszuziehen. Aber: Eventuell verursachen Sie dadurch zusätzliche größere Schäden. Rufen Sie in neuen Störfallsituationen Ihren Techniker oder die Hotline des Herstellers an. Dokumentieren Sie in aller Ruhe jeden Schritt, den Sie (auch nach Anweisung des Fachmannes) durchführen!

**Eine effiziente Störfallorganisation**



hilft. Mit klaren Anweisungen, Formblättern und Checklisten weiß jeder in der Praxis, was zu tun ist, wenn der PC streikt. Daraus geht hervor:

- Wer ist zu informieren?
- Welche Daten müssen in der Aus-

fallzeit zusätzlich aufgeschrieben werden?

- Welche Formblätter sind für die Erfassung von Diagnosen, Leistungsziffern, Medikamenten etc. zu verwenden?
- Wo werden diese Blätter aufbewahrt?

**Und so geht es ganz einfach:** Ein Musterformular für eine Aktennotiz sowie Checklisten zum Störfallmanagement, Anweisungen zum Vorgehen beim PC-Ausfall usw. finden Sie im Anhang zu Lehrheft 1 „Elektronische Praxiskommunikation“.

[www.q-pharm.de](http://www.q-pharm.de) -> Dialogpartnerin -> Praxis-Profi -> Lehrheft 1 Elektronische Praxiskommunikation 2009

## Praxisausfallversicherung: Betriebsausgabe oder „Privatvergnügen“?

Prämienanteile der Risiken einzeln aufführen

■ Freiberufler und Einzelunternehmer, bei denen die persönliche Arbeitsleistung entscheidend ist, schließen häufig eine Praxisausfallversicherung ab. Sie ersetzt die entgangenen Betriebseinnahmen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit,



Thomas Mochnik

Wasser-, Brand-, Sturmschäden oder ordnungsbehördlichen Betriebsschließungen (z. B. Quarantäne). Ob die Beiträge für die Praxisausfallversicherung eines Arztes Betriebsausgaben sind oder als private Kosten steuerlich – nahezu – unberücksichtigt bleiben, haben inzwischen diverse Finanzgerichte entschieden.

**Krankheitsrisiko ist privat veranlasst.** Sofern die Gefahr von krankheits- oder unfallbedingten Vermögensverlusten sichergestellt wird, sind die Beiträge privat veranlasst, urteilte ein Finanzgericht. Das Risiko zu erkranken oder Opfer eines Unfalls zu werden liege – mit Ausnahme von Berufskrankheiten – im außerbetrieblichen persönlichen Bereich. Die Versicherungsbeiträge seien daher keine Betriebsausgaben. Sie könnten allenfalls als Sonderausgaben bei der Einkommensteuererklärung berücksichtigt werden.

**In den meisten Fällen sind die Höchstgrenzen für die abziehbaren Vorsor-**

**geaufwendungen bereits ausgeschöpft**, so dass die Beiträge aus privatem Vermögen entrichtet werden müssen, erläutert Steuerexperte Thomas Mochnik (ADVIMED, Hamburg). Das einzig Positive dabei: Tritt ein Schadenfall ein, werden die Versicherungsleistungen nicht versteuert (vgl. Urteil Bundesfinanzhof, Bericht in „perspectiv“ Oktober 2009, S. 7). – Das Risiko einer behördlichen Schließung ist dagegen betrieblich veranlasst, da hierbei der Praxis- oder Geschäftsbetrieb zum Schutz der Kunden oder Patienten nicht mehr aufrechterhalten wird. Die Versicherungsbeiträge sind daher als Betriebsausgaben abziehbar. Allerdings müssen ausgezahlte Versicherungsleistungen als Betriebseinnahmen versteuert werden.

**Kombinationsversicherungen teilweise als Betriebsausgaben abziehbar:** Mit einer Praxisausfallversicherung kann gleichzeitig die Gefahr einer Erkrankung und einer Quarantäne versichert werden. Damit wird Versicherungsschutz gegen ein privates und ein betriebliches Risiko gewährt. Die gezahlten Prämien sind deshalb teilweise als Betriebsausgaben abziehbar.

**Ein guter Tipp:** Beim Abschluss einer Praxisausfallversicherung sollte auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass die Prämienanteile für die verschiedenen abgesicherten Risiken einzeln ausgewiesen sind. Damit lassen sich unnötige Diskussionen mit den Finanzbehörden über die Höhe der abziehbaren Betriebsausgaben und mögliche Nachversteuerungen vermeiden.

### Arzt & Recht

## Beschränkung des Leistungsumfangs im Job-Sharing

■ In der Ärzte-Zeitung wurde am 29. Oktober 2009 über eine Entscheidung des Berufungsausschusses der KV Baden-Württemberg im Regierungsbezirk Tübingen berichtet. Gegenstand dieses Verfahrens waren hier die Honorarrückforderungsbescheide der KV, die gegen die Ärzte wegen der Überschreitung der Job-Sharing Obergrenze erlassen worden waren. Zu Recht hat offensichtlich der Berufungsausschuss der KV Baden-Württemberg diese Regelung in der genannten Entscheidung infrage gestellt.

**Nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist ein Vertragsarzt berechtigt, Ärzte anzustellen.** Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss „...zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxismumfang

nicht wesentlich überschreitet...“. Die Begrenzung des Leistungsumfangs beim Job-Sharing wird dann konkret noch einmal in § 23 c der Bedarfsplanungsrichtlinien für Ärzte geregelt. Danach darf die erlaubte Überschreitung des Leistungsumfangs beim Job-Sharing nur auf 3 % des Fachgruppendurchschnittes begrenzt werden. Die Regelung führt in der Praxis zu einer gehörigen Einschränkung der Möglichkeit der Anstellung der Ärzte, da die Auswirkungen auf das Punktzahlvolumen des Vertragsarztes erheblich sein können.

**Mehr Informationen hierzu auch unter [www.medizinanwalt.de](http://www.medizinanwalt.de); offene Fragen? Dann bitte an Ecovis Vorberg Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Warburgstraße 37, 20354 Hamburg, Tel.: 040 44 14 00 80, Fax: 040 4 41 40 08 99 wenden.**

## Umsatzsteuer-Befreiung von Arztleistungen neu geregelt

■ Niedergelassene Ärzte erbringen Sie in der Regel von der Umsatzsteuer befreite Leistungen. Allerdings sind diese nicht alle automatisch steuerbefreit. Das Bundesministerium der Finanzen hat jüngst im Hinblick auf die seit 1. Januar 2009 geltende gesetzliche Neuregelung der Steuerbefreiung von Arztleistungen ein umfangreiches Einführungsschreiben veröffentlicht. Die nachfolgende Liste soll Ih-

nen einen Überblick über die Anweisungen verschaffen.

**Mehr Infos dazu auch unter [www.medizinanwalt.de](http://www.medizinanwalt.de); bei Fragen bitte an Ecovis Vorberg Rechtsanwalts-gesellschaft mbH, Warburgstraße 37, 20354 Hamburg, Tel.: 040 44 14 00 80, Fax: 040 4 41 40 08 99 wenden.**

## Neuer Service: Die „Vertretungsbörse“

■ Seit einigen Monaten vermittelt die Ärztedienstleistungsgesellschaft ädg (Schleswig) mit Hilfe der Veröffentlichungen in „perspectiv“ erfolgreich Praxisverkäufe bzw. Angebote für Nachfolger niedergelassener Ärzte. Dieses erfolgt in namentlich anonymisierter Form. Die Kontaktsuchenden werden jeweils durch die ädg zusammengeführt. Diesen Service möchten ädg und „perspectiv“ nun erweitern: Von 2010 an soll die „Vertretungsbörse“ als bundesweites Angebot aufgelegt werden. Denn nicht wenige Ärzte im Ruhestand möchten vielleicht in der Nähe ihres Wohnsitzes, aber auch gerne in anderen Regionen vertretend aktiv sein – ein Nordrhein-Westfale an der Ost- oder Nordsee, ein Kieler in Thüringen oder Niedersachsen.

**Anlass für die „Vertretungsbörse“:** Im Krankheitsfall und bei Urlaub werden Vertreter benötigt. Andererseits geben immer mehr Ärzte ihre Praxis ab, möchten jedoch beruflich nicht gänzlich untätig bleiben. Diese Senioren könnten mit der „Vertretungsbörse“ sozusagen einen Pool für Vertretungen im Urlaubs-/Krankheitsfall bilden. Außerdem könnten die „Pensionäre“ stunden- oder tageweise als „Teilzeitangestellte“ für neue ärztliche Kooperationen, wie beispielsweise in von Ärzten getragenen MVZ, zur Verfügung stehen.

**Was ist zu tun?** Nachfragen und Gesuche für Vertretungsdienste sammeln sich in einem „Pool“ bei der ädg. Die Interessenten sollten sich direkt bei der ädg melden. Hier werden die Kontakte zueinander passender Ärzte und Praxen hergestellt. Die nicht vermittelbaren Anfragen bzw. noch nicht zusammengeführte Nachfragen, erscheinen namentlich anonymisiert als Rubrik auf den Seiten „Praxis & Management“ in „perspectiv“, z. B.: „68-jähriger früherer Hausarzt/Allgemeinmediziner kann niedergelassenen Kollegen möglichst im Hamburger Stadtteil Wandsbek vertreten“ oder „Internistische Praxis im Kreis Ostholstein sucht Vertreter für Mai 2010“.

„perspectiv“ und ädg dienen lediglich als kostenfreie Vermittler für den Kontakt entsprechender Interessenten. Es geht nicht um die detaillierte Organisation der Vertretungen. Wie sich die Betreffenden vereinbaren, bleibt ausschließlich den Vertretungsärzten und den Praxen vorbehalten.

**Interessenten in Sachen Vertretungen können sich ab sofort bei der ädg melden:**  
Tel. 04621 30 57 20,  
Fax: 04621 3 05 72 22 oder  
E-Mail: [rabe@aedg.de](mailto:rabe@aedg.de)



## ... mit Freude Arzt sein.

### Darum kümmern wir uns!

● Ihr Praxis-Management.

Q-Pharm bildet Ihre Medizinische Fachangestellte zur Dialogpartnerin aus. Damit ist sie die aktive Verbindung zwischen Ihrer Praxis und der Ärztegenossenschaft. So bleiben Sie immer auf dem aktuellsten Stand und die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis werden optimiert.



**Q-Pharm** AG

... eine Leistung  
der Ärztegenossenschaften

Ärztegenossenschaften – mit uns sind Sie stark.

## Dialogpartnerinnen

## Wertvolles EDV-Wissen erworben - und eine Tür knallende Dame

Ein Erlebnisbericht von Karen Wenrich\*

■ Welch ein Glück zum zweiten Mal in diesem Jahr unter den 20 besten Teilnehmerinnen einer Praxis-Profi-Staffel zu sein und somit zu den Gewinnerinnen eines Wochenendseminars zu gehören. Im April fuhr ich, vom Gesundheitsnetz Leverkusen organisiert, nach Dormagen. Und jetzt, Anfang November, organisiert von der Q-Pharm AG, in den hohen Norden nach Flensburg (Anm. d. Red.: Lesen Sie weitere Berichte zum Seminar-Wochenende auf S. 5 dieser Ausgabe). Dort traf ich auf zwei weitere Gewinnerinnen aus dem Bereich des GV-West: Elina Alischewski aus Wuppertal und Karin Berlin aus Burscheid. Begleitet wurden wir von unserer Dialogpartnerinnen-Leiterin Fabiola Hahn aus Leverkusen.

Im Hotel, fantastisch direkt an der Flensburger Förde am Hafen liegend, begrüßte Q-Pharm-Marketingleiter Michael Weiß uns insgesamt 20 Gewinnerinnen bei einem Sekt-empfang. Wir kamen aus den unterschiedlichsten Regionen Deutschlands. Beim Abendessen tauschten wir Job-Erfahrungen aus, wobei es aktuellen Gesprächsstoff gab, denn gerade hatte die Schweinegrippe ihren ersten Höhepunkt erreicht.

Beim „Schlendern zur Schummerstunde“ stellte unser Stadtführer eine Dialogpartnerin an den ehemaligen Pranger, erzählte Geschichten über Flensburg, ging mit uns durch wunderschöne Hinterhöfe, entlang an Rumbrennereien und dunklen Gassen, bis auf den Museumsberg. Da wir zur Schummerstunde unterwegs waren, lag Flensburg im Lichterglanz zu unseren Füßen. Auf dem Rückweg spazierten wir durch den Oluf-Samson-Gang, Flensburgs „Herbertstraße“, eine kleine Gasse

mit schmucken Häuschen, in denen diverse Damen im Fenster saßen. Eine fühlte sich von unserem Aufkreuzen an ihrer Arbeitsstätte gestört und zeigte das durch lautes Türknallen. Wir erfuhren auch die Geschichte der Flensburgerin Beate Uhse (1919–2001), von ihren Anfängen im evangelischen Kirchenhaus bis zur weltweiten Erotika-Unternehmerin. Ihre Firmenzentrale liegt übrigens genau gegenüber der Q-Pharm-Vertriebsstätte.

Danach gönnten wir uns „Wellness“ in der Hotel-Sauna, fielen bereits erschöpft ins Bett oder blieben noch beisammen sitzen. Mit Hilfe von Werner Lamers und einigen Gläsern Wein strickten wir an einer neuen Geschäftsidee und Strategien, die wir aus den abendlichen Eindrücken (Stichwort: „Herbertstraße“) gewonnen hatten. Es war ein sehr lustiger Abend! Deshalb begann für einige der folgende Seminartag unausgeschlafen. Doch wir arbeiteten uns fleißig durch die Kapitel unseres Seminarplans.

Das Seminar drehte sich um die Praxis-Profi-Staffel „Elektronische Praxiskommunikation“, geleitet von Werner M. Lamers. Wer ihn kennt, weiß, dass er auch trockenen Seminarstoff locker und mit Witz „überbringt“. Als Resümee stellten wir fest, dass wir alle viel von diesem Seminar mitnehmen konnten und versuchen werden, dieses Wissen an unseren Arbeitsplätzen umzusetzen.

Zum Abschied hatte uns Manuela Brodersen von Q-Pharm ihre schon berühmten Mandelhörnchen gebacken. Diese waren so lecker, dass wir darauf bestanden, das Rezept zu erhalten. Tatsächlich: Kurz darauf erhielt ich einen Brief von Q-Pharm mit dem Rezept der



In die Seminar-Arbeitsmappe vertieft (v. li.): Elina Alischewski, Fabiola Hahn und Karen Wenrich

Mandelhörnchen und vielen Bildern, die Katja Backen, Melanie Wrobel und Manuela Brodersen während des Seminars gemacht hatten. An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei dem tollen Team der Q-Pharm bedanken!

\*Karen Wenrich ist Dialogpartnerin in der Praxis Dr. Lars Dreschke und Thomas Weber, Overath

## Das Dialogpartnerinnen-System – eine wichtige Basis für jede Praxis!

■ Seit Beginn unseres Engagements liegt es dem Gesundheitsnetz Leverkusen sehr am Herzen, vor allem die Würdigung und Förderung der „Leistungen“ unserer Medizinischen Fachangestellten zu verbessern. Viele Mitgliedspraxen sehen das auch so und haben besonders engagierte und motivierte Kräfte zur „Dialogpartnerin“ berufen. Diese ist ein entscheidendes Bindeglied zwischen Arzt und Patient sowie auch zum koordinierenden Netz. Daher war es uns ein besonderes Anliegen, eine Fülle von Aktionen, Veranstaltungen und Maßnahmen für unsere Dialogpartnerinnen zusammen mit Q-Pharm zu ermöglichen.

Und das war 2009 aus Sicht der Dialogpartnerinnen (DP) im Gesundheitsnetz Leverkusen los:

- 21. Januar Hygieneschulung in der Stadthalle Opladen
- 27. März Praxis-Profi 2006 „Praxismanagement“ in der Stadthalle Opladen
- 01. April 1. Diorama in der Stadthalle Opladen – Ein Marktplatz der Leistungen und Projekte des Gesundheitsnetzes
- 24.-26. April DP-Wochenende für die 20 besten Teilnehmerinnen des Praxis-Profi 2006 „Praxismanagement“ aus der Region im Schloss Friedestrom, Dormagen
- 16. Juni 1. DP-Qualitätszirkel im Dom-Brauhaus, Schlebusch
- 06.-08. November Q-Pharm DP-Wochenende in Flensburg für die 20 besten Teilnehmerinnen des Praxis-Profi 2009 „Elektronische Praxiskommunikation“ (vgl. S. 5 dieser Ausgabe)
- Januar-Dezember „Fauler Knecht“, das anschauliche Info-System (Karteikarten)
- Februar-Oktober Lehrbriefe Praxis-Profi 2009 „Elektronische Praxiskommunikation“
- Juni-Dezember Schulung und Anwendungstraining im Bereich Qualitätsmanagement (seit September durch „docQMENTS“ – [www.docqments.de](http://www.docqments.de))

Wir wünschen allen Dialogpartnerinnen ein schönes  
Weihnachtsfest; alles Liebe und Gute für 2010!

Wir bedanken uns bei allen Mitgliedern  
und engagierten Praxen  
für die tatkräftige Unterstützung.  
Ihnen allen ein frohes Weihnachtsfest  
mit Zeit zur Besinnung  
und alles Gute für das Jahr 2010!

Ihr GV-West eG

(Fortsetzung von Seite 1)

## QM des Wundvertrags

Dr. Ebbinghaus: Die auf der Plattform ebenfalls übermittelten Fotodokumentationen ermöglichen zunächst eine einzelne Wundbeurteilung. Aber erst die Zusammenschau mehrerer Befunde gibt dann einen Eindruck über die bestehende Dynamik der Wundheilung, die auch momentane Wundkompetenz genannt wird. Sie ist notwendig, um entsprechende Therapieziele zu formulieren und geeignete Wundaufgaben auswählen zu können.



Dr. Heinz Ebbinghaus

perspectiv: Welche Parameter werden bei der Beurteilung angelegt, was ist konkret zu tun?

Dr. Ebbinghaus: Ich nenne hier die Faktoren

bei der Beschaffenheit des Wundgrundes, bei der Wundsekretion, dem Wundrand und der Wundumgebung:

- Beim Wundgrund deutet ein Fibrinbelag auf eine Wundentzündung hin. Hier wird empfohlen, im Rahmen eines Wundcleanings diesen Fibrinbelag z. B. mittels Kompressen und Antiseptika oder mittels einer Ringkürettage zu entfernen. Zeigt sich der Wundgrund schwarz und dunkel nekrotisch, so ist hier eher ein chirurgisches Debridement erforderlich.
- Bei der Wundsekretion ist dieses zu beachten: Erscheint die Wunde trocken, feucht oder nass, so hat das entsprechende Konsequenzen für die weitere Wundbehandlung.
- Beim Wundrand muss darauf geachtet werden, wie der Übergang zum Epithel aussieht, befinden sich dort vielleicht Nekrosen oder Krusten, die entfernt werden müssen.
- Schließlich die Wundumgebung: Erscheint diese eher livide mit der Empfehlung der Überprüfung des Gefäßstatus oder ist die Wundumgebung gerötet, zum Beispiel als Zeichen einer venösen Stauung bei einem

Ulcus cruris mit der Empfehlung einer anschließenden Kompressionsbehandlung.

perspectiv: Haben Sie weitere Anweisungen direkt zur Wundbehandlung?

Dr. Ebbinghaus: Hierbei stellt sich vor allem die Frage nach der Art des Wundverbandes bzw. der Wundaufgabe. Die Art des Verbandes ist abhängig von der Wundheilungsphase. So fördert eine feuchte Wundbehandlung die Proliferationsphase, während Schaumverbände eher die Granulationsphase unterstützen. Anschließend sollten die Wunden möglichst nicht mit Mullwickeln versorgt werden, da sie durch die bestehende Feuchtigkeit Einschnürungen hervorrufen können. Besser sind hier Watteverbände mit Stülperverbänden.

perspectiv: Wann ist ein Wundcleaning

bzw. eine Desinfektionstherapie erforderlich?

Dr. Ebbinghaus: Eine Desinfektionstherapie sollte angewendet werden, wenn die Wunde infiziert ist, das heißt, wenn ein Fibrinbelag vorhanden ist, die Wunde unangenehm riecht, eine ausgeprägte Exsudation vorliegt und ausgeprägte Wundentzündungszeichen vorhanden sind. Dabei ist die Verwendung von 0,2 % Lavasept oder Octenisept indiziert. Bei infizierten exsudativen Wunden ist anschließend die Auflage von Silberprodukten sinnvoll, da Silber viruzid, fungizid und bakterizid wirkt.

perspectiv: Besten Dank für Ihre ausführlichen und vertragsdienlichen Informationen zur Qualität des Wundmanagements!

Wechseln Sie von Topamax®  
zu Topira-Q® Filmtabletten