



- **BVÄG appelliert an die KBV**
Kommentar zu Honorar Seite 2
- **Beliebtes Motiv auch als Plakat begehrt**
„...mit Freude Arzt sein!“ Seite 3
- **Ärztegenossenschaften sind auf gutem Weg**
Interview Seite 4
- **Terminplanung in der Arztpraxis (2)**
Dialogpartnerinnen Seite 5
- **Leserbriefe**
kurz & bündig Seite 6
- **Wir wirkt sich § 128 SGB V aus?**
Arzt & Recht Seite 7

Medizinische Versorgung und Wirtschaftsunternehmen: die Arztpraxis heute

Fragen und Antworten zum Thema „Arzt als Unternehmer“
Teil 1: DMP-Schulungen für Patienten

■ Vorrangiges Ziel einer Arztpraxis ist die medizinische und ärztliche Versorgung kranker Menschen. Studium und weitere Ausbildung haben diesem in den letzten Jahrzehnten Rechnung getragen. Neben der ärztlichen Tätigkeit ist eine Arztpraxis inzwischen ein Wirtschaftsunternehmen. Als Unternehmer ist der Arzt oder Ärztin auch Dritten, z. B. seinem Personal, verpflichtet, da diese vom wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis abhängig sind. Leider wird diesem Umstand weder im Medizinstudium noch in KV-Fortbildungsangeboten entsprechende Aufmerksamkeit eingeräumt. Die ökonomische Situation einer Praxis ist heute aber wichtiger denn je. Der GV-West wird daher in „perspectiv“ dieses Thema aufgreifen und mit Praxisbeispielen erläutern.

„Patientenschulungen – wann rechnen sich diese?“ heißt es in der ersten Folge. Dazu geben wir die fiktive Unterhaltung von drei „Kollegen“ wieder. Diese drei sind die Mediziner Dr. Ulrike Schnell, Heino Zögerlich und Dr. Timo Rechner.

Dr. Schnell: Wer von Ihnen führt für seine Patienten DMP-Schulungen durch? Ich habe das Gefühl, dass sich meine Schulungsaktivitäten nicht lohnen.

H. Zögerlich: Ich nicht. Dazu hätte ich mich selbst oder meine Helferin schulen lassen müssen. Ich überweise die Patienten an meinen Kollegen Dr. Rechner.

Dr. Rechner: Ich führe Schulungen durch und habe mich vorher über die Anforderungen informiert. Ich versuche

die Schulungen betriebswirtschaftlich zu kalkulieren. Doch warum glauben Sie denn, dass sich die Schulungen für Sie nicht lohnen, Frau Kollegin?

Dr. Schnell: Ich bekomme pro Patient pro Schulungseinheit 25 Euro. Dies macht pro Patient bei einer Diabetes-Schulung mit sechs Terminen 150 Euro. Durchschnittlich habe ich drei bis vier Patienten in der Schulung. Macht also



Foto: fotolia

Selbst rechnen, kalkulieren lassen... und dann handeln!

im Schnitt zwischen 450 und 600 Euro. Da meine Helferin nur unregelmäßig schult, muss sie sich immer aufwändig in jede neue Schulung einarbeiten. Der Zeitaufwand für meine Kraft liegt daher deutlich über den 90 Minuten für die Patientenschulung.

H. Zögerlich: Liebe Frau Kollegin, da

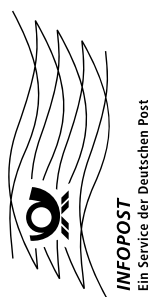
haben Sie sich viel Gedanken gemacht. Ich gebe zu, dass ich meine Entscheidung, keine Schulungen durchzuführen, aus dem Bauch heraus getroffen habe.

Dr. Rechner: Das ist oft nicht schlecht. Ich meine aber, dass Entscheidungen auch auf entsprechenden Analysen und Berechnungen basieren sollten. Den Überlegungen von Kollegin Schnell kann ich nur beipflichten. Auch wir haben nachgerechnet; mit dem Ergebnis, dass wir Schulungen nur dann durchführen, wenn wir sechs oder besser acht Patienten im jeweiligen Kurs haben. Durch die zugewiesenen Patienten aus den benachbarten Praxen gelingt uns das gut.

Dr. Schnell: Wir hatten in unserer Praxis versucht, die Kurse voll zu kriegen. Mit meinen eigenen Patienten war das nicht möglich. Teilweise mussten meine Patienten auf den Beginn der Schulung drei bis vier Wochen warten, bis ein Kurs voll war. Das wollten sie und ich natürlich auch nicht. So waren es eben weniger Patienten in der Schulung.

Dr. Rechner: Ich stelle Ihnen einmal dar, wie ich vorgegangen bin. Zunächst habe ich in meiner Praxis analysiert, welche meiner Patienten für eine Schulung in Frage kommen. Danach habe ich die Anzahl der möglichen Schulungskurse berechnet. Es war ja wichtig zu wissen, ob ich die Schulungen mit meinem bisherigen Mitarbeiterstamm durchführen kann oder ob ich weiteres Personal einstellen muss. Danach nahm ich eine

Fortsetzung Rückseite



**Impressum
perspectiv**

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

INFOPOST
Ein Service der Deutschen Post

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

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

e-Pharm AG

... eine Leistung der Ärztegenossenschaften

Die Dialogpartnerin Know-How für Ihre Praxis.

Deutschlands Ärzte wissen warum!

BVÄG appelliert an KBV: Für ein transparentes und leistungsgerechtes Honorarsystem kämpfen!

Dr. Joachim Wagner kommentiert angebliche Honorarsteigerungen: „Schönrechnung“

■ Warum diese allgemeine Unzufriedenheit unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten? Warum entscheidet sich der ärztliche Nachwuchs immer seltener für eine Niederlassung? In der Gesundheitspolitik gilt seit über zehn Jahren: „Nur eines ist sicher, nichts ist sicher!“ So hat auch die neue Honorarreform wieder eine enorme Ungerechtigkeit entwickelt. „Das ist ein Debakel, das die Schönfärberei der KBV und einiger KV-Fürsten nicht überdecken können“, kommentiert BVÄG-Vorsitzender Dr. Joachim Wagner die Situation. „Die grimmigen Kommentare einiger KV-Bosse dienen eher ihrem Selbstschutz, sie verhelfen keinesfalls zu einem leistungsgerechten Honorar.“

Wie sieht es wirklich aus? KBV-Chef Dr. Andreas Köhler gesteht zu, dass es eine Reihe von Verlierern gibt. In Baden-Württemberg sei das Honorar um 0,7 % gefallen; doch überall sonst sei es gestiegen – zwischen 3,5 und 32,2 Prozent. Hingegen klagt der Hausärzterverband in Rheinland-Pfalz: „Die Mehrzahl der Hausarztpraxen verbucht Honorarverluste.“ Der Verband rechnet der KV in Mainz vor, dass sie aus einem tatsächlichen Minus von 1,6% für das Gesamthonorar der Hausärzte „eine Schönrechnung“ mit einem Plus von 4,8 % erstellt habe.

Die KV Schleswig-Holstein stellte selbst fest, dass hier die niedergelassenen Ärzte

und Ärztinnen weiter unter dem Bundesdurchschnitt verdienen; mehr als die Hälfte erleidet in diesem Bundesland Verluste gegenüber 2008. Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein – das sind also die Verlierer einer Reform, deren „wesentliche Ziele“ laut KBV-Chef Köhler erreicht wurden. Verlierer werden unter dem schönen Begriff „Konvergenz“ sozusagen als Kollateralschaden abgelegt. Die weitaus meisten Niedergelassenen sollen angeblich jedoch zufrieden sein.

Der Eindruck, dass KBV und einige KVen eher gegen als für ihre Mitglieder arbeiten, hat sich in der Ärzteschaft immer mehr verfestigt. Andererseits wissen alle Beteiligten, dass der ambulante Teil unseres Gesundheitswesens ohne die Institution KV nicht funktionsfähig ist, ohne sie geradezu zusammenbrechen würde. Die Lösung allein der Politik zu überlassen, bleibt eine vage Hoffnung, mehr nicht.

Die Ärztenossenschaften fordern seit jeher ein leistungsgerechtes Honorar für die qualifizierte ärztliche Arbeit, und zwar in Euro und Cent auf der 2000 errechneten betriebswirtschaftlichen Basis von damals 5,11 Cent. Das heißt: Es muss absolut Schluss sein mit der Verteilung nach Kassenlage! Schluss mit den ständigen Korrekturen unter dem Deckmantel der innerärztlichen Solidarität und Konvergenz! Schluss mit den friedlichen Kompromissen im Bewertungsausschuss!

Die KBV muss sofort in verantwortlicher Position mit für ein transparentes und leistungsgerechtes Honorarsystem kämpfen! Mit den § 73 ff. und § 140 ff. SGB V hat der Gesetzgeber den Niedergelassenen eine Möglichkeit eröffnet, Selektivverträge direkt mit den Kassen in Euro und Cent abzuschließen. Diese Vertragslandschaft würde ein gedeihliches und effizientes Nebeneinander zwischen den von den KVen zu verantwortenden Kollektivverträgen und den Selektivverträgen ermöglichen, die von den Berufsverbänden, Ärztenossenschaften, MEDI und evtl. weiteren Verbänden mit den Kassen abzuschließen sind. Dies ist eine Chance, um Strukturen im Gesundheitswesen zu verbessern und zugleich ein Ansatz für ein tolerables Gesamthonorar. Doch die KBV und die meisten KVen lassen in diesem Bereich die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Verbänden meist fehlen, argumentieren und arbeiten teilweise sogar gegen Selektivverträge. Für wen stehen KBV und solche KVen? Sie sehen die Selektivverträge offenbar als lästige Konkurrenz für die eigene Institution, für die eigene Macht. Sie übersehen dabei den Faktor, den eine gedeihliche Zusammenarbeit von KV-System, Berufsverbänden, Ärztenossenschaften und weiteren Verbänden für die Niedergelassenen darstellen würde.

Bei künftigen Wahlen zu den KV-Vertreterversammlungen müssen die Weichen zum Nutzen der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sorgfältig gestellt werden. In jeder KV müssen die Wahlberechtigten prüfen, wer ihre Interessen dauerhaft und uneingeschränkt vertritt oder wer effizienten Fortschritt für die Niedergelassenen und deren Patienten blockiert oder sogar ganz zu verhindern sucht.

Eigenes Arzneimittel-Angebot riesige Chance 19. Q-Pharm-Partnertreffen



Die Teilnehmer/innen des 19. Partnertreffens

■ Zweck und Zielsetzungen der Q-Pharm AG in enger Kooperation mit den Ärztenossenschaften standen am 4. September im Zentrum des 19. Partnertreffens in Bad Segeberg. Die den Genossenschaften quartalsweise vorliegenden Segmentzahlen seien „die faktische Grundlage, auf der wir handeln müssen“, sagte Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer. Diese Absatzgrößen seien die Basis für Handlungskonzepte, denn die Q-Pharm „wurde als Projekt und Leistung der Ärztenossenschaften ins Leben gerufen, um als genossenschaftlich organisierte Ärzte weiterhin wirksam agieren zu können.“ Die Arbeitsgruppe „Selektivverträge“ trage z. B. ihren aktiven Teil bei, um die Einbettung der eigenen Medikamente in Konzeptionen nach 73 b als gekapseltes Modul zu realisieren. „Wir bringen sozusagen unsere eigenen Medikamente mit“, so Christoph Meyer: „Die großen Kassen finden das sehr gut, wenn Patienten konsequent gleichmäßig versorgt werden“ (s. zum Thema Kooperation mit Kassen auch das Interview auf S. 4). „Die Krankenkassen erkennen das inzwischen als eine riesige Chance“, ergänzte Q-Pharm-Marketingleiter Michael P. Weiß. Mit gezielten und wirkungsvollen Botschaften (aktuell: „...mit Freude Arzt sein!“) kommuniziere die Q-Pharm ihre ärztenossenschaftliche Leistung auf dem Gebiet des Arzneimittelmanagements auf den unterschiedlichsten Ebenen nach innen und außen. Das präge auch die bewährte, gute Kultur der regelmäßigen Partnertreffen, so Michael Weiß. –ari

Durch „Kopfgeld“-Vorwurf diskriminiert!

Vertragswesen sichert qualifizierte Patientenversorgung

■ Die deutschen Ärztenossenschaften wenden sich strikt dagegen, Ärzte und ihre legalen Versorgungsverträge zu kriminalisieren. Das erklärte BVÄG-Vorsitzender Dr. Joachim Wagner zur öffentlichen Diskussion und zu Vorwürfen um so genannte „Fangprämien“ in der Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Kliniken. **Ärzteneetze, wie die Ärztenossenschaften, haben die gesundheitspolitischen Forderungen der vergangenen Jahre verantwortungsvoll und rechtskonform in „Integrierte Versorgungsverträge“ (IV) gemäß § 140a SGB V umgesetzt.** Unter diesen Prämissen wurden auch Verträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geschlossen. Ziel dieser Verträge ist, den Patienten die ambulante Vorbereitung und Nachsorge der stationären Behandlung

qualifiziert zu gewährleisten. Dabei werden auch die Kosten geregelt; ein großer Teil dieser Leistungen sind in finanzieller Hinsicht Teil der stationären Behandlung (DRGs). Solche Leistungen werden im Rahmen der integrierten Versorgung aus dem stationären Topf bezahlt, also ganz nach der Devise „das Geld muss der Leistung folgen“. **Natürlich ist dabei ein „Kopfgeld“ ohne ärztliche Gegenleistung zu verurteilen!** Diese Vorwürfe sind eine starke Belastung für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und ihren Patienten. Der BVÄG fordert, dass diejenigen, die diese Vorwürfe erheben, konkret sagen, um welche Ärzte und Kliniken es sich handelt. Es darf nicht sein, dass ein ganzer Berufsstand durch vage Andeutungen unter Generalverdacht gestellt wird.



... mit Freude Arzt sein.

Darum kümmern wir uns!

● Ihr Arzneimittel-Management.

Mit Q-Pharm-Arzneimitteln sparen Sie bei jeder Dauerverordnung Geld, das in zusätzliche, sinnvolle und innovative Behandlungsmaßnahmen fließen kann. So nutzen Sie Ihr Budget verantwortungsvoll und Ihre Patienten werden besser versorgt.



Q-Pharm
... eine Leistung
der Ärztenossenschaften

Ärztgenossenschaften – mit uns sind Sie stark.

„Ohne Sanis wär'n wir alle tot“: Q-Pharm unterstützt DRK-Sanitätsdienst beim weltweit größten Heavy-Metal-Festival



„...mit Freude Arzt sein“: Allgemeinarzt Dr. Sandu Deunert (links) und ein weiterer Helfer, Intensivpfleger Andreas Hönisch, beim Einsatz; im Vordergrund liegt ein Festival-Teilnehmer, der medizinischer Hilfe bedarf. Seit 1990 erlebt Wacken jedes Jahr am letzten Juli-Wochenende drei Tage lang das Riesenspektakel für Heavy-Metal-Fans. Zum Abschluss bekommen die Helfer auch schon mal ein Ständchen von den „harten Jungs“: „Ohne Sanis wär'n wir alle tot!“

■ Tatkräftige Unterstützung leistete die Q-Pharm AG beim weltweit größten Heavy-Metal-Festival im schleswig-holsteinischen Dorf Wacken (1.850 Einwohner). Grund genug für ÄGSH-

Mitglied Dr. Sandu Deunert (Kisdorf) und den DRK-Ortsverein Kaltenkirchen sich dafür hiermit bei Q-Pharm zu bedanken. Dr. Deunert ist seit 2004 als Leitender Notarzt und immer mit der

DRK-Mannschaft vor Ort. - Frauke Deunert verbindet mit dem Dankesgruß ihres Mannes einen Kurzbericht und schoss für „perspectiv“ ein Foto: „Zum 20. Geburtstag des Wacken-Open-Air hatte auch das DRK Kaltenkirchen eine Art Jubiläum, denn seit fünf Jahren wird die medizinische Versorgung der fast 80.000 Metal-Fans durch diesen Ortsverein organisiert. Etwa 340 Sanitäter, zehn Ärzte, zehn Logistiker der DRK-Einsatzleitung sowie 20 Feldküchen-Kochkünstler vom Katastro-

phenschutzteam waren rund um die Uhr in Alarmstimmung, um etwa 3.400 Behandlungen zu meistern - normales Pflasteraufkleben nicht mitgerechnet. Die teils illustren Besucher aus aller Herren Länder sind dabei auf die Spenden an Medikamenten und Verbandstoffen angewiesen, um schnell wieder „infield“, sprich möglichst nah an den infernalischen Lärm, zu kommen. Während die Musik Geschmackssache bleibt, sind die Stimmung und das Flair bekanntermaßen jedes Mal einmalig.“

Neues von Q-Pharm

„Clopidogrel Arrow“ Filmtabletten von Q-Pharm jetzt in den Apotheken

■ Die Q-Pharm AG hat als neuestes Arzneimittel „Clopidogrel Arrow“ 75 mg Filmtabletten (N 2 / 30 Stück und N 3 / 100 Stück) Ende September in den Markt gebracht.

und damit das „Arrow“ im Namen zu haben oder zu warten, bis eine andere Zulassung frei wird und dann das „Q“ zu platzieren. Dieses schnelle Reagieren aber „ist unsere Stärke“, so Meyer. „Denn weil Clopidogrel ein wichtiges Präparat ist und die Ärzte in der Verordnung erheblich entlasten kann, haben wir uns zu diesem Ausnahmefall bei der Bezeichnung entschieden, das heißt aus zulassungsrechtlichen Gründen den Namenszusatz „Arrow“ stehen zu lassen.“ „Arrow“ ist die internationale Muttergesellschaft des Q-Pharm-Vertriebspartners. -ari

„Mit Clopidogrel Arrow haben wir die Besonderheit, dass wir von unserem Prinzip, in der Regel unser bewährtes „Q“ anzuhängen, ausnahmsweise abweichen“, erläutert Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer die Arzneimittelbezeichnung. Beim Auslaufen des Patentes hatte die Q-Pharm die Möglichkeit, zeitlich sofort mitzuziehen

Beliebtes Motiv auch als Plakat begehrt

■ Die neue Image-Aktion der Q-Pharm AG zum Thema „...mit Freude Arzt sein“ hat große Anerkennung gefunden. „Es gibt ausschließlich positive Reaktionen aus der Ärzteschaft“, attestiert Q-Pharm-Vorstandssprecher Christoph Meyer den Erfolg. Insbesondere das Anzeigenmotiv mit den beiden Kindern erfreut sich hoher Beliebtheit und ist auch als Plakat für die Praxis erhältlich. Viele Ärzte haben dieses inzwischen zum Aushang in ihren Wartezimmern angefordert. Dass die Aufmerksamkeit der Patienten auf das nette Motiv gelenkt wird, bedeutet auch eine hervorragende Anerkennung für die Arbeit der Ärztenossenschaften und die Rolle

der Q-Pharm AG. Das neue Motto „...mit Freude Arzt sein“ signalisiert zudem einen bestimmten Bewusstseinswandel.

Das Leitmotiv „...mit Freude Arzt sein“ ist übrigens mit der thematisch dreiteiligen Kampagne „Darum kümmern wir uns“ verbunden: Gestartet wurde die Anzeigen- und Plakatserie mit dem Unterthema „Wirtschaftlichkeit“, bis Ende 2009 steht zurzeit das „Arzneimittelmanagement“ im Vordergrund. Zudem waren zu Beginn der Ferienzeit 2009 Postkarten mit dem Kindermotiv und dem Leitsatz als Urlaubsgruß an alle Genossenschaftsärzte geschickt worden. -ari/mb

Q-Pharm informiert 38.000 Arztpraxen: „aut-idem“-Kreuz stärkt Verordnungshoheit!

■ Mit einer großen Aufklärungskampagne möchte die Q-Pharm AG der Ärzteschaft die Furcht vor dem Ankreuzen von „aut-idem“ nehmen. Gezielt wurden im August und September insgesamt rund 38.000 Praxen von Allgemeinärzten, Urologen, Orthopäden, Neurologen, Gynäkologen, Psychiatern und Psychotherapeuten darüber informiert, dass bei Q-Pharm-Verordnungen per „aut-idem“ keinerlei Grund für eine mögliche Befürchtung besteht, in den Regress zu laufen. Das ärzteschaftliche Pharmaunternehmen, bekanntlich spezialisiert auf Generi-

ka, beantwortet in einem gesonderten Mailing (Inhalt s. rechts) die wichtigsten Fragen um die ärztliche Verordnungshoheit und stellt die Bedeutung von „aut-idem“ heraus. Q-Pharm garantiert, dass es durch das Setzen des Kreuzchens im „aut-idem“-Feld nicht zum Regress kommen kann. Die rechtliche Grundlage dafür wurde bereits in der Juli-Ausgabe von „perspectiv“ publiziert und erläutert.

Bei weiteren offenen Fragen bitte eine Mail senden an: aut-idem@q-pharm.de

... mit Freude Arzt sein.

Darum kümmern wir uns!

● Keine Furcht vor Regress beim „aut-idem“-Kreuz

Der massive Einfluss unterschiedlicher Rabattverträge auf Ihre gesetzlich verankerte Verordnungshoheit führt zu einer täglich zunehmenden Verunsicherung in Ihrem Praxisalltag.

Wichtige Fragen und Antworten:

Dürfen Krankenkassen Einfluss auf die Arzneimittelverordnung nehmen?

Nein, nur der Arzt entscheidet, was der Patient bekommt (BMV-A § 29 und EKV § 15). Die weiteren gesetzlichen Regelungen betonen die Verordnungshoheit der Ärzte, indem auf die unstrittige Bedeutung des „aut-idem“-Kreuzes mehrfach hingewiesen wird.

Kann man wegen des Anwendens des „aut-idem“-Kreuzes in einen Regress kommen?

Nein, das „aut-idem“-Kreuz selbst löst keine Unwirtschaftlichkeit aus und ist lediglich klarer Hinweis auf eine medizinische Entscheidung. Durch das Setzen des „aut-idem“-Kreuzes treffen die verordnenden Ärzte eine eindeutige Anordnung, die durch den Apotheker befolgt werden muss.

Kann das „aut-idem“-Kreuz automatisch Unwirtschaftlichkeit bedeuten?

Nein, Unwirtschaftlichkeit ist dann gegeben, wenn nicht indizierte Arzneimittel verordnet werden (= sonstiger Schaden) oder deutlich zu teure Arzneimittel zu einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens (= Jahresvolumen) um mehr als 15 % führen. Hierbei werden die Listenpreise zugrunde gelegt und nicht die geheimen Rabattpreise.

Ist es richtig, das „aut-idem“-Kreuz generell zu setzen?

Nein, ein generelles und damit kaum noch medizinisch begründbares Setzen des „aut-idem“-Kreuzes ist nicht angezeigt. Die Akutversorgung kann hier als sinnvolles Beispiel dienen.

Kann das Verordnen von Q-Pharm-Arzneimitteln in Verbindung mit dem Setzen des „aut-idem“-Kreuzes zu einem Regress führen?

Nein, der überwiegende Teil der Q-Pharm-Arzneimittel wird im Bereich der Versorgung chronisch Kranker eingesetzt. Hier steht die Forderung nach einer hohen Compliance im Vordergrund (medizinischer Grund), gepaart mit nachhaltig günstigen Preisen immer im unteren Preisdrittel (Wirtschaftlichkeit).

Haben Sie Fragen? aut-idem@q-pharm.de



Die Q-Pharm-Verordnung macht es!



„Die Ärztegenossenschaften sind auf sehr gutem Weg!“

Stefan Ceresato, Sachgebietsleiter der BARMER-Zentrale (Wuppertal), im Interview
Q-Pharm- und ÄGSH-Vorstandsmitglied Christoph Meyer:
Noch vorhandene Ressourcen erkennen und in die richtigen Kanäle bringen

■ Welche Rolle nehmen die Ärztegenossenschaft in der künftigen Gesundheitslandschaft ein? Und wie stellt es sich eine große Ersatzkasse vor, die Struktur der Ärztegenossenschaften entsprechend zu nutzen? Diese und weitere Fragen beantworten Stefan Ceresato, Sachgebietsleiter für Apotheken, Arznei- und Heilmittelmanagement in der BARMER-Zentrale (Wuppertal) und der Allgemeinmediziner Christoph Meyer (Satrup), Vorstandssprecher der Q-

Verhältnis zum Gesamtkuchen nahmen die Generika ab. Das große Problem sind für uns die patentgeschützten Arzneimittel mit einem Ausgabenanteil von rund 60 Prozent der Kosten bei weniger als 30 Prozent der Verordnungen. Hier müssen wir ran.

Wie gedenken Sie da heran zu gehen?

Stefan Ceresato: Wir bitten, dass Rabattverträge im patentgeschützten Bereich auch durch die Ärzte unterstützt werden. Sonst

mehr Geld in die Pharmakotherapie als in die ärztliche Behandlung geht. Da sollten letztlich noch vorhandene Ressourcen erkannt und in die richtigen Kanäle gebracht werden. Eine Ärztegenossenschaft kann hier, und das ist das klassische Prinzip der Genossenschaft, einzelne Mitglieder, die in ihrer Freiberuflichkeit bleiben, zu einer Vertragsgemeinschaft zusammenfassen und damit auch der Krankenkasse gegenüber eine Leistungserbringung anbieten. Ich spreche allerdings lieber von Leistungsanbietern. Im fairen Verhandeln miteinander muss man einen Preis für jede definierte Leistung festlegen. Dann kommen auch solche Fakten wie evidenzbasierte Medizin, Pfade und Konzepte zum Tragen. Hierbei bin ich überzeugt, dass die in Ärztegenossenschaften gebündelte ärztliche Kompetenz selbst in der Lage ist, diese Pfade zu beschreiben. Der Vertragspartner, wie zum Beispiel die BARMER, sagt dann aufgrund von Versicherten- und Kostendaten, ob es machbar ist.

Welche Möglichkeiten hat eine Krankenkasse in der Zusammenarbeit mit organisierten Ärztegruppierungen, und zwar hinausgehend über die Abwicklung so genannter intelligenter Rabattverträge?

Stefan Ceresato: Es gibt bereits viele Möglichkeiten. Man kann das Gesetz nutzen und neben Rabattverträgen auch Kooperationen schließen, wie mit den Ärztegenossenschaften. Dafür gibt es die Grundlagen des 73 b und 73 c sowie der Integrierten Versorgung. Aus Kassensicht könnte auch das Thema MVZ interessant sein. Das bedeutet nicht, dass Ärzte ihre Autonomie verlieren; es sind ja Zentren, die meist Ärzte betreiben. Das ist nichts anderes als eine Form der Vernetzung. Insofern sind die Rahmenbedingungen gegeben. Die BARMER war eine

„Wirtschaftlichkeitsreserven durch stärkere Zusammenarbeit erschließen!“

der ersten Kassen, die das Hausarzt- und Hausapothekenmodell umgesetzt hat. Wir gingen davon aus, dass es uns gelingt, entsprechend der gesetzlichen Vorgabe bisherige Honoraranteile in Richtung dieser Versorgungsform umzuwidmen. Das wurde durch die KV Thüringen zunichte gemacht. So standen wir vor der Frage, wie sich der Vertrag weiterhin rechnen kann, also entsprechende Einsparungen bei ärztlich verordneten Leistungen vorliegen. Mit dieser Maßgabe haben wir den Dialog für eine Fortsetzung aufgenommen, sind aber nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis für beide Seiten gekommen. Ein analoges Szenario zeichnet sich jetzt bei den Verhandlungen zu den 73 b Verträgen ab. Das ist zurzeit ein schwieriges Feld. Die Ersatzkassen stehen im Fokus, warum sie keine Verträge abschließen. Für eine zusätzliche

Vergütung muss es aber auch eine adäquate Gegenleistung geben. Das ist bisher aus Ersatzkassensicht nicht erreicht.

Gibt es auch positive Beispiele?

Stefan Ceresato: Im Verhältnis der BARMER zur Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein und auch zum GV West gibt es gute, interessante Ansätze. Wir verhandeln bei den 73 b Verträgen aus vertragsökonomischen Gesichtspunkten ersatzkassenweit. Dabei können die Rahmenbedingungen gerade im Bereich der Arzneimittelkooperationen unterschiedlich im Ersatzkassenlager sein. Mit

Stefan Ceresato (40)

Der Betriebswirt ist seit 2007 Sachgebietsleiter der BARMER. Er baute als junger Mann 1991/92 die Leipziger Geschäftsstelle erfolgreich mit auf, spezialisierte sich dann in der Hauptverwaltung und gestaltete über viele Jahre die Bereiche ärztliches Vertragsrecht mit (Schwerpunkte ärztlich verordnete Leistungen, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Arzneimittelvereinbarungen). Als Teamleiter im Bereich Arzneimittel studierte er nebenher Betriebswirtschaft und schloss diese Zusatzausbildung erfolgreich ab. Seine jahrelangen Erfahrungen sind für den Vertragsbereich wichtig und wertvoll.



Konstruktiver Dialog: Christoph Meyer und Stefan Ceresato

Pharm AG und Vorstandsmitglied der ÄG Schleswig-Holstein. Das Dialog-Interview, das „perspectiv“ in zwei Teilen veröffentlicht, führte Friedhelm Caspari.

Welche Erwartungshaltung hat die BARMER bzw. eine gesetzliche Krankenkasse an den Zusammenschluss von Ärzten?

Stefan Ceresato: Die BARMER erwartet von der Ärzteschaft, dass sich Kommunikation und Abstimmung unter den Ärzten verbessern, indem diese den Erfahrungsaustausch zwischen den Praktikern als Generalisten und den Fachärzten als Spezialisten verstärken. Immer noch sehen wir, dass es nach Überweisungen kaum Rückinformationen vom Facharzt an den überweisenden Arzt erfolgen, so dass jeder sektoral vorgeht. Schlüssel zum Erfolg aber ist das Zusammenspiel von Generalisten und Spezialisten. In den USA gibt es ein Modellprojekt, bei dem vier bis fünf Ärzte verschiedener Richtungen gemeinsam einen Patienten untersuchen und diagnostizieren. Das ist ein spannender Ansatz, der nicht ohne weiteres eins zu eins übertragen werden kann, doch als Idee gut ist. Neben besserer Vernetzung sollten durch stärkere Zusammenarbeit bei verordneten Leistungen, konkret im Arzneimittelbereich, Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die Arzneimittelausgaben überschreiten mittlerweile deutlich die der Ausgaben für ärztliche Behandlungen. Das kann auch die Ärzteschaft nicht zufrieden stellen. Dabei haben wir unterschiedliche Entwicklungen in den Sektoren. Im generischen Bereich wurde eine Ausgabenkonsolidierung erreicht; die Preise sind nach unten gegangen, die Menge ist ein wenig gestiegen. Im

haben wir kaum einen Hebel, diese Verträge zum Erfolg zu führen. Insbesondere auch in und von Ärztenetzen sollten entsprechende Verträge unterstützt werden. - Dritter Sektor ist die evidenzbasierte Medizin, die Behandlung nach Leitlinien. Hier wünschen wir uns, dass es zum Konsens kommt, wie typische Fälle zu behandeln sind. Selbstverständlich können Patienten nicht in ein Schema gepresst werden. Dennoch ist es aus Kassensicht sehr sinnvoll, wenn gewisse Standardisierungen da sind, weil ein Arzt nicht den Überblick über alle Medikamente haben kann. So ist es für ihn positiv, wenn er für bestimmte Krankheitsbilder unabhängig von Einflüssen aus der Industrie aufgezeigt bekommt, wie die Behandlung idealtypisch laufen sollte.

Herr Meyer, wie können bei der Rolle der Ärztegenossenschaften in der Kooperation mit einer großen Ersatzkasse die gemeinsamen Arbeitsfelder definiert werden?

Christoph Meyer: Die Ärztegenossenschaften verstehen sich als Sprachrohr der einzelnen freiberuflich agierenden Ärzte in eigener Praxis. Ohne diese Funktion müsste jede einzelne Krankenkasse mit jedem einzelnen Arzt verhandeln. Dann wären Fortschritte unmöglich, dann ließen sich auch keine Behandlungspfade vereinbaren, es ließen sich keine Kommunikationskonzepte umsetzen, keine Rabattverträge etablieren und eine evidenzbasierte Medizin wäre nur sehr schwer zu realisieren. - Wir sehen die Verantwortung mit den vorhandenen Mitteln auszukommen. Dennoch ist im System aber etwas faul im Hinblick auf die erwähnte Ungleichverteilung der Mittel, dass also heute

den Ärztegenossenschaften und Q-Pharm als unsere Partner stehen wir als BARMER in einer anderen Verhandlungsposition als beispielsweise eine TK, die keine analogen vertraglichen Beziehungen hat. Je breiter die Verhandlungsteams auf beiden Seiten, umso schwieriger ist es, eine Einigung zu erzielen. Es müssen beispielsweise nur fünf oder zehn Ärzte sein, die das nicht wollen, schon kippt ein Modell. Doch ich sehe die Genossenschaften auf sehr gutem Wege. Sie antizipieren genau das und bieten den Kassen auch etwas an, um zu sinnvollen Verträgen zu kommen. Dann sind die Kassen auch bereit, Gelder umzuschichten.

Herr Meyer, was sagen Sie dazu?

Christoph Meyer: Da sind auch wir in der Tat durch einen Lernprozess gegangen. Denn die vom 73 b geforderte Pauschallösung in ganz Deutschland in einem Guss auf einen Schlag wird es in der Form nicht geben. Es bedarf einer geschickten und intelligenten Regionalisierung der Ideen, denn es ist nicht davon auszugehen, dass alle Krankenkassen gleichzeitig mitmachen. Das ist mit Ärzten nicht anders. Wir müssen uns als Partner zusammenraufen und eine vernünftige Größe erzeugen. Die muss aber nicht hundert Prozent sein, jedoch tragfähig. Damit muss man losmarschieren, auch den Mut zum Experiment haben. Und wenn dieses im Kleinen tragfähig ist, wird es immer Erfolg haben. Dann wird der Vertrag auch mehr Mitmacher heranziehen, auf Kassen- wie auf Ärzteseite. Andererseits bringt uns die verzweifelte Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner nicht mehr weiter, die wird uns eher lähmen. Insofern bin ich froh über die Art der Gesprächsführung mit der BARMER. Die ist kreativ. Da ist Vieles auf dem kurzen Dienstweg auch schnell umsetzbar und wir können es erproben. Ich sage mit gewissem Stolz, dass wir gemeinsam schon ganz guten Erfolg hatten.

(Der zweite Teil folgt im November in perspectiv 7/09)

Ihr Leben gehört heute den Schafen



Foto: Textagentur Penelope

■ Vor fünf Jahren schloss der Internist Dr. Dirk Sievers (67) seine Praxis für Venenleiden in Glücksburg bei Flensburg. Auch seine Frau Lieselotte verabschiedete sich aus ihrem Beruf als Arzthelferin. Doch beide legten die Hände nicht in den Schoß – galt ihre Hingabe früher den Patienten, sind das heute die Tiere: Ihre derzeit 24 ostfriesischen Milchschafe – davon 15 Lämmer – und die Herstellung von leckerem Schafskäse halten die beiden ehemaligen Medizinberufler auf Trab. „Mein Mann ist für die Koppelpflege, die artgerechte Haltung und Gesundheit

der Tiere zuständig“, sagt Lieselotte Sievers. Sie betreibt mit großem Engagement die Hofkäserei, melkt die Schafe und produziert aus der Rohmilch nach strengen Hygienekriterien (...und wer schon achtet auf Hygiene besser als eine Ex-Arztthelferin?*) Käsesorten wie Feta, Camembert, Schnitt- und Hartkäse sowie Naturjoghurt.

Dirk Sievers leitete nach Medizinstudium und Facharztausbildung der Inneren Medizin viele Jahre eine Reha-Fachklinik in Bad-Bertrich (Eifel), bevor er in den Norden zog. Er ist auch Autor

eines Buches mit Tipps zum Abnehmen durch eine spezielle Trennkost.

Die Hofkäserei Sievers ist in Kleinquern im nördlichen Teil der Region Angeln zwischen Flensburg und Kappeln zu finden. Alle Produkte der Käserei („Querumer Schafkäse“) erhalten Interessenten direkt auf dem Hof, in umlie-

genden Öko- und Hofläden sowie per Versand (Infomaterial Tel.: 04632/7600 od. Fax -876468). Unser Foto zeigt den früheren Arzt Sievers und seine Frau als „Schäfer“.

*Die drei interessanten Lehrhefte 2007 zur „Hygiene in der Arztpraxis“ gibt es kostenlos als Download unter www.q-pharm.de (unter Dialogpartnerin -> Praxis-Prof) -ari

Letztes Lehrheft 2009: EPA und eGK

■ In den vergangenen Tagen haben die Dialogpartnerinnen das vierte und damit letzte Lehrheft der Praxis-Profi-Reihe 2009 zur EDV in der Arztpraxis erhalten. Das Heft behandelt die Themen Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronische Patientenakte (EPA). Außerdem erhielten die Dialogpartnerinnen eine weitere Karteikarte für ihre Info-Box (Thema: EDV-Abkürzungen). Die abschließende Lernkontrolle beinhaltet Fragen zu allen vier EDV-Lehrheften. Diese sollte bis spätestens 2. Oktober zurück gefaxt werden, damit die Teilnehmerinnen bei der Auswahl der 20 Besten berücksichtigt werden können.

Vieles von dem, was eine MFA in Sachen EPA und eGK wissen sollte, findet die Dialogpartnerin in dem neuen Lehrheft. Seit die EDV auch Arztpraxen und Krankenhäuser erobert hat, werden Karteikarten mit Anga-

ben zu Patienten und deren Krankheiten mehr und mehr durch digitale Patientenakten ersetzt. Die EPA kann noch viel mehr leisten als nur die Dokumentation für Arzt und MFA zu erleichtern. In der richtigen Form wird sie künftig zum Informationsaustausch von Arzt zu Arzt, zwischen Praxen, Krankenhäusern und anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen beitragen und die Kommunikation erheblich erleichtern. **Sogenannte Insellösungen davon gibt es bereits viele**, doch noch immer gibt es nicht die einheitliche, von allen Berechtigten lesbare und beschreibbare EPA, die in strukturierter Form die Basis für Dokumentation und Kommunikation rund um die Krankengeschichte des Patienten darstellt. Nun hat der Gesetzgeber im § 291a SGB V festgelegt, dass die – immer noch teils heiß umstrittene – eGK zumindest teilweise diese Funktion übernehmen soll.

Unser Auffrischkurs - Teil 14

Terminplanung in der Arztpraxis – Erfolgsfaktoren (Folge 2 und Schluss)

■ Ein mit lange wartenden Patienten gefülltes Wartezimmer erweckt keinesfalls den Eindruck einer erfolgreichen und gut durchorganisierten Praxis! Deshalb: Möglichst optimal die Termine planen. Nach einer entsprechenden Beobachtungs- und Analysezeit sollten Sie bei der Terminplanung grundsätzlich berücksichtigen:

- maximale Anzahl Patienten pro Tag
- anzubietende Sprechstundenzeiten
- saisonale Belastungsunterschiede
- Anzahl Erstuntersuchungen pro Stunde
- Leistungskurve des Chefs

So planen Sie richtig: Auch in einer Arztpraxis müssen Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt sein. Das bedeutet, Ihre Arbeitszeit bzw. die des Chefs muss auf die Behandlungsbedürfnisse Ihrer Patienten abgestimmt werden. Also sollte ein hohes „Patientenaufkommen“ über einen größeren Zeitraum verteilt werden. Wo eher wenige Patienten kommen, müssen Sie die Lücken füllen. Sind jedoch keine freien oder ruhigeren Zeiten vorhanden, ist die Nachfrage größer als das Angebot. Und da kann auch keine Terminpla-

nung helfen. Hier hilft entweder ein Aufnahmestopp für Neupatienten oder der Praxischef erweitert sein Angebot durch einen weiteren Arzt.

Planen Sie sich nicht „zu“! Terminplanung bedeutet „Steuerung“ von Angebot und Nachfrage. Dazu sind unbedingt Freiräume für nicht planbare Fälle erforderlich. Planen Sie also nie zu eng. Sie sollten in der Lage sein, für einen nicht aufschiebaren Fall einen Termin anzubieten, ohne den geplanten Ablauf durcheinander zu bringen.

Berechnung von Terminen und Pufferzeiten. Die Terminplanung muss unterschiedliche Patientenbelange berücksichtigen, aber auch saisonale Unterschiede und besondere Stoßzeiten (z. B. die Montagvormittage). Legen Sie also fest: Wie viele Pufferzeiten benötigen wir und zu welcher Zeit? Wie viele Termine können wir überhaupt vergeben am Montag, Dienstag, vormittags, nachmittags? - Angenommen ein Arzt arbeitet am Montag vormittags von 08.00 bis 13.00 Uhr. Das wären 5 Stunden, also 300 Minuten. Durchschnittlich benötigt er 6 Minuten pro Patient. Er könnte also 50 Patienten pro Vormittag behandeln. - Aber: Planen wir durchschnittlich 7 Notfälle am Morgen ein, bleiben zunächst nur 43 zu vergebene Termine. Und: Häufig müs-

sen Patienten nach einer bestimmten Zeit wieder einbestellt werden. Daher müssen Termine für den nächsten Tag oder die nächste Woche frei bleiben. Das sind durchschnittlich 3 Termine am Montagmorgen. Es bleiben nur 40 Termine, die langfristig verplant werden.

Planen Sie strategisch! Nun benötigen nicht alle Patienten 6 Minuten Behandlungsdauer; einige weniger, andere erheblich mehr. Die unterschiedlichen Terminarten sind also zu berücksichtigen: kleine Zeiteinheiten z. B. für Injektionen, längere Zeiteinheiten für kurze Untersuchungen und lange Zeiteinheiten für Erstuntersuchungen etc. - Über den Tag verteilt

8.00	Müller, Hans
8.30	Bertram, Klaus
9.30	Hansen, Klara
10.00	Gerber, Luise

sollten somit zeitaufwendige Termine mit kurzen gemischt werden. Denn: Hat man vier 20-Minuten-Termine hintereinander bestellt und fallen einmal zwei davon aus, sind ganze 40 Minuten zu überbrücken. Mischt man Terminarten, erhält man in solch einer Situation einen Puffer und kann sich für Kurzpatienten mehr Zeit lassen.

Kleine Tipps für den Tisch-Terminplaner. Achten Sie darauf, dass der verwendete Terminplaner Stunden- und Wochentageeinteilungen bietet, die der Planungszeit Ihrer Praxis entsprechen. Terminplaner mit zu hohen Zeilen verleiten zu einer großen Schrift, verführen aber dadurch zu unsauberem Schriftbild. Kleine Felder dagegen zwingen zu ordentlichen Eintragungen. - Pufferzeiten sollten keinesfalls für die Terminvergabe missbraucht werden. Um das wirklich auszuschließen, ist es sinnvoll, diese Zeiten im Planer (unüberschreibbar) schwarz zu färben. Oder sie tauchen gar nicht erst im Planer auf – denn es gibt sie als planbare Zeit ja eigentlich gar nicht.

Wo gibt es individuelle Terminplaner? Nirgends! Einen eigens auf Ihre Praxis ausgerichteten Terminplaner können Sie nicht kaufen. Wirklich optimal ist ein Planer, wenn Sie ihn für Ihre Praxis selbst entwickeln.

Wie Sie einen solchen Planer entwickeln, eine Checkliste und Hinweise zum elektronischen Terminplaner sowie viele wertvolle Infos zum Thema Terminplanung in der Arztpraxis finden Sie im kompletten Lehrheft.

Schauen Sie hinein unter: www.q-pharm.de -> Dialogpartnerin -> Praxis-Prof -> Lehrheft 5 Praxismanagement 2006

Praxisnachfolger gesucht

Die ädg hilft Genossenschaftsärzten bei der Suche nach Praxisnachfolgern oder Partnern. Diese Offerten werden anonym und unentgeltlich veröffentlicht. Diesmal werden vorgestellt:

Internistisch-hausärztliche Praxis in Wilster (Kreis Steinburg), überdurchschnittlich gut gehend mit akzeptablem Privatanteil, sucht aus Altersgründen eine/n Nachfolger/in zum 1. Juli 2010 oder bereits früher. Die Praxisräume, gelegen im ersten Stock eines Wohn- und Geschäftshauses, sind teils Eigentum und könnten mit erworben werden.

Gemeinschaftspraxisanteil innerhalb der nächsten zwei Jahre abzugeben. Die Praxis befindet sich in einer Kleinstadt mit 25.000 Einwohnern im nördlichen Schleswig-Holstein. Die Lage ist zentral in einem Ärztehaus mit Apotheke. Zurzeit wird die Praxis von

zwei hausärztlichen Internisten geführt; aber auch andere Fachrichtungen sind möglich. Trotz halbtäglicher Arbeitszeit hoher Verdienst, da großer Anteil an Privatpatienten.

Interessenten wenden sich bitte an die ädg-Adresse (s. Titelseite/Impressum) oder per E-Mail (rabe@aedg.de). Dort sind genauere Informationen erhältlich.

+++ kurz und bündig +++

+++ Die „Stiftung Gesundheit“ empfiehlt die Patienten-Informationenbroschüre "Brustkrebs - Die Nummer 1 in Deinem Leben bist Du". Der Leitfaden wurde von der Stiftung zertifiziert, da er klar strukturiert und leicht verständlich verschiedene Behandlungsformen aufzeige ohne einzelne Methoden besonders hervorzuheben, so die Gutachter (Download: <http://www.roche.de/pharma/indikation/onkologie/brustkrebs/service/waren.html>) +++

+++ Am Mittelmeer gibt es besondere Gesundheitsrisiken. So werden nach RKI-Angaben fast die Hälfte der in Deutschland gemeldeten Hepatitis-A-Erkrankungen am häufigsten aus der Türkei, den Nachbarstaaten Jugoslawiens, aus Ägypten und Spa-

nien mitgebracht. Eine Hepatitis-A-Impfung ist für alle Reisen südlich der Alpen zu empfehlen! Auch Insekten- und Zeckenstichen ist unbedingt vorzubeugen. Mit verunreinigtem Trinkwasser oder Nahrungsmitteln werden Brucellose (Maltafieber) und viele Arten von Darminfektionen übertragen. Auch treten von Insekten oder Zecken übertragene Infektionen auf, wie die kutane und viszerale Leishmaniose, West-Nil-Fieber, Malaria tertiana, FSME, Borreliose, das altweltliche Zeckenbiss-Fieber und Krim-Kongo-hämorrhagische Fieber. Internet-Info des Centrums für Reisemedizin (CRM): www.crm.de/reiseländer +++

+++ Ein neues internationales Gütesiegel für Hotels mit Wellness- und Medical-Well-

ness-Angeboten haben das CRM und das Europäische Wellness-Institut (EWI) geschaffen. Der Prüfkatalog bildet die Grundlage für eine international einheitliche Zertifizierung der Hotels, die über die bisherigen Merkmale von Komfort, Hygiene und technischer Ausstattung hinausgeht. Die Zertifizierungskriterien für Medical-Wellness orientieren sich an den fünf häufigsten Volksleiden: Herz-Kreislauf-Beschwerden (MWS Cardio), Skelett- und Muskelleiden (MWS Vital), Stress (MWS Relax), Übergewicht (MWS Balance) und Atemwegserkrankungen (MWS Breath); www.crm.de/wellness +++

+++ Wichtigste Informationsquelle zum Thema Qualitätsmanagement sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, ist das Ergebnis einer Studie der Stiftung Gesundheit. 42 % der niedergelassenen Ärzte vertrauen den KVen. Auf den Plätzen 2 und 3 folgen die Fachpresse mit 38 % und die Dienstleister/Zertifizierer mit 36 %. Fachorganisationen, wie Ärztegenossenschaften, sowie Ärztekammern werden mit 30 bzw. 26 % ebenfalls als Info-Quellen genannt +++

LESERBRIEFE

Compliance in der Medizin

Der Begriff „Compliance“ steht in der Wirtschaft heute als Hilfeversuch bei Korruption, Affären und Skandalen. Meist sind es große Firmen, die nach Medienträchtigen schlechten und rufschädigenden Schlagzeilen einen Stamm von internen und externen Beratern in der Compliance-Abteilung beschäftigen, um den guten Ruf wieder herzustellen und zu verhindern, dass derartige Vorkommnisse und Schlagzeilen wieder auftauchen.

In der Medizin hat der Begriff Compliance (übersetzt: die Befolgung) einen hervorzuhebenden Stellenwert. Unabhängig davon, dass jeder Arzt diesen Begriff als Oberbegriff für das kooperative Verhalten des Patienten im Rahmen der Therapie versteht, hat dieses Themenfeld auch unter dem wirtschaftlichen Verständnis als Einhaltung von Gesetzen und Richtlinien sowie freiwilligen Kodizes eine besondere Bedeutung.

Die besonderen Gesetze, Richtlinien und Kodizes in der Medizin sollen eines der wertvollsten Güter unseres Grundgesetzes schützen – die Gesundheit. Zum Wohle des Patienten sind diese Regelungen unbedingt und ohne Einschränkungen zu befolgen. Hier erscheint ein Datenskandal bei der Bahn im Vergleich zu einem illegalen Organhandel geradezu als Kavaliersdelikt.

Was ist jedoch, wenn die vielschichtigen und verworrenen Regelungen des Medizinrechts der Gesundheit nicht erkennbar zu Gute kommen? Oder vielleicht sogar entgegenstehen? Können wir denn überhaupt noch erkennen, ob Zulassungsbeschränkungen, Arzneimittelregresse, Festpreise und Lagerhaltungsverbote von Orthopäden zum Wohle der Gesundheit sind und damit zum Kern der Compliance gehören? Ist es richtig, der Meinung der KBV zu folgen und die Verkehrsfähigkeit von angestellten Sitzen bei Ärzten abzulehnen?

Die Compliance in der Medizin hat längst

den Boden einer nachvollziehbaren Basis verlassen. Sicherlich können auch heute noch Regeln und Grenzen für die Gefährdung der Gesundheit erkannt und befolgt werden. Im Detail geht es aber schon lange nicht mehr um die Gesundheit, sondern um ein ausgefeiltes System von Bürokraten und Lobbyisten, das sich ohne Blick auf die Wurzeln verselbstständigt hat.

Der Appell an eine Compliance in der Medizin kann daher nur lauten, sich nicht alleine an den aktuellen Gesetzen, Richtlinien und Kodizes zu orientieren; sondern sich auch wieder auf grundlegende Wertvorstellungen, Moral und Ethik zu konzentrieren. So kann es durchaus im Sinne einer Compliance sein, den ausufernd im Wege stehenden Auswüchsen des Medizinrechts zu trotzen und durch gezielten rechtlichen Einsatz auch zu unterbinden. Dabei sollten immer

Kurz-Witz

Arzt zum Patienten nach einer ausführlichen Untersuchung:
„Tut mir leid, aber ich kann absolut nichts finden – das könnte am Alkohol liegen...“
Patient:
„Dann komme ich wieder, wenn Sie nüchtern sind!“

genau auf die inhaltlichen Werte der Handlungen im Sinne der Gesundheit geachtet werden. Steht hier eine Regelung im Wege, so ist es die Pflicht einer guten Compliance dieser Regelung zu kippen.

Jeder Teilnehmer im Gesundheitswesen sollte daher den Mut haben, die Strukturen seiner rechtlichen Umgebung mit zu gestalten, sonst werden die Irrungen kein Ende finden und die Compliance in der Medizin wird zu einem kopflosen Roboter. Als Beispiel sei

genannt: Trotz Kodex sollten sich die Pharmafirmen wieder um eine inhaltliche Kommunikation beim Arzt bemühen und nicht nur um Rabatte feilschen! Die KBV sollte die Verkehrsfähigkeit von Anstellungssitzen bei Ärzten unterstützen, weil hier Patienten auf ihre Behandlung warten! Die Zusammenarbeit z. B. von Orthopäden und Sanitätshäu-

sern sollte im Sinne der Patienten sinnvoll gefördert und nicht unterbunden werden. Und vieles mehr.

Sebastian Vorberg,
LLM. (Houston),
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht in Hamburg

„Neues Rezeptformular notwendig!“

Die Möglichkeit, ein aut idem-Kreuz zu setzen oder es auf einem Privatrezept zu notieren, besteht schon sehr lange; es gehört zu den klassischen Rezeptangaben, die sich in den vergangenen Jahrhunderten ausgebildet haben. Während alle anderen dieser Angaben, wie das M.D.S. (Mische, gib und kennzeichne) durch den Einzug der Fertigarzneimittel nur noch höchst selten verwendet werden, hat das aut idem-Kreuz sich gerade für die Verordnung von Fertigarzneimitteln als höchst praktisch erwiesen, da es die Versorgung des Patienten sicherstellte. Doch erst vor kurzem hat das unscheinbare Kreuzchen seine Bedeutung zu 180 Grad gewandelt. Und genau das dürfte das Problem sein.

Aut idem steht bekanntlich für „oder ein gleiches“ und ermöglicht dem Apotheker ein wirkstoffgleiches Präparat abzugeben. Gerade im Zuge der Kostendämpfung wurde es seit den Neunziger Jahren zunehmend wieder von den Ärzten genutzt und die Apotheker und PTAs darauf getrimmt, dass sie im Falle eines Kreuzchens bei aut idem ein passendes Generikum herausuchen. Denn das Feld auf dem Formular ist nicht erst mit dem AABG aufgetaucht, sondern hatte bis dahin genau diese tradierte Funktion und wurde von den Krankenkassen, Generika-Herstellern und Gesundheitspolitikern bisher als Kostendämpfungsmittel propagiert.

Seit dem AABG (vom 1. 7. 2002) hat das Kreuz nun plötzlich genau die gegenteilige Aussage, denn es wäre vermutlich wieder zu teuer (obwohl wäre es das wirklich?), ein neues Rezeptformular zu entwickeln, in dem das aut idem entweder den Platz bekommt, der ihm nun als vorrangig geltend gebührt – womöglich direkt hinter das „Rp.“ – oder indem einfach das Verwirrung stiftende „aut“ (= oder) entfernt wird. In seiner jetzigen Form

aber ist das aut idem-Feld doppeldeutig. Ein Kreuz dient üblicherweise eher dazu, den beigeordneten Text als gültig zu definieren und nicht ihn als ungültig zu erklären. Zur Ungültigmachung dient traditionell ein Durchstreichen eines gedruckten Textes.

Somit gibt es im Grunde zwei Möglichkeiten aus der Misere, wenn genau jenes vorordnete Präparat abgegeben werden soll: Entweder der Arzt ignoriert das Kästchen und streicht „aut idem“ stattdessen als ungültig durch oder es wird doch noch einmal überlegt, ob es nicht ein neues Rezeptformular geben sollte, in dem eindeutig nur „idem“ (dasselbe), also ohne das verwirrende „oder“, angekreuzt werden kann. Dies könnte durchaus auch ohne größere/teure Änderungen an der Praxissoftware passieren, da ja der Platz für das Kreuz nicht verändert werden muss. Das würde die Verwirrung höchstens von der Apotheke in die Arztpraxis verlegen, falls die Software das aut behält. Doch Gültigkeit hat letztlich noch immer die Papierform des Rezeptes, und das auch erst nach der Unterschrift des Arztes, die ja eigentlich erst dem Ausdruck folgen sollte, als letzte Kontrollmöglichkeit bezüglich der korrekten Angaben der Verordnung, bevor der Patient damit zum Apotheker geht.

Dies würde die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker sicher vereinfachen und den Diskussionen, die bisher jede Seite für sich führt, ein Ende bereiten. Dazu wäre es aber wohl nötig, dass sich die Interessengemeinschaften beider Seiten gemeinsam für neue amtliche Rezeptvordrucke zur missverständnissfreien Umsetzung des AABG einsetzen.

Susanne Mehs
Medizinhistorikerin,
CAU Kiel

Clopidogrel jetzt auch von Q-Pharm
Clopidogrel Arrow

Wie wirkt sich der neue Paragraph 128 SGB V auf Zusammenarbeit von Arzt und Sanitätshaus aus?

■ Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten und die Kooperationen zwischen Produktherstellern, Vertriebsunternehmen, Vertragsärzten und Leistungserbringern im Bereich der ärztlichen Hilfsmittelversorgung sind nach neuester Gesetzeslage erheblich beschränkt worden. Der § 128 SGB V in der Fassung des GKV-Organisationsgesetz (OrgWG) mit Wirkung zum 01. April 2009 hat die größte Einschränkung erfahren, die nun aktuell mit den Änderungen, die zum 05. August 2009 im Rahmen der AMG-Novelle in Kraft getreten sind, ergänzt wurden.

Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und Kliniken ist nach der Vorschrift des § 128 SGB V grundsätzlich untersagt. Nach dem Willen des Gesetzgebers kommt es nicht darauf an, ob der Vertragsarzt vom Anbieter der Hilfsmittel ein Entgelt erhält oder nicht. Deshalb ist auch ohne finanzielle Zuwendung eine Depothaltung unzulässig.

Zum besseren Verständnis hier verkürzt die Gesetzesbegründung: „Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten wird grundsätzlich untersagt, da solche Depots Leistungserbringern in besonderem Maße einen Anreiz bieten, sich gegen unzulässige Zuwendungen für die Einrichtung eines Depots ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Das Wahlrecht der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern wird durch Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten faktisch eingeschränkt. Von diesem Verbot ausgenommen werden muss die Versorgung mit Hilfsmitteln, die von Versicherten in Notfällen sofort benötigt werden, wie beispielsweise Gehstützen und bestimmte Bandagen. Für Hilfsmittel in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen müssen die gleichen Grundsätze gelten.“

Ausnahmen zu dem in § 128 SGB V normierten Verbot beziehen sich insbesondere auf den Bereich des Notfallbedarfs. Die Grundlagen für die Ausnahmen zum § 128 SGB V sind jedoch nicht gesetzlich erfasst. Sie finden sich aber in den „Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V“ vom 31. März 2009. Danach bestehen Ausnahmen vom Depotverbot bei der fehlenden Hilfsmittelleigenschaft, bei Produkten und Mustern bei Schulungen und Einweisungen sowie bei Notfallversorgungen. Als Kriterien für die Zulässig- oder Unzulässigkeit eines Depotlagers spielt mit Sicherheit die Größe einer vertragsärztlichen Praxis und der Fachbereich (Orthopädie; Chirurgie / hausärztliche Praxis) eine Rolle.

Instrumente, Gegenstände und Materialien, die der ärztlichen oder stationären Behandlung unmittelbar zuzuordnen



Foto: fotolia

sind, bleiben von dem Depotverbot unberührt, da sich die Vorschrift des § 128 SGB V nur auf Hilfsmittel beschränkt. Solche Leistungen sind dann im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung mit den EBM-Gebühren abgegolten oder können vom Arzt gesondert in Rechnung gestellt werden bzw. sind Bestandteil der Vereinbarungen zum Sprechstundenbedarf.

Auch Hilfsmittel, die bei Einweisungen und Schulungen direkt in der Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung allein zu diesen Zwecken oder zur Diagnose eingesetzt werden oder dort verbleiben, d. h. die der Versicherte nicht mehr in seinem häuslichen Umfeld weiter einsetzt, fallen nicht unter das Depotverbot. Kennzeichnend ist für diesen Bereich insbesondere, dass die Gegenstände lediglich in sehr geringem Bestand in Praxen vorgehalten werden (müssen).

Produkte, die zur Versorgung von Patienten im Notfall eingesetzt werden müssen, sind ebenfalls vom Depothaltungsverbot ausgenommen. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, an der die Praxis sich in eigener Einschätzung orientieren sollte, liegt eine Notfallversorgung mit Hilfsmitteln grundsätzlich dann vor, wenn aus medizinischen Gründen (im Sinne des § 33 SGB V) eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit im Akutfall in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist bzw. der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre. Das gilt auch, wenn der Versicherte nach der Versorgung

wieder nach Hause geht, also die Versorgung nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

Vertragsärzte und Leistungserbringer, die gegen § 128 SGB V verstoßen, werden mit „geeigneten Maßnahmen“ belegt. Diese können sich in Form von Verwarnungen, Verweisen und Geldbußen widerspiegeln. Zudem können bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen die Ärzte / Leistungserbringer von der Versorgung der Versicherten bis zu zwei Jahre ausgeschlossen werden, was sicherlich in der Gewichtung einem Berufsverbot gleichkommt. Darüber hinaus wird diskutiert, ob die Vorschrift des § 128 SGB V eine Verbotsnorm im Sinne des §§ 3, 8 UWG darstellt. Nach unserer Auffassung ist dieses der Fall mit der Folge, dass bei einem Verstoß gegen § 128 SGB V automatisch auch ein Wettbewerbsverstoß ausgelöst wird, der einen Unterlassungsanspruch nach Maßgabe des UWG auslöst. Ohnedies bleibt der Hinweis, dass die Verbotsnorm des § 128 SGB V die bestehenden Regelungen aus dem Strafrecht (bspw. Bestechung, Bestechlichkeit und Vorteilsnahme), dem Wettbewerbsrecht und dem Berufsrecht (§§ 31, 34 MBO bzw. der einzelnen Berufsordnungen der Ärztekammern) ergänzt.

Abschließend der Hinweis, dass bisher praxisübliche Abrufarbeitsverträge, Nutzungs- und Mietverträge sowie auch die Materialüberlassungsverträge bereits eindeutig nach dem neuen Wortlaut des § 128 SGB V unzulässig sind. Es kann nicht empfohlen werden, diese bisher gängige Praxis weiterzuführen.

Autoren: Dr. Katja Held und Sandra Ide, Rechtsanwältinnen und Fachanwältinnen für Medizinrecht in der Kanzlei ECOVIS Vorberg (Hamburg), www.medizinanwalt.de

Topiramamat von Q-Pharm
Topira-Q® Filmtabletten

Versicherungsleistung für Praxisausfall ist keine Betriebseinnahme!

■ Zahlt ein Arzt regelmäßig Beiträge für eine Praxisausfallversicherung, so sollten die einzelnen versicherten Positionen auf ihre eventuelle steuerliche Berücksichtigung getrennt erfasst werden. Denn: Die Zahlungen von Versicherungen bei Praxisausfall sind keine Betriebseinnahmen und müssen nicht versteuert werden, urteilte der Bundesfinanzhof (BFH) in München; eventuell mitversicherte weitere Risiken könnten jedoch betrieblicher Natur sein (Az.: VIII R 6/07), hieß es. Grundsätzlich sei eine Praxisausfallversicherung gegen Krankheit eine Privatsache; deshalb können die Beiträge nicht von der Steuer abgezogen werden. Umgekehrt müssen Leistungen der Versicherung aber auch nicht als Betriebseinnahmen versteuert werden.

Im entschiedenen Fall hatte eine Ärztin aus Mecklenburg-Vorpommern auch behördlich verfügte Quarantänemaßnahmen mitversichert. Die Beiträge ins-

gesamt machte die versicherte Ärztin jährlich als Betriebsausgaben geltend. 1998 stürzte sie und musste ihre Praxis längere Zeit schließen. Die Versicherung zahlte – von D-Mark ausgehend umgerechnet – 112 500 Euro. Das Finanzamt wertete die gesamte Versicherungsleistung als Betriebseinnahmen und wollte dafür Steuern kassieren.

Die Ärztin klagte und bekam im Wesentlichen recht: Der wichtigste Versicherungsgrund, die Krankheit des Arztes, sei – so der BFH – kein betriebliches, sondern ein privates Risiko. Wie etwa bei einer Krankentagegeldversicherung seien die Leistungen daher keine Betriebseinnahmen; die Beiträge zu der Versicherung somit auch keine Betriebsausgaben. Das Risiko einer Quarantäne rechnete der BFH jedoch dem Praxisbetrieb zu, der darauf entfallende Beitragsanteil bleibe daher abzugsfähig.

-ari

Sozialgericht: Beschwerdeausschuss darf Honorarforderung nicht einfach kürzen

■ Viele Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gegen Vertragsärzte werden eingestellt oder zurückgenommen. In diesem Fall haben Ärzte im Grunde einen Anspruch darauf, die Kosten für die Hinzuziehung eines Rechtsanwalts erstattet zu bekommen. Die Beschwerdeausschüsse einiger KVen beschränken jedoch die Honorarforderungen von Anwälten auf den 1,3-fachen Gebührensatz. Das ist nach einem Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf nicht rechtens.

Laut Sozialgericht kann ein Anwalt laut Rechtsanwaltvergütungsgesetz mehr als den 1,3-fachen Satz in Rechnung stellen, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war. Der höhere Satz sei demnach zu erstatten (Az.: S 2 KA 52/08). Nach einem früheren Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (Essen) können Anwälte für die Vertretung in Wirtschaftlichkeitsprüfungen den 1,8-fachen Satz verlangen (Az.: S 10 KA 24/07).

Der Düsseldorfer Gerichtsentscheidung lag der Fall von zwei Ärzten zugrunde, gegen die ein Regress von gut 9.000 Euro festgesetzt worden war. Sie hatten sich während der später für erledigt erklärten Klage sowie schon im Widerspruchsverfahren von einem Anwalt vertreten lassen. Der rechnete seine Kosten zum 1,5-fachen Satz ab.

Bei der Vertretung während einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sei davon auszugehen, dass es sich um eine schwierige Tätigkeit handele, urteilten die Düsseldorfer Richter. Der Anwalt müsse umfangreiches sozialrechtliches Wissen haben.

Die zuverlässige Beurteilung der Rechtslage setze zudem voraus, dass er eingehende Kenntnisse von dem Leistungsspektrum seiner Mandanten und der Vergleichsgruppe habe und ein tiefgehendes Verständnis für die relevanten Zusammenhänge.

-ari

(Fortsetzung von Seite 1)

Arztpraxis heute

wirtschaftliche Kalkulation vor, also was kostet mich meine Kraft für die Schulung inklusive der Vor- und Nacharbeiten? Seitdem weiß ich, wie hoch die Personalkosten pro Schulungsstunde sind. Zudem musste ich berücksichtigen, was neben Personalkosten noch anfällt, wie z. B. Miete für den Schulungsraum, Reinigungskosten sowie Strom und Heizung. Wenn ich jetzt diese Zahlen auf die zu schulenden Patienten umlege, habe ich die Sachkosten pro geschulten Patient.

Dr. Schnell: Dann war ich ja mit meinen ersten Überlegungen gar nicht so schlecht.

H. Zögerlich: Für mich klingt das kompliziert. Kann diese Zahlen nicht mein Steuerberater für mich aufbereiten?

Dr. Rechner: Eigentlich ja. Mein Steuerberater war aber sehr überrascht, als ich ihn mit meinen Fragestellungen konfrontiert habe. Das sei ihm bisher noch nicht begegnet, dass sich ein Arzt als Mandant mit solchen Fragen näher beschäftigt hat. Dabei ist es im Grund einfach: Für meine Erstkalkulation habe ich mir anfangs erst ein Formblatt entwickelt. Jetzt arbeite ich mit Excel.

So kann ich übrigens auch schnell berechnen, ob sich die eine oder andere Selbstzahlerleistung rechnet oder nicht. Auch wird es wichtig sein künftig zu wissen, ob sich die Teilnahmen an bestimmten Vertragsmodellen, z. B. einem Hausarztvertrag lohnen oder nicht. Übrigens: Es sollte auch der Zeit- und Kostenaufwand der ärztlichen Leistung bei diesen Schulungen berücksichtigt werden. Denn der Erlös fällt geringer

aus, je höher ein kalkulatorischer Arztlohn angesetzt wird.

Dr. Schnell und H. Zögerlich: Wir geben Ihnen völlig recht. Könnten Sie nicht bei unserm Stammtisch einmal über dieses Thema referieren? Etwas mehr betriebswirtschaftliches Wissen und Verstehen würde uns allen gut tun.

Dr. Rechner: Gerne – lassen Sie uns dieses Thema weiterverfolgen. Sicherlich gibt es Fachleute, die uns dabei unterstützen.

Fazit: Wie würden Sie in Ihrer Praxis vorgehen? Auf welcher Basis treffen Sie Ihre Entscheidungen? Wir möchten Sie dabei unterstützen, ähnliche Fragestellungen kompetent und fundiert zu klären und werden in den nächsten Ausgaben weitere Themen aufgreifen. Diesen Beitrag hat für uns dankenswerterweise Bernd Knorr, Regionalleiter Gesundheitsmanagement der Berlin-Chemie AG geschrieben. Er wird uns in den nächsten Ausgaben mit weiteren Beiträgen wie Prozesskosten in der ärztlichen Praxis, Kennzahlen für medizinische Behandlungspfade, Kostenkalkulation für ärztliche Leistungen etc. unterstützen. Dabei würde er auch aktuelle Themen und Fälle aus der Praxis aufgreifen. Schreiben oder mailen Sie uns Ihre Themen und Fragen.

Interessierten Kollegen bietet der GV-West den Service, sich für den Bereich „Patientenschulung“ ein exemplarisches Kalkulationsmodell, entweder auf Papier oder auch als Excel-Tabelle, bei unserem Netzbüro abzurufen.

Welche Werbung ist erlaubt?

■ Gerichte haben in etlichen Entscheidungen ärztliche Werbemaßnahmen, die vor einigen Jahren noch als unzulässig angesehen wurden, heute als zulässig erklärt. Die Werbemöglichkeiten für Ärzte erweitern sich, jedoch ist nicht alles erlaubt was vielleicht gefällt, sagt der Hamburger Rechtsanwalt Tim Reichelt (info@medizinanwalt.de).

So bleiben die Grundsätze der Grenzen in der Öffentlichkeitsarbeit für die Ärzte bestehen. Diese folgen aus dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, insbesondere aus dem Heilmittelwerbegesetz und der (Muster)-Berufsordnung. Erlaubt sind grundsätzlich Veranstaltungen als „Tag der offenen Tür“, die Nennung der Praxis auf Ortstafeln, Stadtplänen etc., das Auslegen von Flyern bzw. Patienten-Informationsbroschüren zum Leistungsspektrum und zum Arzt. Möglich sind – auf Wunsch des Patienten

– schriftliche oder mündliche Wiederbestellungen, Chipkarten sowie sogar Kugelschreiber mit Aufdruck der Praxis, Kunstausstellungen, ein umfangreicher Internetauftritt, Hinweise auf Zertifizierungen der Praxis, natürlich ein Praxislogo, Sponsoring von Sport und Kultur, Geburtstagsglückwünsche an Patienten (dann aber ohne Leistungshinweise) sowie weitere Werbemöglichkeiten.

Die Abgrenzung der Zulässigkeit einer Werbemaßnahme liegt häufig im Detail. Nicht zulässig sind beispielsweise Verbreiten von Flugblättern, Flyern, außerhalb der Praxis, Postwurfsendungen, Plakate, Gutscheine als Geschenk für IGeL, Sonderangebote, Bezeichnungen der Praxis als Institut oder Tagesklinik wenn die erforderlichen Voraussetzungen dafür nicht vorliegen,

Vorsichtshalber sollten Ärzte in Zweifelsfragen in punkto einer Werbemaßnahme für die Praxis einen Praxisberater oder medizinkundigen Anwalt fragen.

Ciprofloxacin - Cipro-Q®
250/500/750 mg Filmtabletten

Gudrun Maiwald neue Sekretärin im Vorstandsbüro der ÄGWL

■ Gudrun Maiwald ist seit dem 1. September die neue Sekretärin des Vorstands der Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe eG (ÄGWL). Sie ist Nachfolgerin von Anita Kistner. Gudrun Maiwald erledigt in Zusammenarbeit mit Dr. Hans-Heiner Decker, dem ÄGWL-



Gudrun Maiwald

Vorstandsvorsitzenden, alle Sekretariats-, Koordinations- und Planungsaufgaben der Ärztenossenschaft. Sie steht somit als Ansprechpartnerin für die Belange der ÄGWL-Mitglieder zur Verfügung.

Gudrun Maiwald ist direkt erreichbar unter der bekannten Telefonnummer 02932 9318 574 sowie über die Mailadressen maiwald@aegwl.de oder info@aegwl.de

Clpidogrel Arrow von Q-Pharm
30 und 100 Filmtabletten zu 75 mg

Zweiter ÄGWL-Frühjahrskongress: Anregungen willkommen!

■ Nach dem ersten Frühjahrskongress der ÄGWL am 11. März 2009 laufen die Planungen für den zweiten, der im ersten Jahresviertel 2010 sein wird. Dafür sind Anregungen, Kritik und Themenvorschläge willkommen.

Diese Informationen und Meinungen für 2010 richten Sie bitte an die Mailadresse info@aegwl.de unter dem Stichwort „Anregung für den nächsten Kongress 2010“. Vorstand und Geschäftsstelle danken!

... mit Freude Arzt sein.



Q-Pharm
... eine Leistung der Ärztegenossenschaften

Die Q-Pharm-Verordnung macht es!