

Der BVÄG informiert ■ aus Ärztegenossenschaften ■ über Ärzte- und Praxisnetze ■ für die Arztpraxis

## „Ärzteneetze und Genossenschaften müssen sich über ihre Rolle klar werden!“

Leitwort des BVÄG-Vorsitzenden Dr. Gunnar Herberger

■ Seit Ende 2013 gibt es im SGB V einen neuen § 87b. Darin ist geregelt, wie unser Honorar innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung von den KVen zu



Dr. Gunnar Herberger verteilen ist. Die Neuerung in diesem Paragraphen ist die Vorgabe, dass auch Ärztenetze von den KVen ein Honorarvolumen, ähnlich wie eine spezielle Arztgruppe, zugeteilt bekommen sollen. Das liest sich so: „Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.“

**Was bedeutet das für uns, die Ärztegenossenschaften in Deutschland?** Zunächst liegt hierin eine Anerkennung für die Arbeit der kooperativen Versorgungsformen von Ärztenetzen und -genossenschaften, dass deren Begrifflichkeiten nun in den Gesetzestext Eingang gefunden haben. Gleichzeitig

bedeutet es, dass die Arbeit diese Verbände unter das Dach der großen Körperschaft KV gestellt werden soll. Die Patientenversorgung durch ein Ärztenetz ist dann nicht mehr die Alternative zur Versorgung im KV Bereich, sondern es wird zu einer Variante innerhalb der KV-Versorgung. Die Eigenständigkeit, die sich Praxisnetze und Ärztegenossenschaften innerhalb der letzten zehn Jahre erarbeitet haben, wird in den Reglementierungsmantel einer Körperschaft des öffentlichen Rechts gesteckt. Das hat Auswirkungen auf das freie und eigenständige Wirtschaften der Verbände und langfristig auch Auswirkungen auf die inhaltliche Arbeit.

**Ärzteneetze und Genossenschaften sollten sich somit jetzt klar darüber werden, wer sie sind, und was sie eigentlich wollen!** Erinnern wir uns: Gegründet wurden die Ärztegenossenschaften als freidenkende und unabhängig handelnde, klare Alternative zum körperschaftsgebundenen KV-System. Die ärztliche Kooperation und das gemeinsame Handeln, im Sinne des genossenschaftlichen Gedankens, standen von Anfang an auf den Fahnen dieser Organisationen. Die Eingliederung solcher wirtschaftlich tätigen Betriebe und die inhaltliche Einengung durch das KV-System sind nicht im eigentlichen Sinne der Genossenschaften. Denn: Wie das KV-System funktioniert, welche Implikationen und auch Querelen damit verbunden sind, weiß jeder von uns.

**Es stellt sich die Frage ob die von uns gegründeten Organisationen sich an dem Gerangel um Geld und Macht innerhalb der KV beteiligen wollen.** Ich persönlich sage: Nein! Die Einbindung in das KV System kann der Entwicklung des Netzgedankens nicht gut tun. Erwartete oder zu erhoffende kurzfristige finanzielle Vorteile für Netzstrukturen werden bezahlt mit dem Preis, dass die kooperative, vernetzte Patientenbehandlung inhaltlich Teil der KV-Regelversorgung wird. Unsere Vorleistung wird lautlos in das KV System integriert. Die KVen sehen diesen Sachverhalt von ihrer Seite aus ganz ähnlich. Die Vorgabe, Gelder aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung an Ärztenetze auszuzahlen, wird zu Recht kritisch begutachtet und beeinträchtigt die Stabilität des derzeitigen Status quo.

**Wenn die Politik die Richtigkeit der kooperativen Patientenversorgung sowie des Netzgedankens, erkannt hat, so soll sie diesen Organisationen den rechtlichen Rahmen bieten, in dem freie Verhandlungen mit den Kostenträgern zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen.** Die rechtlichen Veränderungen innerhalb der letzten zehn Jahre haben diese Möglichkeiten eher erschwert und zu deutlich mehr Bürokratie geführt. Dies muss anders werden. Hierin sehe ich den Weg, den die Politik gehen sollte, wenn sie Netzstrukturen und kooperative Versorgung der Patienten fördern will. Wenn man uns

allerdings beherrschen und einschränken will, dann gliedert man uns am besten in die KV ein!

**Der Zusammenschluss der Ärzte in Genossenschaften ist Ausdruck ihres Willens freiberuflich tätig zu sein, unabhängig von Krankenkassen, unabhängig von Körperschaften.** Diese Freiberuflichkeit ist den Ärzten per Gesetz garantiert. Lassen Sie uns nicht müde werden, diesen Punkt von der Politik einzufordern, lassen wir uns nicht einkaufen in ein System, dessen quälende Einengung jeden von uns belastet, bleiben wir unseren Grundsätzen treu, auf denen wir uns zu Netzen und Genossenschaften zusammengeschlossen haben!

### Große Solidarität der Praxisnetze

■ Die Solidarität unter den Arztnetzen in Schleswig-Holstein ist hoch. Das betont Stefan Homann, Erster Sprecher und Geschäftsführer des Dachverband der Praxisnetze Schleswig-Holstein (DPN-SH). Die gute Kooperation betreffe z. B. den Informationsaustausch und den Transfer von Knowhow. Fusionen kleinerer oder auch größerer schwächerer Netze seien angedachte Szenarien, so Stefan Homann. Er hält Anschubfinanzierungen durch die KVSH über die jährliche Fördersumme hinaus für kleinere sowie für strukturell noch nicht so weit entwickelte größere Arztnetze für hilfreich und sinnvoll. Diese Netze müssen den Anschluss an eine professionelle Entwicklung halten, um anerkannt und gefördert zu werden. Der DPN-SH arbeite daran, gerade für diese Netze bestmögliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

(Sie lesen den Beitrag auf Seite 6)

Deutsche Post  
INFOPOST

BVÄG / Chausseestraße 119b  
10115 Berlin

### ■ Beschneidung der Verordnungsfreiheit

perspectiv-Tischgespräch Seiten 4/5



■ Vorstand und Vertriebsleitung von Q-Pharm standen Rede und Antwort zu aktuellen Fragen des Arzneimittelmanagements und der -Therapiesicherheit. Dabei wurden Gründe genannt, die es erfordern, weiterhin aufzuklären und politisch wieder hörbarer zu werden, um die Positionen der freien Ärzteschaft zu untermauern.

### ■ Vorbereitung auf den Geriatrie-Patienten

Vortragsreihen Seite 6



■ Mit der Vortragsreihe „Der geriatrische Patient“ bietet die ÄG Nord Hausärzten und Praxisteams eine wichtige Hilfe bei der EBM-Umsetzung an. Der Referent Dr. Svante Gehring versteht es, die Teilnehmer für die Thematik „Geriatrisches Basisassessment und Arzneimittelcheck bei multimorbiden Senioren“ zu sensibilisieren.

### ■ Chronische Wunden und Praxis-Hygiene

Seminartermine der ägnw Seite 8



■ Die ägnw-direkt, Servicetochter der Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen eG (ägnw), bietet auch in der zweiten Jahreshälfte Seminare und Schulungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte an. Auf dem Programm stehen regionale Termine zur Behandlung chronischer Wunden sowie zur Hygiene in der Arztpraxis.

Der Kommentar

## Kommunale Eigeneinrichtungen: Lösungsmodell bei drohender hausärztlicher Unterversorgung

Von Thomas Rampoldt, Geschäftsführer der Ärztegenossenschaft Nord eG

■ Eine angespannte Versorgungssituation begegnet uns in ganz Deutschland in ländlichen Regionen und hier insbesondere bei der hausärztlichen



Thomas Rampoldt

Versorgung. Gerade auf dem Land sind die Hausärzte häufig in Einzelpraxen tätig. Soll hier ein Praxisnachfolger gefunden werden, ist dies in der Regel fast unmöglich. Hauptgrund ist der Wunsch der nachrückenden Ärztegeneration, das Berufsleben ausgewogen mit dem Privatleben gestalten zu können.

Hinzu kommt, dass immer mehr Frauen eine medizinische Ausbildung absolvieren, die nach Arbeitsbedingungen suchen, bei denen sich Familiengründung und Arbeitsleben vereinbaren lassen. Außerdem steht häufig das Bedürfnis nach wirtschaftlicher Sicherheit bei jungen Medizinerinnen vor den Möglichkeiten und Chancen einer selbstständigen freiberuflichen Tätigkeit. All dies sind Erwartungen, die sich mit dem Betrieb einer hausärztlichen Einzelpraxis auf dem Land nicht realisieren lassen.

Bemühungen, auf dem Land in Einzelpraxis tätige Hausärzte zu bewegen, sich gemeinsam mit Kollegen in die Struktur einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis zu begeben, scheitern häufig. Der Hauptgrund ist, dass bereits nach langjähriger Tätigkeit nur noch wenige Berufsjahre für die Neustrukturierung zur Verfügung stehen und mit der Neugestaltung zusammenhängende

Investitionskosten ebenso wie veränderte Arbeitsbedingungen gescheut werden.

Eine Lösung für diese Probleme kann eine kommunale Eigeneinrichtung sein. Erkennt eine Kommune den Wert der hausärztlichen Versorgung in räumlicher Nähe für die Bevölkerung und ist sie bereit zum Erhalt der Attraktivität der Region in diese Versorgung zu investieren, so ist diese Eigeneinrichtung eine gute Option. Dafür sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) Abs. 5 SGB V beschrieben. Danach können Kommunen mit Zustimmung der KV in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen betreiben. Eine nachweislich drohende Unterversorgung (z. B. weil die Hausärzte auf das Ende ihrer Berufsausübung zusteuern) kann ein solcher Ausnahmefall sein.

Hat die KV ihre Zustimmung zur Etablierung einer kommunalen Eigeneinrichtung erteilt, so ist als nächstes eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beim zuständigen Zulassungsausschuss zu beantragen. Für Ärztegenossenschaften ergibt sich hieraus insofern eine Chance, weil die Kommunen in der Regel nicht über das Knowhow einer Praxisführung verfügen. Dann kann sich die Ärztegenossenschaft als Dienstleister für die Projektphase sowie auch für die Geschäftsführung einer solchen Organisation anbieten. Möglich ist dies, weil es sich bei der kommunalen Eigeneinrichtung immer um eine rechtlich selbstständige Struktur, zum Beispiel in einer gemeinnützigen GmbH (gGmbH) handeln wird.

In Schleswig-Holstein laufen derzeit drei Pilotprojekte an der Nordseeküste (s. Bericht auf der Rückseite), zu denen die

Ärztegenossenschaft Nord in einem ersten Schritt den Projektauftrag erhalten hat. Aufgabe der ÄGN ist es, Vorverträge mit den teilnahmebereiten Ärzten zu schließen, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der zukünftigen Einrichtung in einem Businessplan abzubilden (inkl. Raumplanung, Kosten für Um- oder Neubau, sonstige Investitionskosten, wie med. Geräte oder Praxis-EDV), ein Überführungskonzept der alten Einzelpraxen in eine Gemeinschaftspraxis zu entwickeln sowie Gesellschaftsverträge für die kommunale Eigeneinrichtung und Anstellungsverträge für die Ärzte und die MFAs vorzubereiten.

ärzte genossenschaft Nord eG

Im letzten Schritt wird sich die ÄGN darum bewerben, die Eigeneinrichtungen im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrags geschäftsführend zu betreuen, bis hin zur Bereitstellung einer Praxismanagerin, die die drei geplanten Einrichtungen kontinuierlich begleiten soll und mögliche Probleme im Praxisbetrieb an die ÄGN rückkoppeln soll.

Die Chancen für eine Ärztegenossenschaft sind also groß, solche Projekte mitzugestalten. So ist es der ÄGN gelungen, dass die Kommunen sich bereiterklärt haben, im Rahmen der Gesellschaftsverträge der Eigeneinrichtungen Regelungen aufzunehmen, die es den angestellten Ärzten jederzeit ermöglichen sollen, die Tätigkeit in der Eigeneinrichtung auch als selbstständig tätiger Freiberufler auszuüben und selbst eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu erlangen.

## Bitte vormerken: „Parlamentarisches Frühstück 2014“

■ Voraussichtlich zum 25./26. September dieses Jahres wird der BVÄG die Mitglieder von Ärztegenossenschaften und Vertreter von Praxisnetzen zum 4. Parlamentarischen Frühstück nach Berlin einladen. Zentrales Thema wird der § 299a Strafgesetzbuch in seiner geplanten Form (Ausweitung des Korruptionsstraftatbestands auf Ärzte) mit seinen möglichen Auswirkungen auf die freie Ärzteschaft und die Patientenversorgung sein.

Das Parlamentarische Frühstück 2010, 2011 und 2012 hatten jeweils großen Zuspruch erfahren. In Berlin bietet der BVÄG – mit Unterstützung der ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm – auch in diesem Jahr die gute Gelegenheit, direkt mit gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern ins Gespräch zu kommen.

## Neuer Vertrag

■ Das ÄrzteNetz Hamburg hat einen Kooperationsvertrag mit Deutscher Ring/Signal Krankenversicherung im Rahmen eines bundesweiten Pilotprojekts in den Praxen des ÄrzteNetzes Hamburg umgesetzt. 60.000 Vollversicherte sind einbezogen; Start war am 01. April, teilte die Sprecherin des Ärztenetzes Dr. Christamaria Schlüter mit. Vertragsziel ist u. a. eine fach- und sektorenübergreifende Versorgung mit hoher professioneller Qualität und Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Teilnehmer sind Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Apotheken, Physiotherapeuten, Pflegeheime und Sanitätshäuser.



Liebe Leserinnen  
und Leser,

diese Online-Version der *perspectiv* enthält Weißflächen, da die hier platzierten Arzneimittelinformationen der Printausgabe gemäß Arzneimittel- und Heilmittelwerbegesetz nur Fachkreisen zugänglich und nicht öffentlich einsehbar sein dürfen.



# „Intelligente Methode“: Vernetztes Arbeiten und Kooperationen

**Informatives Partnertreffen mit interessanten Referaten aus den Reihen der Ärztegenossenschaften  
Überraschungsgast B. Witzer zum Umgang mit Risiken**

Sehr konstruktiv und offen verlief das jüngste informative Treffen der Q-Pharm mit den ärztegenossenschaftlichen Partnern. Überraschungsgast am Vorabend des Hamburger Partnertreffens war die Kommunikationswissenschaftlerin Prof. Dr. Brigitte Witzer (Berlin). Sie stellte sozusagen als gute Einstimmung auf die inzwischen bereits traditionelle Zusammenkunft ihr Konzept einer „Risikointelligenz“ vor. – Brigitte Witzers Credo: Die Bewältigung von Problemen und Risiken sei mental entwickelbar, so dass daraus Chancen und Vorteile entstehen, wie z. B. mehr Lebensqualität, Vitalität und Entspannung. Die positive Umkehr von Risiken seien in erster Linie durch vernetztes Arbeiten und Kooperationen, eine optimale Teamführung sowie szenarisches Denken erreichbar, so Witzer.

Eine maßgeschneiderte Software-Lösung für das Projekt „VitaLev“ im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG stellte dessen Geschäftsführer Dr. Manfred Klemm vor. Bei „VitaLev“ handelt es sich um eine Software, die eine optimale Abstimmung von Therapie und Betreuung bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie von multimorbiden Patienten ermöglichen soll. Die Ärzte des Regionalen Gesundheitsnetzes haben hierzu ein praxistaugliches Versorgungskonzept mit standardisierten Anamnese-Routinen, Risikoprofilen und Behandlungspfaden entwickelt. Dieses ermöglicht ein koordiniertes und zielgerichtetes Vorgehen, welches dabei helfen soll, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kosten zu minimieren. Die dazu gehörende Software des Systementwicklers MicroNova AG ist mit allen gängigen Arztinformationssystemen kompatibel und wird bereits seit Mitte März in den an VitaLev teilnehmenden Praxen installiert. Für die zum Gesundheitsnetz gehörenden Praxen entstehen keine Kosten.

Die neue regionale Initiative zur Versorgungsverbesserung von Pflege- und Seniorenheimen im Raum Hochsauerlandkreis und Soest stellte Dr. Hans-Heiner Decker vor. Er ist Vorstandssprecher der Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe eG (ÄGWL) und Leiter der Bezirksstelle Arnsberg der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KWVL). Die Initiative soll den Wissens- und Informationsaustausch zwischen den an der medizinischen Versorgung von Heimen beteiligten Fachkräften verbessern. Zudem ist beabsichtigt, mit einem umfassenden neuen Versorgungskonzept die Heimversorgung der Patienten zu verbessern, um damit künftigen Herausforderungen gerecht zu werden. Inzwischen gab es zwei entsprechende Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen für Ärzte, und zwar zunächst zu den Komplexen Morbus Alzheimer und dessen Differenzialdiagnosen. Weitere Termine folgen, die sich an Ärzte und das Pflegepersonal richten.

Dr. Eckehard Meissner, Mitglied der ÄG Nord und Vorstandsmitglied der Q-Pharm, stellte das neue Konzept zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Schleswig-Holstein vor. Er legte in seinem Vortrag den Schwerpunkt weniger auf die fachlichen Hintergründe, sondern auf die methodische Herangehensweise. Diese umfasst vor allem die bereits laufende Serie von AMTS-Workshops in den Ärztenetzen sowie die vorgesehene Anbindung an das ärztegenossenschaftliche Dialogpartnerinnen-System (Lesen Sie bitte zum Thema AMTS weitere Informationen auf Seite 7).

Über „Risikomanagement“ sprach Q-Pharm-Vorstandsmitglied Christoph Meyer vor dem Hintergrund der Diskussion um mögliche Auswirkungen des geplanten § 299a. Er schilderte, was seitens der ärztegenossenschaftlichen Q-Pharm alles unternommen wird, um die Sachlage in fachlichen Gesprächen und Kontakten zu klären bzw. dadurch auch fruchtbaren politischen Einfluss zu nehmen. Damit könne erreicht werden, die vermeintlichen Gefahren nicht zu einer Lähmung des bewährten Q-Pharm-Systems führen zu lassen, sondern aus der Situation auch konstruktiv Chancen zu entwickeln. HN/fc



Interessierte Teilnehmer in einer der jüngsten Informationsveranstaltungen zum Versorgungs- und AMTS-Konzept für Patienten in Senioren- und Pflegeheimen im Bereich der Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe eG (ÄGWL)

# Gut informiert mit dem neuen **Q-info** Service

Damit die Arzneimittelinformationen der Q-Pharm in der täglichen Flut an Post nicht untergehen, machen die mit einem Info-Punkt versehenen Postkarten nun eindeutig auf sich aufmerksam.



Neben Informationen zu bestehenden und neuen Arzneimitteln, wird Q-Pharm auch dann informieren, sobald ein Arzneimittel nicht mehr im Handel erhältlich sein wird. Alles in allem eine runde Sache, mit der die Ärzte noch besser in ihrem Medikationsprozess unterstützt werden.

## Neue Arzneimittelliste: Q-Pharm-Präparate schnell im PVS finden

Q-Pharm hat im April die neueste seiner vierteljährlich erscheinenden Arzneimittel-liste an rund 23.000 Arztpraxen gesandt. Im Textteil werden wichtige Tipps zur schnellen Recherche von Q-Pharm-Arzneimitteln im Praxisverwaltungssystem gegeben. Darüber hinaus liegt der Arzneimittelliste eine Recherche-Hilfe bei, die Sie zur Unterstützung am Arbeitsplatz einsetzen können.

Diese und weitere Praxishilfen stehen online auf [www.q-pharm.de](http://www.q-pharm.de) in der Rubrik Downloads zur Verfügung. – Weitere Exemplare der Arzneimittelliste erhalten Interessenten kostenfrei auf Anforderung; bitte per E-Mail melden: [patryk.kolber@q-pharm.de](mailto:patryk.kolber@q-pharm.de)

# Neuer Netzmanager: Förderung und Betreuung von Kooperationspartnern in fünf Bundesländern

**Dr. Stefan Mertelmeyer trägt zur Umsetzung der Q-Pharm-Philosophie bei**

Der promovierte Chemiker und Betriebswirt Stefan Mertelmeyer hat am 1. April seine Funktion als Regionalleiter des Netzmanagements für den Bereich Mitte/Süd bei Q-Pharm übernommen. Der 47-Jährige ist für die Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden Württemberg und Bayern



Dr. Stefan Mertelmeyer

zuständig. Sein Aufgabenspektrum umfasst die informative Werbung für Kooperationen bei Ärztenetzen und ähnlichen Verbänden niedergelassener Ärzte, und zwar im Einklang mit der Philosophie und den Zielen von Q-Pharm.

Zudem ist Dr. Stefan Mertelmeyer mit Sitz in Bebra (Osthessen) für die Förderung und kontinuierliche Betreuung gewonnener Kooperationspartner in gemeinsamer Projektarbeit im Sinne von Versorgungslösungen gemäß SGB V zuständig.

Stefan Mertelmeyer versteht sich als „echter“ Netzwerker mit insgesamt 17 Jahren Erfahrung als Fachreferent in pharmazeutischen und ärztlichen Projektbereichen, insbesondere bei der Etablierung regionaler Versorgungskonzepte. Als strategischer Denker mit guten Branchenkontakten geht er analytisch und konzeptionell vor. Unter anderem ist er als Qualitäts- sowie Versorgungsmanager im Gesundheitswesen zertifiziert.

Auch „perspectiv“ wünscht dem neuen Mitarbeiter viel Erfolg!

# Über die Zukunft des Arztberufes

perspectiv-Gespräch um schädliche Tendenzen, Beschneidung der Verordnungsfreiheit und die Rolle von Q-Pharm  
Geplanter Strafparagraph 299a: „Notwendig, die Formulierung noch einmal zu überdenken“

■ Die beiden Q-Pharm-Vorstände, die Ärzte Christoph Meyer und Dr. Eckehard Meissner, sowie Vertriebsleiter Helmut Nissen standen Rede und Antwort zu aktuellen Problemstellungen im Bereich des Arzneimittelmanagements und der -Therapiesicherheit. In dem Gespräch mit Redakteur Friedhelm Caspari wurden viele Gründe genannt, die es nach Ansicht der Interviewten erfordern, weiterhin aufzuklären und von ärztlicher Seite politisch wieder hörbarer zu werden, um die Positionen einer unabhängigen Ärzteschaft zu untermauern.

**perspectiv:** Wie ist Ihre Meinung zu Tendenzen, mit denen der Arzt speziell im Bereich der Medikamentenverordnung zum Erfüllungsgehilfen des Staates degradiert wird; wie bedroht ist die Freiheit ärztlichen Handelns?

**Chr. Meyer:** Ich denke hierbei vor allem an den geplanten Strafgesetz-Paragraph 299a. Hier gilt es, und das ist notwendig, die betreffenden Parteien soweit aufzurütteln, dass sie die Formulierungen des Paragraphen noch einmal überdenken hinsichtlich ihrer Reichweite und Bedeutung. So haben sich die Ärztenossenschaften an den Genossenschaftsverband gewandt und diesen für die Auswirkungen der geplanten Gesetzesänderung sensibilisiert. Denn diese hätten zur Folge, dass sehr viel Engagement und geplante wirtschaftliche Aktivitäten der Ärzte pauschal kriminalisiert werden. Unsere große Sorge ist, dass 14 Jahre konstruktives und absolut legales Mitwirken der Q-Pharm im Gesundheitswesen möglicherweise mit einem Federstrich illegal gemacht werden könnte. – Überhaupt ist das, was wir in den vergangenen Jahren erlebt haben, eine unerträgliche Ansammlung von Opportunitäten. Der niedergelassene Arzt soll sich immer so verhalten, dass es der Allgemeinheit nützt und die Kosten nicht erhöht werden. Und dieser Opportunität opfert man unter Umständen wesentliche Rechte, wie Verordnungsfreiheit und Therapiefreiheit. Das sind schon ganz massive Eingriffe. Das Opportunitätsprinzip wird dabei solange angewandt, wie kein Aufschrei und keine Gegenwehr erfolgt.

**H. Nissen:** Diese Opportunität fängt bereits früh an – schon bei der Frage, wie stelle ich Kostenzusammenhänge nach außen dar.

**Dadurch greift wohl auch das Unwesen der intransparenten Rabattverträge weiter um sich, was sind die Folgen?**

**Chr. Meyer:** Dr. Christopher Hermann, der AOK-Vorsitzende in Baden-Württemberg sagt, dass die Rabattverträge zu einer ganz hohen Sicherheit in der Arzneimittelversorgung beitragen. Doch gerade das ist fahrlässig, nämlich die Therapiefreiheit mit den Rabattverträgen zu kombinieren. Das ist gewagt.

**H. Nissen:** Beim Rabattsystem gibt es vielfach bis zu drei 'Gewinner' bei den Ausschreibungen. Also ist damit auch eine Beliebigkeit bei der Verordnung eingebaut, die durchaus den Arzt zu sensibilisieren Verschreibungen führen sollte, also auch beim Rabattwesen braucht man das aut-idem-Kreuz zur Therapiefreiheit.

**E. Meissner:** Ich mache das einmal sinnbildlich deutlich: Wenn die Krankenkasse sagt,



Im Gespräch mit perspectiv: Christoph Meyer, Dr. Eckehard Meissner und Helmut Nissen (v. l.)

dass AMTS für die Kasse wichtig ist und gleichzeitig einen Rabattvertrag abschließt, dann ist das so, als ob ein Mann mit einem Eimer voll Öl auf ein brennendes Haus zuläuft und sagt, dass er damit löschen wolle. Und dass Rabattverträge dem Gesamtsystem Geld einsparen, ist eine These und nicht belegt. Es gibt bisher nur Studien, die das Gegenteil zeigen.

**Chr. Meyer:** Und im Falle der gescheiterten rechtzeitigen Impfstoff-Versorgung 2012/2013 aufgrund von Rabattverträgen wird von der AOK in Schleswig-Holstein behauptet, dass gar kein Schaden entstanden sei. Das Problem ist schlichtweg, dass wir Ärzte die Zahlen nicht generieren können und die einzigen, die das könnten, sind die Krankenkassen. Diese müssten gezwungen werden, über den Medizinischen Dienst herauszulesen, wie viele stationäre Mehreinweisungen wir z. B. wegen schwerer Bronchitis oder schweren grippalen Infekten hatten. Interessant ist, dass wir trotz dieses milden Winters eine unerwartet hohe Anzahl grippaler Infekte hatten. Ob da nicht vielleicht doch ein Zusammenhang besteht zu der Impfmöglichkeit vor zwei Jahren? Schwer nachweisbar, weil uns die „Hebel“ fehlen, aber das zeigt exemplarisch, wo es hinläuft.

„Dass Rabattverträge Geld einsparen, ist eine These“

**H. Nissen:** Bei Rabattverträgen wird das Pareto-Prinzip missachtet, denn auch hier kann man sagen, dass gerade bei den generischen Arzneimitteln 20 Prozent der Substanzen 80 Prozent der Kosten ausmachen. Das ist zwar nicht wissenschaftlich nachgewiesen, aber Pareto gilt mehr oder weniger überall. Nun strebt man sogar danach, auch die kleinsten generischen Substanznischen per Rabattvertrag zu regulieren. Das erzeugt ineffiziente Komplexitätskosten, und das, obwohl die Generikaindustrie selbst nur 7,5 Prozent am deutschen Gesamtarzneimittelmarkt ausmacht.

**Zum Pilotcharakter-Modell „Armin“, das ist die gerade gestartete Arzneimittelinitiative in Sachsen/Thüringen von ABDA-KBV: Öffnen sich damit neue Tore bei der Beschneidung der ärztlichen Verordnungsfreiheit?**

**E. Meissner:** Eindeutig kann das für die Kollegen juristisch nach hinten los gehen, denn der Apotheker weiß nicht um die konkrete Indikation und er kann ein Mittel abgeben, dass für die vom Arzt geplante Indikation überhaupt nicht zugelassen ist. Das Substitutionspräparat muss nach dem SGB V nur mit 'einer Indikation' des verordneten Präparats übereinstimmen. Es würde also für den Arzt ein „Off-Label-Use“ bedeuten. Das zweite Problem ist, dass der verordnende Arzt über alle Nebenwirkungen und Risiken aller möglichen Substitutions-Präparate aufklären muss. Die Kollegen können sich dann quasi nur noch aussuchen, ob sie vom Sozialrichter mit einer Geldstrafe stehen wollen oder vor einem Strafgericht mit Gefängnisstrafe.

**Chr. Meyer:** Ich kann ohnehin nicht sehen, dass der Apotheker auf dieser neuen Basis in der Lage ist, das kostengünstig zu steuern.

**Gibt es hierbei überhaupt noch die Möglichkeit des aut-idem-Ankreuzens?**

**Chr. Meyer:** Klar und abgesichert ist – das Recht auf aut-idem kann nicht beschnitten werden. Auch beim Armin-Versuch nicht, denn die Entscheidung fällt der verordnende Arzt ja bereits vorher. Er geht den verantwortungsvollen, aber ihm 'madig gemachten' Weg, indem er sich für ein spezielles Arzneimittel – und dann auch für einen Hersteller – entscheidet, und das letztlich ganz bewusst im Sinne der Indikation des Patienten, in der Regel des chronisch Kranken, und sichert diese Verordnung mit dem aut-idem-Kreuz ab. Dann ist dieses eine Vorgehensweise, die für alle Langzeittherapien und multimorbiden Patienten angemessen und korrekt ist. Oder er geht den ihm verheißungsvoll angebotenen leichten Weg, indem er einfach nur die Substanz aufschreibt, und sagt damit, macht was ihr wollt, mit den möglichen Konsequenzen, auf die Kollege Meissner soeben hingewiesen hat. Doch diese Beliebigkeit darf es in diesem System nicht geben.

**H. Nissen:** ... mit dem vergifteten Köder, von Regress befreit zu sein; das ist wohl die eigentliche Verlockung.

**Was hat es eigentlich mit einer sogenannten aut-idem-Quote auf sich?**

**E. Meissner:** Die gibt es offiziell gar nicht; eine aut-idem-Quote ist juristisch, also sozialrechtlich und berufsrechtlich, nicht zu halten.

**Chr. Meyer:** Es gibt aber eine Grundlage, dass Kostenträger und KVen regional ein Arzneimittelbudget darüber vereinbaren können, wie man Arzneimittel in der Mengenausweitung begrenzen möchte. Darauf hat dann im Zweifelsfall die einzelne KV mit den Kostenträgern auch eine Quotierung des aut-idem-Ankreuzens einbezogen. Aber das steht rechtlich auf sehr schwachen Füßen. – Zum Regress ist noch zu sagen: Wir haben Einblick in die bundesweiten Verordnungszahlen. Danach ist der Gebrauch des aut-idem-Kreuzes generell nicht sehr hoch. Insofern wird es eher unwahrscheinlich sein, dass es zu einem Fall kommt, bei dem ein Arzt wegen Überschreitens einer solchen nicht legal vereinbarten aut-idem-Quote in Regress kommt.

**H. Nissen:** Die Verteilung der Kreuze wird von der KV und anderen Institutionen ausgewiesen. Da zeigt sich eine Spreizung über alle per aut-idem verordneten Medikamente von zehn bis 20 Prozent. Das belegt eindeutig, dass man so etwas nicht regulieren darf oder muss, denn die Ärzte gehen bewusst damit um! Wenn Regulierung, dann hängt das sicherlich stark von der Patientenstruktur ab, also von der Frage, wie viele multimorbide oder chronisch kranke Patienten habe ich. – Übrigens: Auch seitens der Krankenkassen braucht man das Kreuz, und das wird sogar sehr aktiv gefördert. Es wird, gerade unter dem Einfluss der Rabattverträge, von diesen durchaus gesagt, 'ihr sollt das Kreuz setzen', quasi für die Rabattverträge. Auch das zeigt, dass jede Festsetzung, also eine Quote, eine Beliebigkeit und Willkür darstellt, die unserem Anspruch der AMTS für multimorbide und chronisch kranke Patienten nicht Rechnung trägt.

„...dann wird die Therapiefreiheit beerdigt“

**Chr. Meyer:** Das ist ein ernstes Thema! Auch solche Arzneimittelvereinbarungen von KV und Kostenträgern auf Landesebene, bei denen bestimmte Anteile von Arzneimitteln bzw. Substanzen eingehalten werden sollen. Das ist vielleicht für ein ganzes Bundesland herzuweisen, aber doch nicht für eine Einzelpraxis. Doch diese wird dann nach dieser übergeordneten Verhältnismäßigkeit bewertet.

**E. Meissner:** Die große Gefahr ist, dass jede Quotierung oder Regelung dazu führen wird, dass die Kollegen sagen: 'Arzneimitteltherapie ist mir gleich', auch wenn sie diese jetzt noch alle für wichtig halten.

**Chr. Meyer:** Und die Gefahr ist groß, dass Kolleginnen und Kollegen sich diesen Ansätzen nicht widersetzen, also Systeme befördern, die auf die zwangsweise Datenerhebung hinauslaufen. Die lückenhafte Ermittlung der wirklichen Verordnungen führt zur Zwangserhebung und in Folge zur Anweisung, was bestimmten Patienten nicht mehr verordnet werden darf. Dann wird die Therapiefreiheit wirklich beerdigt. Dann muss sich der Arzt auf ein neues Berufsbild einstellen, dann sind wir beim staatlich Beauftragten.



In diesem Zusammenhang gilt es sicherlich, das Prinzip der Q-Pharm weiterhin gegen alle Angriffe und Vorwürfe zu verteidigen, auch um die Sicherheit um dieses Kooperationsmodell zu verstärken. Hat es die Fähigkeit, weitere mögliche Attacken zu überstehen und gestärkt daraus hervorzugehen?

**Chr. Meyer:** Q-Pharm ist nie selbstverständlich gewesen; auch Ärztegenossenschaften, die die Träger und Beflügelte des Q-Pharm-Prinzips sind, sind bis zum heutigen Tag nicht selbstverständlich. Beides hat immer vorausgesetzt, dass sich eine Gruppe von Ärzten sehr engagiert einsetzt und diese Idee am Leben erhält. Ganz anders die Körperschaftlich verfassten Organe, die eine Art Selbstleben betreiben, egal, ob ich mich als Arzt dort engagiere oder nicht. Q-Pharm und Ärztegenossenschaften benötigen das intensive Engagement von Ärzten, immer wieder und jeden Tag neu. Das hat dazu geführt, dass Q-Pharm am Markt und in der Zeit geblieben ist. Wir haben uns weiterentwickelt. In den ersten der bisher 14 Jahre Existenz haben wir die preiswertesten Generika angeboten, weil das notwendig war, um die Kolleginnen und Kollegen bei ihren Verordnungen zu entlasten, weil die Generikapreise teilweise noch sehr hoch waren. Dann gab es die Welle vieler Neueinführungen, die auch zur Unübersichtlichkeit geführt hat, wobei Q-Pharm deshalb ein guter Partner war, weil wir das nur im Bereich der sinnvollen Präparate mitmachten. Deshalb ist unser Angebot sicherlich etwas schlanker, aber wir arbeiten an der Verbreiterung.

„Beliebigkeit darf es in diesem System nicht geben.“

Bereits vor 13 Jahren hat der gesundheitspolitische Sprecher der SPD in Berlin gesagt, Q-Pharm könne nicht legal sein – und wenn doch, dann müsse man es illegal machen! Wenn ich mir die Hetzjagd heute ansehe, wie gegen engagierte Ärzte, die sich in Netzen und Genossenschaften, gerade im Sinne vieler Paragraphen des SGB V, wirtschaftlich betätigen, da kann man nur den Kopf schütteln. Wo sind wir da hin geraten? Die ärztliche Vernetzung muss, um die geforderte und gewünschte Professionalität abbilden zu können, auch letztlich über Geld verfügen. Genau das wird aber nicht zur Verfügung gestellt, also müssen die Netze und Ärztegenossenschaften es selbst erwirtschaften. Dieses droht nun kriminalisiert zu werden. Das ist eine große Herausforderung und Bewährungsprobe.

**E. Meissner:** An dieser Stelle muss man Kollegen wie beispielsweise Rainer Woltmann in Niedersachsen herausheben und danken. Diese sind zu bewundern und zu bedauern für das, was sie über sich ergehen lassen müssen, und zwar ohne eine juristische Grundlage. Sie werden von den Kostenträgern und auch noch von unseren sogenannten Interessenvertretungen immer wieder angegriffen, weil sich sie engagieren und solche wichtigen Gelder für die Vernetzung und Patientenversorgung erarbeiten, ohne sich dabei in irgendeiner Weise persönlich zu bereichern!

**Wie effektiv hat Q-Pharm denn bisher gearbeitet?**

**H. Nissen:** Vorweg gesagt – wir empfinden

uns quasi als die Erfinder von aut-idem. Das hatte ursprünglich eine andere Bedeutung und wurde anders eingesetzt. Aber das sehr bewusste Umgehen mit dem Kreuz ist heute politischer denn je! Verordnungsfreiheit, Therapiehoheit und Arzneimitteltherapiesicherheit sind damit wichtiger denn je. Für uns ist das nicht ein Kreuzchen, das unsere wirtschaftlichen Interessen bedient, sondern ein Kreuz aus reiner Verantwortung für den Patienten. Und dieses Verständnis der Freiheit hat Q-Pharm sehr früh und aktiv angenommen.

**Chr. Meyer:** Also ganz eindeutig – es ging und geht es um die bewusste Handhabung der Verordnung.

**H. Nissen:** Dabei wurde Q-Pharm leider oft missverstanden. Weil wir aus der Genossenschaft stammen, weil wir mit Netzen kooperieren, wird vermutet, dass der Einzelarzt quasi die automatische Verpflichtung habe, nur Q-Pharm zu verordnen. Doch das ist nicht unsere Mentalität. Denn wir sind dafür da, die Dinge klarzumachen und für den Patienten Lösungen zu etablieren. Deshalb versuchen wir, die Ärzte davon zu überzeugen, dass Q-Pharm diese größere Idee verfolgt.

**Q-Pharm kniet sich unterstützend besonders stark in die AMTS hinein, wie wird das Workshop-Angebot angenommen?**

**E. Meissner** (red. Anm.: Dres. Meissner und Svante Gehring sind die Hauptreferenten): Das stößt auf großes Interesse in schleswig-holsteinischen Netzen. Es sind bisher viele Kolleginnen und Kollegen gekommen, die sonst weniger zu Netzveranstaltungen erscheinen. Fast jeder Arzt wird sagen, dass ihm Arzneimitteltherapiesicherheit wichtig ist; das hat ja auch eine Umfrage von Q-Pharm ergeben. Das ist für die meisten also ein Thema, nur das Problem ist, wie soll man sich dem im täglichen Praxisleben nähern? Es fehlt einfach die Zeit, um die Therapie jeden einzelnen Patienten zu optimieren. Deshalb sind alle bisherigen AMTS-Projekte irgendwie gescheitert, weil sie alle gut, aber in der täglichen Praxis nicht umsetzbar waren. Vielleicht fehlt das Wissen, wie man praktisch an die Problematik herangehen kann. Wir liefern den Einstieg in das Thema.

**Chr. Meyer:** Hierbei setzt auch unser bewährtes System ein, dass wir unsere Mitarbeiterinnen in den Praxen schulen, also die Dialogpartnerinnen, die komplett einbezogen sind als aktiver Teil des AMTS-Projekts. Diese haben, und das muss immer wieder anerkannt werden, sprachlich häufig einen besseren Draht zum Patienten als wir in den wenigen Minuten, die zur Verfügung stehen. Wenn man dem Patienten also klar gemacht hat, dass es wichtig für seine Gesundheit ist, das jeweils verschriebene Medikament regelmäßig und nach Vorschrift einzunehmen, dann gibt es immer noch genügend Fälle, in denen ein Patient fragt, ob das wirklich sein müsse. Diese Zauderei muss man dann überwinden, man händigt das Rezept aus und dann äußert sich plötzlich der Apotheker mit dem Satz 'Es ist eigentlich egal, was ich Ihnen gebe, das kann man alles austauschen'. Dann wird es auf einmal wieder, wie schon mehrfach gesagt, beliebig. Und dann wird die ganze Arbeit, die wir in punkto AMTS in der Praxis geleistet haben, umgestoßen. Wir bauen alle daran, Ärzte, Mitarbeiterinnen und Q-Pharm, damit diese Beliebigkeit nicht einreißt. Aber wir fordern von der verantwortlichen Gesundheitspolitik eben auch, dass sie dieses Problem deutlich ernster nimmt. Bisher haben wir das nicht erkennen können.

**Fehlt es der Politik an Sachverstand oder sind es nur Scheuklappen?**

**Chr. Meyer:** Da kann man zwischen Pest und Cholera wählen – wenn es an Sachverstand mangelt, das wäre der schlimmere Fakt. Wenn man unterstellt, dass sie sich lediglich der Opportunität ergeben, dann wäre das ebenso schlimm. Es ist eine Mischung aus Unfähigkeit, Inkompetenz und Industrieabhängigkeit. Denn es gibt ja auch Hersteller, die interessiert sind am Rabattvertrag, das sind auch die, die bei den Kassen jeden Tag auf den Tisch hauen und sagen 'nun sorgt dafür, dass unser Vertrag gefälligst umgesetzt wird'.

**Wer ist eigentlich die richtige Interessenvertretung für Ärzte, die genau diese Zusammenhänge erklärt, darüber informiert und sich entsprechend durchsetzt, also etwas zu erreichen, ohne dass man in das Negativbild vom Lobbyisten hinein gerückt wird?**

**Chr. Meyer:** Wir sind dankbar, dass das nächste Parlamentarische Frühstück (PF) in Berlin in diesem Jahr in Kooperation mit dem BVÄG wieder möglich sein wird, das unterstützt Q-Pharm wieder gerne. Es ist die einzige Veranstaltung nach unserem Wissen, auf der sich freie Ärztegruppierungen mit gesundheitspolitisch Verantwortlichen treffen können. Unser PF, es ist übrigens das vierte, genießt ganz hohes Interesse. Aber zur eigentlichen Frage: Junge Ärzte kommen in unseren Beruf, sehen gleich die Pflichtmitgliedschaft in einer Kammer und sagen, 'die werden alles für mich tun'. Das tut die Kammer auch, wenn es darum geht, alles zu reglementieren. Das kann man ja auch einsehen. Jetzt kommt der Arzt auf die Idee, sich niederzulassen, dann gerät er in die Fänge und Systematik einer zweiten Körperschaft öffentlichen Rechts, der KV. Er merkt, die wollen auch wieder alles tun, aber wieder anders. Das heißt, die Synchronität zwischen beiden ist nicht vorhanden. Wenn man das erlebt hat, kommt man automatisch zu der Frage 'Wer vertritt mich eigentlich in meinen eigenen Belangen, damit es mir gut geht'. Ja, wir üben diesen Beruf auch aus, damit es uns gut geht, in jedweder Beziehung. Nur so können wir auf Dauer diesen Beruf ausüben. Und das ist der Punkt, um jungen Kolleginnen und Kollegen zu sagen: Dafür brauchen wir eine Ärztegenossenschaft und funktionierende Netze vor Ort, um eben nicht allein zu sein.

„Für uns ist das kein Kreuzchen, sondern ein Kreuz – aus reiner Verantwortung für die Patienten.“

**E. Meissner:** ...zudem sind es die Berufs- und Fachverbände. Die Kollegen in den Körperschaften öffentlichen Rechts wollen zwar das beste, aber solche Institutionen können nicht meine eigenen Interessen vertreten, denn sie vertreten Staatsinteressen.

**Was bedeuten nun Arzneimittel mit Partnerschaft, was bedeutet das für die Partner, warum sollen sie Partner der Q-Pharm sein?**

**E. Meissner:** Es ist allein zunächst schon einmal die Besonderheit, dass zwei Ärzte, die im täglichen niedergelassenen Leben arbeiten, Vorstand einer Arzneimittelfirma

sind. Es gibt zwar genügend Ärzte in allen möglichen Pharmaunternehmen, die aber nicht als Ärzte arbeiten. Deshalb wissen wir sehr genau, was im täglichen Praxisleben gebraucht wird, wo die Probleme sind und können uns dem eher widmen.

**Chr. Meyer:** Es ist das Prinzip 'aus der Praxis für die Praxis'. Wir werden als Unternehmen mit unseren Kooperationspartnern nie Aktionen planen oder umsetzen, die gegen ärztliches Selbstverständnis verstoßen oder die für Ärztinnen und Ärzte unerträglich erscheinen, weil wir bereits im Vorwege solche Dinge abstimmen. Als Beispiel unsere AMTS-Kampagne - wie ist diese praxistauglich umzusetzen? Da ist nicht ein Element enthalten, das praxisuntauglich ist.

**E. Meissner:** Und es ist immer nur ein Angebot.

**Chr. Meyer:** Die Partnerschaft als solche ist ein Angebot an Ärztegenossenschaften und Netze, mit uns zu kooperieren, sich für diesen Gedanken auch stark zu machen. Der Nachteil liegt darin, dass man für dieses partnerschaftliche Miteinander etwas tun muss, also sich bekennen und engagieren.

**Bedarf es genau deshalb nicht noch mehr direkter Kontakte zwischen den Partnern?**

**H. Nissen:** Verstärkt werden muss die gemeinsame Idee. Wir werden oft noch zu sehr als ein Pharmaunternehmen verstanden, das allein zur Beschaffung von Geld dienen soll. Doch es geht um gemeinsame Verantwortung, gemeinsame Gestaltung zukunfts-fähiger Lösungen, denn SGB V öffnet solche Wege, auch wenn leider die Türen durch Genehmigungsverfahren und Beteiligung von Dritten wieder zugeschlagen werden bzw. diese Arbeit dann diskreditiert wird. Das Bekenntnis und Engagement der Partner aber ist das eigene Engagement, um für die jeweilige Region etwas tun zu wollen. Genau deshalb ist unsere Devise 'Arzneimittel mit Partnerschaft' ein Angebot.

**Chr. Meyer:** Wir kommen nun über unsere regionalen Netzwerk-Koordinatoren in die Regionen hinein, weil das Prinzip 'von Ärzten für Ärzte mit Ärzten' eine bestimmte Belastungsgrenze hat. Mehr als zweimal jährlich zum Partnertreffen zu erscheinen ist zum Beispiel schon eine Herausforderung, denn die Teilnehmer kommen alle aus ihren Praxen. Also kommen wir ihnen entgegen mit unseren Netzwerk-Beauftragten, genau das ist praxistauglich und -verträglich. Aus dem Partnertreffen heraus ist übrigens auch der BVÄG entstanden, der eine gerechtfertigte Chance zur Renaissance erlebt.

**E. Meissner:** Partnertreffen dienen dem offenen Meinungs- und Gedankenaustausch, auch von Projektideen, die sich synergistisch nutzen lassen.

**H. Nissen:** Q-Pharm ist zwar eine zentrale Idee, aber kein Zentralismus. Das, was die Partner vor Ort gestalten wollen, wissen diese besser. Deshalb ist das Netzmanagement dafür da, organisatorisch und strukturell Projekte aufzubauen und sie inhaltlich zu begleiten. Das ist unsere Partnerschaft, die unterstützend angeboten wird. Das Partnertreffen dient dazu, aus diesen verschiedenen individuellen Konstellationen den gemeinsamen Nenner als solchen zu erkennen und einen Austausch zu befördern, denn irgendwo haben wir immer die gleiche Aufgabe, das heißt wir verschreiben uns der regionalen Versorgung. Aber es gilt auch zu vermitteln, dass wir eine gemeinsame größere Idee verfolgen, was die Interessenvertretungen der aktiven freien Ärzte ausmacht.

# Kleine und strukturell schwache Netze bedürfen besonderer Förderung!

DPN-SH-Sprecher Stefan Homann: Die Solidarität unter den Netzen ist hoch

■ Auf die Schwierigkeiten, die kleine sowie strukturell noch nicht so weit entwickelte größere Netze haben, hat der Dachverband der Praxisnetze Schleswig-Holstein GbR (DPN-SH) in der jüngsten Vergangenheit wiederholt hingewiesen. Es geht für diese Netze darum, den Anschluss an eine professionelle Entwicklung zu halten und als Praxisnetze anerkannt und gefördert zu werden. „Selbstverständlich arbeitet der Dachverband auch daran, gerade für diese Netze bestmögliche Rahmenbedingungen zu schaffen“, sagt Stefan Homann (Tangstedt), Erster Sprecher und Geschäftsführer des DPN-SH, gegenüber perspektiv.



Stefan Homann

Einzugsgebiet medizinische Versorgung für die Menschen im Land aufrechterhalten.“ Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass die Ärztegenossenschaft Nord das Potential von regionalen Praxisnetzen für die Versorgung schon vor vielen Jahren erkannt habe; diese fördere die Struktur in den Organisationen auf verschiedensten Ebenen. In diesem Zusammenhang ermutigt Stefan Homann „alle Kollegen und Kolleginnen, sich in Netzen zu organisieren oder in ihrer Region ein Netz zu gründen“. Ein regionales gemeinschaftliches Handeln und Austausch schaffe viele Vorteile. Der DPN-SH informiere gerne und begleite dann den Netzaufbau.

**Die zweifelsohne wegbrechende ambulante medizinische Versorgung ist die Herausforderung der nächsten Jahre und Jahrzehnte,** stellte der Dachverbandssprecher fest. „Das ist tragisch für die Patienten; sie wird die Qualität der Gesundheitsversorgung nachträglich negativ beeinflussen und die übriggebliebenen Niedergelassenen schwer belasten.“ Diese Problematik werde nicht durch Doc-Mobile oder das ausufernde Delegieren von ärztlichen Leistungen an Arzthelferinnen gelöst werden. Auch nicht durch das Abtreten ärztlicher Kompetenzen an eine, durch die demografische Entwicklung bedingte, mit den eigenen Kernbereichen extrem ausgelastete Pflege und ebenfalls nicht durch Erweiterungen ambulanter Leistungen durch die Kliniken des Landes. Homann: „Auch die Bemühungen der KVSH, dem negativen Trend im Rahmen einer engagierten, hübschen und teuren Kampagne wie Land.Arzt.Leben entgegenzutreten, sind nicht ausreichend effizient.“ Im Gegenteil: Fahrende Praxen und

das Verschieben ärztlicher Leistungen seien Offenbarungseide einer missglückten Gesundheitspolitik. Der Abzug von Finanzmitteln aus dem ambulant-ärztlichen Bereich in die Pflege oder den stationären Sektor wird die Versorgungssituation beschleunigen und verschärfen.

**Der ambulante Sektor braucht mehr und gezielter eingesetzte Finanzmittel, fordert der DPN-SH.** Kurz- bis mittelfristig müsse deutlich mehr Geld in den ambulanten medizinischen Bereich fließen, so Stefan Homann. Daneben müssen attraktive und flexible Arbeitsbedingungen geschaffen werden und eine konsequente Reduktion der technokratischen und bürokratischen Zwänge und Hürden im Alltag eines niedergelassenen Arztes erfolgen. „Wenn es dann noch gelingt, in Zusammenarbeit mit den Kommunen das Lebensumfeld für einen Arzt günstig zu gestalten, der sich im besten Falle lebenslang an einem Ort niederlassen und dort Versorgung sichern will, sind die Weichen richtig gestellt.“ Die Attraktivität für die Tätigkeit in freier Niederlassung müsse gestärkt werden, „denn niemand versorgt so effizient und auch günstig für das System wie der freiberufliche Arzt!“ In dieser Reihenfolge sollte es geschehen, „denn die ersten beiden Punkte halten die derzeit aktiven Kollegen in ihrer Tätigkeit und verhindern so verfrühten Wegfall durch vorzeitige Aufgabe. Und es sind die bestehenden Praxen, die es gilt zu erhalten und mit Nachfolge zu versehen. Neugründungen werden ungleich schwieriger in der Fläche des Landes zu realisieren sein.“ – Bis die Maßnahmen in der nachfolgenden Arztgeneration Wirkung zeigen werden, können nach Auffassung Ho-

manns gut organisierte Praxisnetze effiziente Maßnahmen zur Versorgungssicherung ergreifen, denn professionell organisierte Praxisnetze sind die Experten ihrer jeweiligen Region. „Sie kennen die strukturelle Versorgungslage, können in netzinterner Kommunikation gemeinschaftlich Nachfolgeregelungen organisieren, gezielter Instrumente wie Zweigpraxen oder Fusionen zu Gemeinschaftspraxen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften nutzen, Verbundweiterbildungen mit den Kliniken ihrer Region mit dem Ziel eines Heranführens an die Niederlassung organisieren oder Netz-MVZ's gründen, um Praxissitze zu 'parken', indem sie vorerst durch einen oder mehrere angestellte Ärzte bedient werden.“

**Das Potential von Praxisnetzen als Leistungserbringer hat der Gesetzgeber mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes Anfang 2012 erkannt,** stellte der DPN-SH-Sprecher fest. „Deshalb sollten Praxisnetze konsequenterweise endlich als eigene Leistungserbringer nach SGB V anerkannt werden.“ An diesem Schritt werde langfristig ohnehin kein Weg vorbeiführen, denn im Sinne einer Korrektur der versäumten richtigen Weichenstellungen zum Erhalt der ambulanten medizinischen Versorgung und zur Stärkung der freiberuflich tätigen Ärzte erscheine diese Entscheidung überfällig. Stefan Homann: „Es gibt keinen Mitspieler im Gesundheitswesen, der die effiziente ambulante medizinische Versorgung in Ballungsräumen, vor allem jedoch in Flächenregionen so kurzfristig sichern kann wie organisierte Praxisnetze.“

[www.dpn-sh.de](http://www.dpn-sh.de)

■ Die Vortrags- und Diskussionsveranstaltung „Der geriatrische Patient“ lockte am 2. April fast 40 Teilnehmer – Ärzte und MFAs bzw. Dialogpartnerinnen – nach Neumünster. Der Referent Dr. Svante Gehring verstand es mit seinem Vortrag sehr gut, für die Thematik „Geriatrisches Basisassessment und Arzneimittelcheck bei multimorbiden Senioren“ zu sensibilisieren. Seine praktischen Hinweise zum Einbau in das praxiseigene Qualitätsmanagement wurden gerne aufgenommen. Die anschließende Diskussion zeigte die Aktualität und Dringlichkeit des Themas auf. Es werden weitere Vortragstermine dieser Art folgen. Die nächste Fortbildung „Der geriatrische Patient“ ist für den 25. Juni (Mittwoch/15.00 bis 17.00 Uhr) in Bad Segeberg (Räume der ÄG Nord) vorgesehen.

**Mit der Vortragsreihe bietet die ÄG Nord den Hausärzten und ihren Praxisteams eine wichtige Hilfe in der Umsetzung des neuen EBM an.** Dr. Gehring, hausärztlich tätiges ÄGN-Vorstandsmitglied mit Expertise in Richtung Geriatrie und Arzneimittelmanagement, vermittelt den Teilnehmern in dem zweistündigem Kurzseminar alle notwendigen und darüber hinaus sinnvollen geriatrischen Leistungsinhalte zur Umsetzung in der eigenen Praxis. „Dabei werden von mir pragmatische und zeitgerechte Vorgehensweisen zum Ausgleich von Honorarverlusten

## „Der geriatrische Patient“ Erfolgreiche Vortragsveranstaltung der ÄG Nord



und zur Abbildung im QM-Handbuch angeboten, wie ich sie auch selbst praktiziere“, so Dr. Gehring gegenüber perspektiv, „aber ich verdichte auch das medizinische Wissen zum Basisassessment und Arzneimittelmanagement zu einem praxistauglichen Algorithmus“. Diese Symbiose scheint gelungen, wie das Echo auf das erste Seminar in Neumünster zeigte. Die Teilnehmer waren mit der Veranstaltung hoch zufrieden.

**Hintergrund der Fortbildung ist, dass der EBM 2013, der die hausärztliche Honorierung neu gestaltet, u.a. den geriat-**

**rischen Patienten mehr in den Mittelpunkt der Versorgung rücken möchte.** Dies ist zu begrüßen, denn gerade der ältere, multimorbide Patient fordert eine komplexe und zeitaufwendige Betreuung; ein Bedarf, der durch den demographischen Wandel weiter steigen wird. Dr. Gehring: „Dies sollte ausreichend honoriert werden, so sicherlich die Idee der Schöpfer des neuen EBM. Doch gut gedacht ist noch lange nicht gut gemacht. So werden die Hausärzte durch die Kürzung der Versichertenpauschale und Ausgliederung von Positionen wieder stärker ins Hamsterrad gedrückt, in dem sie nun durch

höhere Taktfrequenz von Einzelleistungen ihre Verluste „einzustrampeln“ versuchen. So weisen die Hochrechnungen vieler KVen die Hausärzte, die doch eigentlich gestärkt werden sollten, paradoxerweise als Verlierer der hausärztlichen EBM-Reform aus.“

**Das geriatrische Basisassessment (GBA) und der Betreuungskomplex (GOP 03360 und 03362) werden zwar honoriert, aber der dahinterstehende Versorgungsanspruch ist hoch und eignet sich nicht zum quantitativen Leistungswettbewerb.** Während der obligate Leistungsinhalt des GBA, der ein- bis zweimal im Jahr durchgeführt werden sollte, eher dürftig ausfällt, um geriatrische Symptomkomplexe ausreichend abzubilden, hält der Betreuungskomplex eine Überraschung bereit. Hier ist das Arzneimittelmanagement mit Erfassen, Überprüfen und Anpassen der gesamten Medikation ein obligater Leistungsinhalt. Daneben muss auch die Handhabung des Patienten von Bliester, Sprays, Schraubverschlüssen und beim Teilen der Tabletten überprüft sowie ein Medikationsplan aktualisiert und ausgegeben werden. Gehring: „Das ein solches Vorgehen gerade bei multimorbiden Patienten mit Polypharmazie im Sinne der AMTS sinnvoll ist, steht außer Frage, doch der Aufwand ist erheblich und wird schon bei Experten mit einem Zeitaufwand von 1,5 Stunden beziffert.“ SG/HS/fc



## Voraussetzung für die AMTS: Erkennen von Noncompliance

### Ärzte in erster Linie auf eigene Einschätzung angewiesen

■ Zweifelsohne haben viele Patienten aus unterschiedlichsten Gründen Schwierigkeiten, sich an die vom Arzt verordnete Arzneimitteltherapie zu halten. Dies ist vor allem bei Langzeittherapien der Fall und kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen oder ökonomischen Konsequenzen führen. Das Erkennen von Ausmaß, Muster und Ursache einer ungenügenden Therapietreue ist daher keinesfalls trivial, sondern die Voraussetzung dafür, geeignete compliancefördernde Maßnahmen ergreifen zu können und dem Patienten eine effektive Unterstützung bei ihrer Arzneimittelaufnahme zu bieten.

**Es ist also notwendig, möglichst detaillierte Informationen zu den Einnahmehabewohnheiten des Patienten zu bekommen.** Die Ärzte sind dabei in erster Linie auf ihre eigene Einschätzung angewiesen, weil andere Erkennungs- und Messmethoden, wie z. B. das Drug Monitoring (Messung der Arzneistoffkonzentration), relativ aufwendig und meist nur beschränkt praxistauglich sind.

• Erstes „einfaches“ Anzeichen für das Nichtbefolgen oder die unzureichende Einhaltung der ärztlich vorgegebenen medikamentösen Therapie kann das ausbleibende Ansprechen der verordneten Arzneimittel sein.

• Erst recht dann sollte dem Patienten die Frage gestellt werden, ob die Medikamente z. B. in den vorangegangenen Wochen zum

(vorgeschriebenen) Zeitpunkt oder mehrere Male nicht eingenommen worden sind. Lässt die Antwort eine fehlerhafte Dosierung erkennen, wie falsche Abstände, Auslassen, wechselnde Intervalle, so ist die Wahrscheinlichkeit für eine mangelnde Therapietreue sehr hoch.

• Ebenfalls sollten solche Patienten beachtet werden, die zu vereinbarten Arztterminen ohne Abmeldung mehrmals nicht erscheinen. Das deutet klar auf eine allgemeine Unzuverlässigkeit hin, die den Verdacht nahelegt, dass die Therapietreue nicht gewährleistet ist.

• Deutliche Hinweise auf Noncompliance liefern auch die Tatsachen, dass eine ärztliche Verordnung in der Apotheke nicht eingelöst wird, zu viele oder zu wenige Medikamente eingenommen werden oder ein vom Patienten verursachter zu früher Therapieabbruch erfolgt.

• Erwiesen ist auch (vgl. Pharmazeutische Zeitung online: Studie Versorgungsqualität und Compliance unter Rabattverträgen), dass bei der Umstellung auf ein rabattiertes Arzneimittel die Patienten ihre Therapie häufiger abbrechen als Patienten ohne Präparatewechsel. Auch in diese Richtung sollte der verordnende Arzt beim Patienten nachfragen. fc/PS

Quellen: Fachzeitschrift Der Internist, 1-2012; Pharmazeutische Zeitung, 42-2010;

## Interventionen bei mangelnder Therapietreue

### Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten

■ Allein die Möglichkeit, dass sich der Patient den Namen der ihm verordnenden Medikamente immer wieder ins Gedächtnis rufen sollte, um – laut einer neueren US-amerikanischen Studie – die Therapietreue zu verbessern, ist etwas fraglich. Denn nicht selten sind die Bezeichnungen lang und kompliziert, so dass sich vor allem ältere Patienten diese kaum merken können, zumal wenn sie unterschiedliche Medikamente einnehmen müssen. Dieser Tipp jedenfalls zählt nicht zu den bewährten Methoden, die zur Steigerung der Compliance bzw. Adherence eingesetzt werden.

**Die probaten Maßnahmen bestehen aus jeweils zutreffenden bzw. anzuwendenden Elementen bei unterschiedlichen Interventionen:**

• Auf die Therapie und den Patienten gerichtete Interventionen: Auswahl der adäquaten Darreichungsform, Medikamentenverpackung, Reduktion der täglichen Einnahmezeitpunkte, Wichtigkeit der korrekten Arzneimittelaufnahme betonen sowie dazu einfache und klare Instruktionen geben, möglichst einfache Dosierungsschemata wählen (z. B. mehr Retard- und Kombipräparate).

• Nur auf den Patienten gerichtete Interventionen: Schulungen, Maßnahmen zur Verbesserung des Patientenwissens um ein Medikament und dessen Nutzen, d. h. Die Steigerung der Motivation zur Einnahme und der Fähigkeiten, seine Krankheit positiv zu beeinflussen (Patientenschulung, Beratung, verständliche Informationen etc.) sowie Erinnerungen („alarmierende“ Erinnerungen z. B. per SMS oder E-Mail, Anrufe, Kalenderpflege, schriftliche/briefliche Infos), Hilfsmittel zur Arzneimittelaufnahme, wie z. B. Tabletten-sortierer und Führen eines Einnahme- bzw. Patiententagebuchs, „cue dosing“ (die Verknüpfung der Arzneimittelaufnahme mit täglichen Routinehandlungen, z. B. Zähneputzen, Schauen der Tagesschau).

• Auf sozioökonomische Gesichtspunkte gerichtete Interventionen: Soziale Unterstützung (Verwandte, Freunde, Selbsthilfegruppen, Pflegekräfte).

• Auf Arzt und Gesundheitssystem gerichtete Interventionen: Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung (Kommunikation, wie z. B. Gespräch zur Arzneimittelaufnahme wiederholt anbieten), ärztliche Fortbildung, Schaffung finanzieller Anreize für Leistungserbringer zur Durchführung von Compliance fördernden Maßnahmen.

Die Chancen, die sich aus einer konsequenten Complianceförderung ergeben, werden zunehmend erkannt und in der Fachöffentlichkeit diskutiert. Dazu zählt neben einem besseren Therapieergebnis und weniger Therapieabbrüchen insbesondere eine Reduktion von Folgekosten, wie z. B. durch unnötige Krankenhausaufenthalte. fc/PS

Quellen: Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (Köln); hier: Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg ([www.egms.de](http://www.egms.de)) sowie Fortbildungsprogramm Pharmazie [2. Jg., Juli/August 2008].

## AMTS-Workshop

■ Der nächste Workshop-Termin der ÄG Nord zur AMTS steht bevor: Am 07. Mai um 19 Uhr sprechen die Ärzte Dres. Eckehard Meissner (Flensburg) und Svante Gehring (Norderstedt). Ort des Treffens (bis ca. 21 Uhr) ist das Cafe Schwarz in Itzehoe. Eingeladen ist jeder interessierte Arzt. Der Verein niedergelassener Ärzte Kreis Steinburg unterstützt die Organisation des Workshops. Diesem geht um 17 Uhr eine Veranstaltung für MFAs bzw. Dialogpartnerinnen ebenfalls zum Thema AMTS voraus. Die ersten Treffen gab es seit Februar in Eutin und Kiel. Für die Teilnahme gibt es drei Fortbildungspunkte.



## Mehr als nur ein Lehrheft!

### Praxis-Profi 2014 „Check-Up für die Arztpraxis“

■ Der Begriff „Praxisbegehung“ wird zumeist unmittelbar mit Hygienevorschriften und insbesondere mit der Aufbereitung von Medizinprodukten in Verbindung gebracht. Im Allgemeinen fühlen sich Mediziner/innen und Medizinische Fachangestellte (MFA) dann gleichermaßen gut gerüstet für den Fall der Fälle, weil sie zu wissen glauben, dass Hygiene- und Reinigungsplan der Praxis gut geführt sind.

Kaum einer weiß jedoch, dass das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ab §21 ff die Grundlagen für eine Reihe von Praxisbegehungen ganz anderer Art legt. Die Vorgaben für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit sind in den letzten Jahren deutlich gewachsen. „Gefährdungsbeurteilung“ heißt eines der

zentralen Themen, „Betreuung durch Betriebsmediziner und Sicherheitsfachkraft ab dem ersten Arbeitnehmer“ sowie „Psychische Belastungen berücksichtigen“ heißen andere.

Die Biostoffverordnung (BioStoffV), die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und auch die TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ wurden erst kürzlich neu aufgelegt. Aber auch andere neue oder runderneuerte Gesetze, Verordnungen und Regeln liefern aktuell eine Vielzahl von Handlungs- und Dokumentationsgebots zur Umsetzung in der Arztpraxis. – Der Praxis-Profi 2014 möchte an die wichtigsten Themen herantreten. „Es ist

deshalb diesmal mehr als nur ein Lehrheft“, sagt Birgit Barth vom Dialogpartnerinnen-Betreuungsteam. Der Praxis-Profi 2014 ist ein Werkzeug, das einerseits Dialogpartnerinnen und ihre Praxisteams sensibilisieren soll, missliche Entwicklungen schneller zu erkennen. Andererseits wird damit das Praxisteam als hilfreiches Werkzeug beim „Check-Up für die Arztpraxis“ unterstützt und begleitet.

Die zwei Praxis-Profi-Lehrhefte dieses Jahres sind brandaktuell und die Inhalte sehr wichtig, denn wer die Arbeitsschutzanforderungen nicht umsetzt, riskiert beispielsweise im Fall eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit neben Bußgeld und/oder Strafe auch einen Regressanspruch.



Wie bereits in der letzten perspective angekündigt, erscheint das erste Lehrheft im Mai. Praxisinhaber/innen, die an Praxis-Profi interessiert sind, aber noch keine Dialogpartnerin in der Praxis haben, können sich den Meldebogen für die Anmeldung einer Dialogpartnerin herunterladen: <http://dialogpartnerinnen.de/dateien/Meldebogen.pdf>

# Organisation von „Gemeindepraxen“

ÄG Nord erfüllt umfangreiche Aufgabe: Erster Vertrag mit der Westküsten-Kommune Büsum steht



Zufriedene Mienen, auch wenn die Herausforderung zur Umsetzung einer Gemeindepraxis groß ist: Verwaltungsleiter Jörn Timm und ÄGN-Vorstandsmitglied Andreas Rinck nach der Vertragsübergabe

Die Ärztenossenschaft Nord (ÄGN) hat damit begonnen, ein neues Aufgabenfeld zu „beackern“: Die organisatorische Begleitung ärztlicher „Eigeneinrichtungen“ von Gemeinden an der schleswig-holsteinischen Westküste (vgl. hierzu auch perspektiv 1/2014/S. 6 sowie den Kommentar auf dieser Seite). Dort sind die Kommunen St. Michaelisdonn, Lunden und Büsum auf dem Weg zu „Gemeindepraxen“, teilte der Sprecher des ÄGN-Vorstandes, Dr. Klaus Bittmann, mit. Die Gemeinde Büsum geht einen mutigen Schritt voran. Sie hat die ÄGN mit der Projektierung eines Ärzteentrums in kommunaler Trägerschaft beauftragt. Jörn Timm, Verwaltungsleiter des Amtes Büsum-Wesselburen, überreichte Andreas Rinck, Arzt und ÄGN-Vorstandsmitglied, den unterzeichneten Vertrag.

Durch die bekannten demographischen Entwicklungen ist besonders im ländlichen Raum den Kommunen deutlich, dass die ärztliche Versorgung für die Bevölkerung sowie der Touristen nicht gesichert ist. Die gesamte Infrastruktur an der Westküste ist gefährdet. „Die KV hat zwar den Sicherstellungsauftrag, aber alle Werbemaßnahmen haben bisher kaum Begeisterung bei jungen Medizinern ausgelöst“, so Klaus Bittmann. Das Westküsten-Klinikum betreibe zwar Weiterbildung für Allgemeinmediziner, die Jungärzte/innen wollten aber weder die Belastung der – im Durchschnitt 62-jährigen – Praxisinhaber noch die finanziellen Risiken übernehmen.

Aufgrund der per SGB V geschaffenen Möglichkeit hatte die KVSH Mitte Februar dieses Jahres beschlossen, für absehbar unterversorgte Gebiete der Gründung von Praxen als kommunale Eigeneinrichtung zuzustimmen und deren Aufbau finanziell zu fördern. Klaus Bittmann: „Das schafft noch keine neuen Ärzte, aber ältere Kollegen ohne Nachfolger können ihre Praxis an die Kommune verkaufen, vielleicht als Angestellte weiterarbeiten.“ Die neue Praxisform biete zudem jungen Kollegen/innen zeitgemäße Arbeitsbedingungen in Anstellung, mit der Option späterer eigener Zulassung. Die Freiberuflichkeit werde nicht behindert. Die noch in Einzelpraxis tätigen Kollegen müssen, so Klaus Bittmann, bereit sein, den neuen Wegen zu folgen. „Sie sind motiviert, aber solche Schritte sind nicht einfach.“

Der Vertrag mit der ÄGN sei für Büsum „ein wichtiger Meilenstein, um die medizinische Versorgung auf Dauer zu erhalten“, so Verwaltungsleiter Timm. Die ÄGN werde ein Gesamtkonzept für die kommunale Eigeneinrichtung erstellen, bei dem Ärzte wahlweise angestellt oder freiberuflich arbeiten können. Hierzu Andreas Rinck: „Durch die Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten, ohne ein wirtschaftliches Risiko eingehen zu müssen, ist dieses Modell insbesondere auf junge Ärzte zugeschnitten. Teamarbeit und die Option, in die Freiberuflichkeit wechseln zu können, erhöhen die Attraktivität für junge Ärzte.“ (Lesen Sie hierzu den Kommentar auf S. 2)

## Impressum

Herausgeber:  
Bundesverband der Ärztenossenschaften e. V.  
(BVÄG/Chausseestraße 119b, 10115 Berlin)  
V. i. S. d. P.: Redakteur Friedhelm Caspari  
(Tel. 04634 31 04 30, E-Mail: kontakt@caspari-pr.de)  
Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Herausgebers (Internet: www.bvaeg.de)  
Redaktion: Caspari PR (24975 Husby),  
Layout: hilgra · büro für graphik & design  
(24943 Flensburg)  
Druck: Druckhaus Leupelt (24976 Handewitt)

## Kurzwitz

„Vadda,  
ham Brombeern Beene?“

„Nee.“

„Denn ha'ck'n Mistkäfa jefressn.“

ägnw-direkt

... von Ihrer Ärztenossenschaft ägnw eG

## Seminare zweites Halbjahr 2014

Die ägnw-direkt, Servicetochter der Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen eG (ägnw), hat für die zweite Jahreshälfte 2014 diese Seminare bzw. Schulungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte eingeplant:

### Behandlung chronischer Wunden – medizinische und therapeutische Aspekte:

- 09. Juli (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Buxtehude
- 16. Juli (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Bremen
- 17. September (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Hannover
- 01. Oktober (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Göttingen
- 03. Dezember (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Lingen

### Hygiene in der Arztpraxis:

- 21. Mai (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr in Wilhelmshaven (Gorch-Fock-Haus)
- 04. Juni (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr in Bremen (Klinikum Mitte)
- 02. Juli (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Lingen
- 23. Juli (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr in Osnabrück (Marienhospital)
- 24. September (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr in Lüneburg (Leuphana Uni)
- 08. Oktober (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Hannover
- 15. Oktober (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr Region Vechta
- 26. November (Mittwoch) von 15.00 bis 18.00 Uhr in Leer (Klinikum)

Genauere Veranstaltungsorte bitte erfragen;

Anmeldungen online im Internet [www.aeg-nw.de](http://www.aeg-nw.de)

oder Tel.: 0441 219706-30, Fax: 0441 219706-33, E-Mail: [kontakt@aeg-nw.de](mailto:kontakt@aeg-nw.de)

## Visionen brauchen starke Partner.



### Von Ärzten – für Patienten

Qualifizierte Versorgungslösungen sind möglich, wenn das Arzt-Patienten-Verhältnis im Zentrum aller Entscheidungen steht. Dafür sind wir Ärzte geworden.

Durch gemeinsames Handeln sichern wir die regionale Versorgung, denn so liegt Verantwortung in guten Händen.

