

2012

# „Netzblick“ - online

Was Ärzte verbindet

Ausgabe 1 / Feb. 2012

## 9. Kongress in MH a. d. Ruhr

☞ Rückblick, Videobeiträge, Bilder unter  
[www.lpnrw.de](http://www.lpnrw.de) > TV- Kanal anklicken



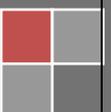
Diskussionsrunde Kongress in MH a.d.R.:  
mit Referenten aus Politik, KVen, KK, Industrie und Verbänden

### **Inhaltsverzeichnis:**

- S. 2: „Gleiches Geld für gleiche Arbeit“
- S. 3-6: Konzepte zur Weiterentwicklung der GKV,
- S. 7/8: Aktivitäten des Aktionsbündnisses,
- S. 9/10: Protestaktion, Petition-Dankschreiben,  
Termine und mehr ...

Impressum: LPNRW e.V.  
Schützenstr.8, 58285 Gevelsberg  
Tel: 02332-664266 Fax: -664269  
Online-Redaktion:  
Ludger Keßel, Frank Westerhaus, Ute Tholen (Foto: L. Keßel)  
Umsetzung/Konzeption: Ute Tholen

[www.lpnrw.de](http://www.lpnrw.de)  
[netzbuero@lpnrw.de](mailto:netzbuero@lpnrw.de)





**Dr. H. Miks**

### **Vorwort:**

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

nach dem Beschluss der KBV am Dienstag, den 17.05.2011 in Berlin wird zementiert, dass für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in NRW weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen als in anderen Bundesländern. Der Landesverband der Praxisnetze (LPNRW) hat sich bei einer außerordentlichen Vorstandssitzung einstimmig zur Notwendigkeit der Umsetzung der Konvergenzphase ausgesprochen.

### **Gleiches Geld für gleiche Arbeit.**

Der LPNRW fordert die Politik auf, für eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu sorgen. NRW darf nicht hinter anderen Bundesländern zurück bleiben.

Die unscheinbare Pressemitteilung löste ein nicht erwartetes Medieninteresse aus. Auf dem Weg nach Berlin konnte ich die eingehenden Telefonate nur führen weil wir häufig im Stau standen und meine Frau am Steuer saß.

An diesem Tag spürte ich, dass die Öffentlichkeit die sich anbahnende Ungerechtigkeit nicht akzeptieren wollte.

Der kleinste gemeinsame Nenner ist kein Ausdruck für eine zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik, kein Ausdruck für eine gerechte Gesundheitspolitik.

Seit den KBV-Beschlüssen, zuletzt vom 30.05.2011, hat der Vorstand des LPNRW viele Gespräche mit den Politikern und KV-Vorständen geführt.

Eine richtungsweisende Sitzung fand im Hause unserer Ministerin Barbara Steffens am 06.07.2011 statt. An diesem Tag sind die Grundlagen für ein gemeinsames, abgestimmtes Werben für eine Konvergenz vor Regionalisierung gelegt worden.

- **NRW darf nicht Verlierer auf dem Gesundheitsmarkt Deutschland bleiben.**
- **Der versichertenbezogene Behandlungsbedarf muss angeglichen werden.**
- **Regionalisierung vor Konvergenz ist Betrug an NRW**

Ich bitte die Verantwortlichen, insbesondere unsere Vertreter im Bundestag und Bundesrat bei den weiteren Beratungen des Versorgungsgesetzes unsere Argumente zu bedenken und keine Politik des kleinsten gemeinsamen Nenners zu betreiben.

Ihr

Heinrich Miks

- 1. Vorsitzender des LPNRW e.V. —

*Bitte vormerken:*

**10. LPNRW-Kongress**

**am**

**10.11.2012 in Herne**

\*\*\*\*\*

### Konzepte zur Weiterentwicklung der GKV



Beitrag von Dr. P. Ramme, 2. Vors.  
(Foto oben)  
und Dr. K.-G. Furche, GF (Foto re.)



Es kann nicht Zweck eines Berufsverbandes sein, Kritik an gegenwärtigen Verhältnissen zu üben ohne Konzepte zur Weiterentwicklung des Systems beizutragen. Unsere Überlegungen basieren auf folgenden Kernannahmen:

Ein Gesundheitswesen hat die Aufgabe, möglichst effizient Kranke und Pflegebedürftige zu versorgen und Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Dies kann im Kern nur durch ein Kollektivsystem erfolgen, das zugleich Eigenverantwortung von Patienten und Versicherten einfordert. Deshalb sind Patienten am Ergebnis ihrer Krankheitskarriere positiv wie negativ zu beteiligen.

Politik ist für die Rahmenbedingungen, nicht für die medizinische Durchführung zuständig. Die Kriterien zur Schaffung der Rahmenbedingungen müssen transparent und nachvollziehbar sein.

Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sollten den spezifischen Anforderungen dieser Arbeit Rechnung zu tragen. Die dort Beschäftigten sind transparent und angemessen zu entlohnen.

Die Finanzierung kann nicht an die Berufstätigen allein delegiert werden. Gesundheit hat nichts mit Arbeit zu tun, für Berufskrankheiten sind die BG's zuständig. Deshalb ist eine personenbezogene Versicherungsprämie sinnvoll. Die Alternativen sind ein abgaben-finanziertes, letztlich staatliches Gesundheitswesen, oder eine Mischform.

Politik hat darüber hinaus eine gesundheitspolitisch steuernde Aufgabe: Krankmachende Produkte können verboten werden oder Abgaben die Kosten der späteren Therapie beinhalten, z. B. bei Alkohol, Tabak, Zucker, Fast-Food, Risikosportequipment. Diese Abgaben wären dann zur Finanzierung des Gesundheitswesens und zur Senkung der Versicherungsprämien zu verwenden.

Denn: Nicht Armut ist das Hauptproblem des Gesundheitswesens, sondern Überernährung.

Unsinnige Verwaltungs- und Zahlungskreisläufe wären zu unterbinden: Z. B. Erheben der Mehrwertsteuer auf Medikamente (2008: ca. 5 Mrd. €) und im Gegenzug staatliche Zuschüsse zur GKV. Darüber hinaus käme die Förderung bei den Kranken an!

Mögliche Einsparungen sehen wir

1. im Streichen unsinniger Leistungen wie Werbegeschenke, Hochglanzbroschüren, aber auch medizinischer Callcenter, Telemedizin in der Notfallmedizin und kasseneigener „Gesundheitskurse“.
2. Desweiteren in der Reduzierung des Verwaltungsaufwandes (Volkswagen wurde funktionsfähig und rentabel nach dem ersatzlosem Streichen von 4 der 7 Verwaltungsebenen).
3. Weitere Einsparungen ließen sich erzielen durch eine zentrale Zulassung der GKV-Medikation. Es käme zu einer drastischen Reduktion der

\*\*\*\*\*

- Anbieterzahl und Abschaffen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, gleiches wünschen wir bei den Heil- und Hilfsmitteln.
- Wir fordern ein ersatzloses Streichen ineffektiver Gesundheitsprogramme ohne Interventionsansatz, eine Kappung unsinniger Arbeitsabläufe und unsinniger Diversifizierung in Behandlungsprogrammen und eine
  - Bindung bestimmter Leistungen an Erfolg.

### Systemveränderungen:

Mehr als 3/4 aller Erkrankungen sind durch persönliches Fehlverhalten der Betroffenen entstanden. Daher ist es zwingend sie in die Behandlung einzubinden. Deshalb sollten über Basisleistungen hinausgehende Angebote der GKV an Bedingungen gebunden und klar formuliert sein. Z. B.:

- Zusatzleistungen für Arzt und Patient nur bei Erreichen oder Halten von Zielwerten, sowie bei komplexen Behandlungen.
- Beschränkung auf EINE Zweitmeinung.
- Bei inkonsequenter Therapie, z. B. bei Diabetes oder Hypertonie, wie in der Zahnmedizin nur Teil-Übernahme der Kosten für Folgeschäden und Ausschluss diesbezüglich vorzeitiger Verrentung
- Rückzahlung der Kosten zusätzlicher Maßnahmen bei Non-Compliance oder Ineffektivität (z. B. Kuren bei Adipositas) als Voraussetzung für wahrnehmbare Therapieerfolgsquoten.
- Bei nicht ausreichend effektiver Therapie, sofern nicht durch externe Faktoren bestimmt (sozialer Brennpunkt, reduzierte med. Infrastruktur auf dem Land), auch Honorarreduktion.

### **NICHT DIE TEILNAHME – SONDERN ERFOLG BERECHTIGT ZU ZUSATZ-LEISTUNGEN**

Für Beschäftigte im Gesundheitswesen ist Rechtssicherheit zu schaffen durch Abgleich oder Hierarchisierung der Gesetzgebung. Ein Vorgang kann nicht gleichzeitig richtig und falsch oder grundsätzlich nur falsch sein. Auch das spart Verwaltung und Gerichtstätigkeit.

### **Der LPNRW fordert mehr Transparenz im Gesundheitswesen:**

Patienten, Versicherte und Beschäftigte müssen wissen, was sie zu welchen Bedingungen in Anspruch nehmen können und was nicht, welche Konsequenzen das eine hat und auch die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Das setzt Übersichtlichkeit voraus.

Wir fordern eine Transparenz der Abrechnung: ein Kostenerstattungssystem zeigt Patient und Kassen, was der Arzt wofür abrechnet.

Transparenz gilt auch für frühere Behandlungsdaten, für die der Patient verantwortlich ist. Transparenz sollte auch für alle Preise im Gesundheitswesen gelten, wichtig ist aber auch die Transparenz der Interessenlagen:

Vor jedem medizinischen Vortrag wird ein Dia gezeigt, aus dem hervorgeht, für welche Firmen und Institutionen der Autor in den letzten 10 Jahren gearbeitet hat und wo Interessenkollisionen vorliegen könnten.

Wieso gelten diese Kriterien einschließlich der Offenlegung von Beteiligungen nicht für Politiker, Krankenkassenvertreter, Consultants, Pressekonzerne und Journalisten?

**Wir befürworten** die Eingruppierung von Volkskrankheiten in nachvollziehbare Raster und hierauf aufgesetzte abgestufte Behandlungsabläufe. Das beinhaltet eine

\*\*\*\*\*

Versorgung auf einer Basisebene und auf mehreren in der Behandlungsintensität gestaffelten Versorgungsstufen. Die von uns entwickelten Versorgungspfadmodule wären Muster für eine freiwillige, sachgerechte, evidenzbasierte und abgestufte Versorgung solcher Krankheiten. Beispielhaft sei hier der von uns entwickelte Versorgungspfad Hypertonie erwähnt, der eine kosteneffiziente Risikostratifizierung und Therapie gewährleistet und so die künftige Gesamtmorbidität verringert.

**Wir stehen für** die Schaffung einer bedarfsgerechten regionalen Versorgung. Sie hat sich an Alters- und Morbiditätsstruktur, an Bevölkerungszahlen und Versorgungsspezifika zu orientieren und nicht am IST-Zustand zu einem beliebigen Stichtag.

Wenn ambulante Versorgung kostengünstiger zu generieren ist, ist ihr auch Vorrang zu geben. Das bedeutet Förderung regionaler Versorgungsstrukturen und Weiterbildungsverbände, z. B. von Ärztehäusern in Städten und auf dem Lande, von Netzstrukturen für Koordinierungsaufgaben. Das setzt voraus, dass rechtliche Hemmnisse aus dem Weg geräumt werden: Die Kooperation Klinik/Praxis/Netz muss möglich werden, auch auf fiskalischer Ebene; Kooperatives Verhalten darf nicht länger durch finanzielle und zeitliche Benachteiligung bestraft werden.

Darüber hinaus müssen ambulante Aspekte in die universitäre und fachärztliche Ausbildung integriert werden, da die Mediziner, die jetzt die Ausbildung beginnen in 10 – 12 Jahren eigenständig arbeiten werden und sich dann ggf. für einen der Sektoren entscheiden müssen.

Da Entscheidungen und Umstrukturierungen in der Regel abgehoben und wirklichkeitsfremd erfolgen, würde sich hier ein Umsetzen von Qualitätsmanagement anbieten. Es ist endlich

an der Zeit, Patienten, Versicherte und Repräsentanten der Heil- und Heilhilfsberufe direkt in Entscheidungen und Probeläufe bei Umstrukturierungen einzubinden. Damit sind nicht Berufsfunktionäre, Priester, Gewerkschafter und professionelle Patientenvertreter mit juristischem Hintergrund zu verstehen, sondern durch Los bestimmte Vertreter – so wie in der Autobranche. Und wenn es bei denen funktioniert, funktioniert es auch in der Wirklichkeit.

Darüber hinaus sind bei bestimmten Fragestellungen regionale Testläufe – wie früher übrigens üblich – sinnvoll und nicht gleich das Ausrollen übers gesamte Bundesgebiet.

Und damit sind wir bei den Arbeitsbedingungen.

Der Abbau 100.000er Arbeitsplätze in Kliniken, Praxen und Pflege, die gleichzeitige massive Verschriftlichung und Intensivierung der Arbeit; Überforderung und Burn-out führten zu Flucht aus dem Beruf oder ins Ausland. Es handelt sich hier um Personen die täglich mit Situationen konfrontiert werden, die bei Versicherten monatelange Trauma-behandlungen rechtfertigen. Es ist die Population, die das versorgt, was die übrige Gesellschaft nicht ertragen will.

Als Gegenleistung dafür sind die Arbeitszeiten im Vergleich zu anderen Berufen länger und die Honorierung schlechter. Pflegekräfte werden in Subunternehmen outgesourct, der gesetzliche Mindestlohn für Pflege ist unter dem von Reinigungskräften ansiedelt, das Gehalt für Altenpflege liegt laut BMG 50 € unter Sozialhilfe.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung gelten 51 + 1 Wochenstunden als Grundlage, und erst der Europäische Gerichtshof erzwang die Geltung des Arbeitszeitgesetzes auch für Ärzte. Politisch gewollt wurden für gleiche

\*\*\*\*\*

ambulante Leistungen ungleiche Honorare fixiert (z. B. NRW zu Bund) und argumentativ die finanzielle Situation der Düsseldorfer Edelpraxis mit der im sozialen Brennpunkt in Duisburg gemittelt.

Darüber hinaus werden Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, hellseherische Fähigkeiten und Unfehlbarkeit als Grundvoraussetzung erwartet, trotz Arbeitsbelastung und laufenden publizistischen Abwatschungen.

### Zum Schluss:

Die Problematik des Gesundheitssystems wird sich aus demographischen Gründen zuspitzen. Ökonomische Trickereien, mehr Verwaltung und Greinen nach mehr Geld wird die Probleme nicht lösen.

Die Lösung liegt in regional strukturierten integrierten Versorgungsformen mit einfachen, durchschaubaren Behandlungswegen zu klar

definierten Bedingungen, der Schaffung von Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit, dem Einbinden des Patienten in seine Krankheitskarriere, sowie in der Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen.

**Auf diesem Weg** würden wir Politik und Krankenkassen sowohl bei der Gestaltung als auch der Umsetzung gerne begleiten.

*Dr. Furche/Dr. Ramme (LPNRW)*

*Hier könnte Ihre  
Werbeanzeige stehen.*

*Interesse?*

*Bitte kontaktieren Sie uns:*

 02332-664266

 02332-664269

 [netzbuerer@lpnrw.de](mailto:netzbuerer@lpnrw.de)

## **Frühjahrstermine 2012:**

### ➤ **Mitgliederversammlung des LPNRW:**

**Termin:** 22.03.2012 um 20.00 Uhr (ab 19.30 Uhr Imbiss)

**Ort:** KVWL, Robert-Schimrigkstr. 4-6, 44141 Dortmund

### ➤ **Akademie/QM-Kursangebote:** (Anmeldung unter Tel. 02332-664266)

#### **Update und Refresherkurs für Niedergelassene / Ziel: (Re-)Zertifizierung:**

**Termin:** 28.03.2012 von 16.00 – 19.15 Uhr

**Ort:** Herne, Schillerstr. 37-39 /Leitung: Dr. K.-G. Furche

#### **Update und Refresherkurs für Niedergelassene / Ziel: (Re-)Zertifizierung:**

**Termin:** 25.04.2012 von 16.00 – 19.15 Uhr

**Orte:** in Bielefeld (Herr Gleichauf) und Hamm (Herr Gärtner)

\*\*\*\*\*

## Versorgungsgerechtigkeit für NRW: Das Aktionsbündnis der NRW-Praxisnetze



Mit Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 erhielten die gesetzlichen Krankenkassen deutschlandweit die gleichen morbiditätsbezogenen Versicherten-pauschalen zur Finanzierung der medizinischen Leistungserbringer. Nach wenigen Quartalen wurde erkennbar, dass die ambulanten Leistungserbringer sehr ungleich vergütet werden. Die Versorgungspauschalen pro Patient (sog. Regelleistungsvolumen) differierten deutschlandweit um bis zu 30%. Ausschlaggebend für dieses Ungleichgewicht war die vom Bewertungsausschuss für die einzelnen KVen relativ willkürlich festgelegte morbiditätsbezogene Gesamtvergütung (MGV), die sich an den in der Vergangenheit erbrachten Punktzahlvolumen orientierte. Eine Konvergenz von Anfang an hätte nach Aussage des unabhängigen Vorsitzenden des erweiterten Bewertungsausschuss, Prof. J. Wasem 5 Milliarden Euro extra gekostet. Auf diese Weise landeten die „punktesparenden“ großen KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe auf dem drittletzten und letzten Tabellenplatz aller 17 kassenärztlichen Vereinigungen.

Dieses offensichtliche Ungleichgewicht, das langfristig die ambulante Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung gefährdet, führte im Herbst 2009 zur Gründung des Aktionsbündnis der NRW-Praxisnetze durch die beiden Geschäftsführer der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten (ÄQW), Dr. Arne Meinshausen und Dr. Frank Koch. Als Mitgliedsnetz des LPWL (später LPNRW) wurde von Anfang an intensiv mit

den Vorstandsmitgliedern Dr. Heinrich Miks und Dr. „Carlo“ Furche zusammengearbeitet. Auch die Vorstandsmitglieder der KVWL und später der KVNo wurden intensiv in die Protestbewegung einbezogen.

**Primäres Ziel** war es, die Versicherten und die Praxen in NRW über die drohende Versorgungsgefährdung zu informieren und die Landespolitiker vor der wichtigen Landtagswahl im Mai 2010 zum kompromisslosen Einsatz für ihr Bundesland zu gewinnen. Über den KVWL-Pluspunkt wurde eine große Wartezimmer-Kampagne gestartet mit den Postern „Mein Geld geht fremd...“ und „Junge Ärzte gehen nicht nur ins Ausland, sondern auch in andere Bundesländer“. Auf der politischen Ebene fanden mehrere Gespräche mit dem Landesgesundheitsministerium statt. Am Tag nach dem Gespräch mit dem damaligen Gesundheitsminister Laumann erklärte dieser der KBV auf einer öffentlichen Veranstaltung in Essen den Kampf „bis aufs Messer“.

Kurz vor der Landtagswahl wurde eine große Patienten-Unterschriftenaktion gestartet, die vom LPNRW finanziert wurde. Anfang Mai 2010 konnten 6 Wäschekörbe mit 114.000 Patienten-Unterschriften an den damaligen Staatssekretär und heutigen Gesundheitsminister Daniel Bahr übergeben werden (ÄQW und LPNRW).

Die öffentliche Berichterstattung in den regionalen Medien und die Aufklärungsarbeit

\*\*\*\*\*  
über die NRW-Praxen hatte dann im Herbst 2010 Erfolg. Der Bewertungsausschuss beschloss die asymmetrische Honorarverteilung für 2011 und im GKV-Finanzierungsgesetz wurde festgelegt, dass dem Bundesgesundheitsministerium bis Ende April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen ist.

Leider ist der Bewertungsausschuss dieser Auflage bis heute nicht nachgekommen, so dass das Aktionsbündnis der NRW-Praxisnetze seit einigen Monaten wieder aktiv wurde. Insbesondere durch süddeutsche und ostdeutsche Widerstände beschloss die Vertreterversammlung der KBV am 17. Mai 2011 (mit Zustimmung der NRW-KVen) einen Konvergenzvorschlag für den Bewertungsausschuss, der die Aktivisten des Aktionsbündnis` so richtig „auf die Palme“ brachte. Von möglichen Honorarzuwächsen in den Jahren 2013-2015 sollte ein Bruchteil abgezweigt werden für einen KBV-Fonds, der eine Minikonvergenz erzielen soll. Das 2015 erreichte (ungleiche) Niveau soll dann dauerhaft festgeschrieben werden.

**Das Aktionsbündnis protestierte vehement gegen diesen KBV-Beschluss.** Es erfolgten mehrere öffentliche Briefe an den Bundesgesundheitsminister und die Mitglieder des Bewertungsausschuss (veröffentlicht in Hausarzt/Facharzt.de und Ärztezeitung). Die führenden NRW Landespolitiker wurden informiert, ebenso alle 180 Landtagsabgeordnete. Bereits 14 Tage später stellte die KBV-Vertreterversammlung ihren Konvergenzbeschluss zurück und stimmte einstimmig einem KVWL-Antrag für eine sog. Sockellösung zu. Diese „Lösung“ sieht die Aufforderung an die Politik vor, im zukünftigen Versorgungsgesetz festzulegen, dass die KVen mit unterdurchschnittlicher MGV auf das Durchschnittsniveau aller KVen angehoben werden. Diese Regelung würde für NRW einen Honorarzuwachs von ca. 400 Mill.

Euro zum 01.01.2012 bedeuten (nach GKV-Finanzierungsgesetz eigentlich für 2012 Nullrunde).

Leider ist auch die Umsetzung dieses Konvergenzvorschlages sehr unsicher geworden. Zurzeit setzt die Politik auf eine vollständige Regionalisierung der Honorarverhandlungen ab Anfang 2012. Hierbei sollen die regionalen KVen mit den Landesverbänden der KK selbst die Konvergenz der Vergütungen verhandeln. Was das bedeutet, kann sich jeder leicht vorstellen. Ebenfalls erscheint die Einbringung der KBV-Sockellösung in das neue Versorgungsgesetz aufgrund des Widerstandes der Krankenkassen und des Bundesfinanzministers sehr fraglich.

Um **dauerhafte Versorgungsnachteile für unser Bundesland zu verhindern**, müssen jetzt alle Betroffenen, Patienten sowie Praxen, aktiv werden. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) beinhaltet ein Versorgungsbudget pro Patient, das die ambulante Versorgung eines Patienten für ein Quartal sicherstellt. Ein bis zu 20% niedrigeres MGVBedeutet für den Patienten eine schlechtere Versorgung trotz gleicher Beitragssätze durch weniger Arzthelferinnen, weniger technische Investitionen, weniger Arztzeit. Ebenfalls ist es für den spärlichen ärztlichen Nachwuchs sehr unattraktiv geworden, in dem Niedriglohn-Bundesland NRW eine Praxis zu übernehmen.

Aufgrund von Berechnungen des LPNRW-Vorsitzenden Dr. Heinrich Miks konnte gezeigt werden, dass dem Wirtschaftsstandort NRW seit Einführung des Gesundheitsfonds jedes Jahr 1 Milliarde Euro verloren gehen, wodurch die wirtschaftliche Entwicklung Nordrhein-Westfalens massiv gebremst wird.

\*\*\*\*\*

## Wie geht es weiter?

Am 06. Juli 2011 trafen sich die Mitglieder des Aktionsbündnis Dr. Meinshausen, Dr. Koch, Dr. Miks und Dr. Furche mit der Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens zu einer Strategiesitzung. Ebenfalls eingeladen waren die Vorstandsmitglieder der KVNo und KVWL B. Brautmeier und Dr. Dryden. Gemeinsam wurde beschlossen, die Sommerpause zu nutzen, um eine groß angelegte konzertierte Aktion aller Patienteninteressensverbände, Berufsverbände und Berufsausüßer Nordrhein-Westfalens vorzubereiten mit dem Ziel, die Bevölkerung mit leicht verständlichem Informationsmaterial über die drohende Versorgungsschieflage und ihre Verursacher in Kenntnis zu setzen. Gleichzeitig soll Druck auf die nordrhein-westfälischen Bundestagsabgeordneten ausgeübt werden, die Interessen ihres Bundeslandes in Berlin nicht zu verraten.

Diese großdimensionierte Aktion benötigt die Unterstützung aller NRW-Praxen! Die Mitgliedspraxen des LPNRW werden über die vorgesehen Schritte und politischen Reaktionen kurzfristig informiert. Keinesfalls dürfen wir vorschnell aufgeben oder resignieren.

*Dr. Arne Meinshausen (GF – ÄQW, Witten)*



## 6 Wäschekörbe mit Unterschriften wurden übergeben. (Im Bild v. li. n. re.)

Gesundheitsminister Daniel Bahr (BMG),  
damaliger Staatssekretär,  
Dr. Frank Koch (GF der ÄQW, Witten),  
Dr. Arne Meinshausen (GF der ÄQW, Witten)  
Dr. K.-G. Furche (GF des LPNRW)

S. 9 /  
02-2012

\*\*\*\*\*

## Dankschreiben für die Unterstützung der Petition an die LPNRW-Mitglieder bzw. gesamte Ärzteschaft in NRW als Faxrundsending über das Netzbüro (04.10.2012)

Der LPNRW hat mit seinen Partnern (KVWL und KVNo) einen weiteren Teilerfolg in der von ihm ausgelösten Konvergenz-Debatte erzielt.

Der LPNRW wuchtete die von KVWL-Chef Dryden initiierte Petition zur Honorarkonvergenz über die Erfolgsschwelle von 50.000 Unterstützern und verschafft ihm damit die Gelegenheit das Problem direkt in Berlin vortragen zu können.

Zum Stichtag 29.09.2011 mussten 50.000 Unterstützer die Petition gezeichnet haben; es waren über

**68.000 !!!**

Viele LPNRW-Mitglieder schickten ihre Unterschriftenlisten direkt nach Berlin an den Petitionsausschuss da die LPNRW-Geschäftsstelle unter der FAX-Flut zusammenzubrechen drohte, zeichneten z. T. direkt per Internet, posteten per twitter und

\*\*\*\*\*

facebook. Knapp **30.000 Unterschriften** wurden über das Netzbüro **per Express nach Berlin** weitergeleitet. Rechnet man die direkt versandten Unterschriften und die Direktzeichner des LPNRW dazu, haben wir mehr als die Hälfte der Unterschriften beigetragen – ein gewaltiger Erfolg für den LPNRW.

**Wir bedanken uns bei allen Aktivisten** für ihr Engagement und bitten darum der Petition noch mehr Gewicht durch weitere Unterstützer zu geben, da die Zeichnungslisten noch bis zum 20.10.2011 offen sind. Eine sechsstellige Zahl wäre toll und würde ein weiteres klares Zeichen setzen.

*Für das Aktionsbündnis*

*Dr. med. H. Miks/1. Vors. LPNRW*

*Dr. med. A. Meinshausen/GF der ÄQW (Witten)*

*Dr. med. K.-G. Furche/GF d. LPNRW*

*Dr. med. F. Koch/ GF der ÄQW (Witten)*

## **Ausblick auf die nächsten Ausgaben:**

- ❖ Hausarztverträge
- ❖ 10. Kongress in Herne am 10.11.12
- ❖ Neue Termine
- ❖ u.v.m.



*Die Petition erreichte über **114.00** Unterstützer – ein deutliches Zeichen für den Zusammenhalt der Ärzteschaft in NRW!*

**Sie interessieren sich für Berufspolitik?**

**Sie wünschen ein Gespräch?**

**Sie sind herzlich eingeladen:**

- Zum Kaminesgespräch an jedem 2. Dienstag (19.30 Uhr) im ungeraden Monat in Hamm, Sudetenweg 7, Privatadresse, Dr. med. Heinrich Miks.

*Interesse bitte melden bei:*

- ✉ LPNRW / Ute Tholen  
Schützenstr. 8  
58285 Gevelsberg  
☎ 02332-664266  
💻 [tholen@lpnrw.de](mailto:tholen@lpnrw.de)

Rückmeldungen zum *Netzblick-Online* bitte ebenfalls an den zuvor genannten Kontakt!