GNS – Im Bundesverband der ärztlichen Genossenschaften

im dialog 28 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

im dialog

Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

Aktuelle Informationen unter **www.gnsued.de**

28. GNS-Magazin **März 2011**

LANDARZT.
LAND UNTER?

Ärztemangel auf dem Land: Lösungsideen.

Landtagswahl BW: Was die Parteien gegen den Landarztmangel planen

Vorwort

Vorwort von Dr. Michael Häussler

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land – Der Spagat zwischen Anreiz und Zwangsarbeit.

Die vor 35 Jahren beschworene Ärzteschwemme ist vergessen, die medizinische Versorgung auf dem Lande scheint bedroht zu sein. Dass die Arztzahlen schwinden werden, wissen wir seit Jahren. Seit wenigen Monaten interessieren sich auch die Medien für dieses Thema. Dass aber niedergelassene Ärzte fast immer nur nach Abschluss einer klinischen Ausbildung zur Verfügung stehen, wird allgemein nicht beachtet. Wenn also die Kliniken unter Nachwuchsmangel stöhnen, wird das Nachrücken junger Kollegen in die Niederlassung besonders problematisch werden. Da der medizinische Fortschritt eine weiter fortschreitende Spezialisierung erforderlich macht, wird das Verhältnis von Hausärzten zu Spezialisten sich weiter zu Ungunsten der Hausärzte verschieben. Knapp 13% der niedergelassenen Ärzte im Kreis Ravensburg gehören zur Altersgruppe der bis 45 jährigen, aber 24% zur Altersgruppe der über 60 jährigen. Die Vertragsärzte sind in den Altersgruppen ziemlich gleichmässig über die ländlichen und städtischen Gebiete verteilt. Das Fehlen eines Arztes im ländlichen Bereich wird nur viel stärker bemerkt als das Fehlen eines Arztes in der Stadt. Die Nachbesetzung eines Arztsitzes ist aber auf dem Land wegen der erheblich höheren Dienstbelastung und der fehlenden Attraktivität sehr schwer.

Fehlende Attraktivität des Berufsbildes Allgemeinarzt wird nicht durch Zwangsarbeit auf dem Lande gesteigert.

Dr. Michael Häussler

Inhalt

Titelthema

Ärztemangel auf dem Land – Seite 3

Redaktioneller Beitrag

Lösungsideen zum Ärztemangel – Seite 4-7
Der (gute) Netzarzt – Seite 8
Was die Parteien gegen den Landarztmangel planen – Seite 12-13
perspektiv im dialog – Seite 14-15

Berufspolitik

Ulrich Clever, neuer Präsident der Landesärztekammer – Seite 13

Assekuranz

Berufsunfähigkeitsabsicherung für Schüler, Studenten und Ärzte – Seite 9

GNS Aktuell

„Tag der Arztpraxis“ in Ravensburg – Seite 13
Termine der Akademie Gesundheitsnetz Süd – Seite 16

Termin: Generalversammlung des GNS
Mi 25.05.11, 17 Uhr Ehingen, Lindenhalle

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de, Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Redaktion** Dr. med. Klaus Lenz, Internist **Layout/Covergestaltung/Realisation** ‘pyrus Werbeagentur, Ulm, www.pyruswerbeagentur.de **Anzeigenbuchung** Sekretariat, Fax 07391 5865451, service@GNSued.de **Druck** Druckwerk Süd GmbH & Co KG, www.druckwerk-sued.de **Erscheinungsweise** 4 x jährlich **Rechte** © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.** **Hinweis** Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen.

Ein Beitrag von Dr. Martin Wagner

LANDARZT. LAND UNTER?

Ehingen droht landauf und landab! Praxensterben auf dem Land verlangt Lösungskompetenz der Ärzte und schnelle Antworten.

Unsere Praxen sind für die Menschen bei gesundheitlichen Problemen die ersten Anlaufstellen. Bei einer alternden Bevölkerung mit steigendem Krankheitsrisiko und sinkender Mobilität, wächst die Bedeutung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung, wie wir sie heute noch kennen. Direkt gegenläufig dazu sinkt morgen die Zahl der Niedergelassenen in ländlichen Regionen dramatisch. Davor warnen wir Praktiker vor Ort schon lange. Aber wir werden nicht gehört, auch weil das System härtere Ansagen und Protestformen seitens der Ärzte unterläuft und praktisch unterbindet. Die Politik sagt jetzt wieder einmal, sie habe die prekäre Situation erkannt und arbeitet an dem so genannten Versorgungsgesetz. Neben einer kleinräumigeren Planung des Ärztebedarfs soll es die Rahmenbedingungen für Mediziner in ländlichen Regionen verbessern, etwa durch den Wegfall der Mengenbegrenzung. Man darf gespannt sein. Nachdem das Gesetz für Mitte 2011 angekündigt war, soll es jetzt Anfang 2012 kommen. Die Spannung dauert an.

Wie entwickelt sich die ärztliche Versorgung in einer konkreten Region wie der Stadt Ehingen und deren Umgebung in den nächsten Jahren? Dieser Frage bin ich nachgegangen. Der Versorgungsbericht der KVBW zählte 2010 im Land knapp 18.400 Ärzte und Psychotherapeuten. Durchschnittlich betreute jeder von ihnen 583 Menschen. Gut 8.000 Ärzte nahmen an der hausärztlichen Versorgung teil. Knapp 10.400 an der fachärztlichen Versorgung. Herunter gebrochen auf den Alb-Donau-Kreis mit einer Bevölkerung von rund 190.000 Einwohnern, sind das 122 Hausärzte, 118 Fachärzte und zwölf Kinder- und Jugendärzte. Das Problem, so wurde mir bei näherem Hinsehen schnell klar, ist die Entwicklung im hausärztlichen Bereich. Im Alb-Donau-Kreis sind derzeit 24 Prozent aller Hausärzte 60 Jahre und älter. In einem weiteren Schritt habe ich die 37 Hausarztpraxen in Ehingen und Umgebung näher betrachtet und festgestellt, dass das Durchschnittsalter ihrer Inhaber bei 55,9 Jahren liegt. Hier zeigt sich, dass wenig Zeit bleibt. Bereits heute sind 22 dieser Praxisinhaber 56 Jahre und älter. Dreizehn von ihnen, mehr als jeder Dritte, plant bis 2015 den Ruhestand.

Der Ruhestandswelle folgt aber keine Berufseinsteigerwelle. Es fehlen die jungen Ärzte, die sich für eine hausärztliche Tätigkeit außerhalb der Ballungsräume interessieren. In machen Regionen finden sich auch aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und wuchernder Bürokratie absehbar überhaupt keine Hausärzte mehr.

Die Versorgungslücken müssen ausgefüllt werden, lange bevor geplante Änderungen im Ausbildungssystem überhaupt greifen können. Und es liegt in unser aller Interesse, sie mit niedergelassenen Ärzten und nicht durch andere Dienstleistungseinrichtungen zu füllen. Lassen wir uns nicht beirren, der Patient favorisiert die persönliche Betreuung durch „seinen“ Arzt und steht einer anonymen Versorgung ablehnend gegenüber. Trotzdem gibt es eine Reihe von viel versprechenden Möglichkeiten und Modellen auf veränderte Bedürfnisse und Rahmenbedingungen flexibel zu reagieren. Knapp zwei von drei künftigen Ärzten sind weiblich und das ist eine gravierende, aber längst nicht die einzige Veränderung die nach neuen Organisationsformen für die ambulante ärztliche Arbeit verlangt. Wir von GNS wollen mit konkreten Konzepten, über die derzeit intensiv auch in den Netzen debattiert wird, mit am Ball bleiben. Denn eines steht fest: Die Politik allein wird es sicher nicht zu unser aller Zufriedenheit richten können. Lesen Sie mehr zu den verschiedenen Lösungsansätzen auf Seite 4, 6 und 7.

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Dr. Claus-Wido Frey, Robert Tauber und Dorothee Enderle

Welchen Beitrag können Arzt- und Gesundheitsnetze leisten, um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken?

Die gesundheitliche Versorgungssituation der Landbevölkerung, insbesondere die hausärztliche Versorgung, ist in den letzten Jahren immer wieder in den Fokus politischer Betrachtungen gerückt. Durch demographische Entwicklungen, wie die stark anwachsende Kohorte der Hochbetagten, steigt die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen in den nächsten Jahren stark an. Dem gegenüber steht ein kleiner werdendes Arbeitskräftepotenzial, das die erforderlichen medizinischen Leistungen erbringen kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: 120), denn der Altersdurchschnitt der Hausärzte wächst ebenfalls kontinuierlich, so dass in den nächsten Jahren viele von ihnen einen Nachfolger finden müssen. Mit Stand 31.12.2009 waren 24 Prozent der 7.162 in Baden-Württemberg tätigen Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internist) bereits 60 Jahre und älter. In einzelnen Regionen Baden-Württembergs (z.B. im Landkreis Waldshut) beträgt dieser Anteil der über 60jährigen Hausärzte bereits 35 Prozent. Auch die Politik hat, wie erwähnt, das Problem der drohenden Unterversorgung im primärärztlichen Bereich erkannt und macht sich auf den Weg ein Versorgungsgesetz zu verabschieden, das noch für das Jahr 2011 angekündigt ist. Daneben greifen einige Bundesländer – wie z.B. auch Baden-Württemberg – die Situation auf, indem sie Förderprojekte wie etwa das „Aktionsprogramm Landärzte“ initiieren. Bis zum Redaktionsschluß waren die konkreten Antragsmöglichkeiten für dieses mit etlichen Unterpunkten versehene Programm noch nicht bekannt.

Unabhängig davon stellt sich die Frage, welchen Beitrag Arzt-/Gesundheitsnetze leisten können, um dem drohenden Ärztemangel in ländlichen Regionen durch intelligente Lösungen zu begegnen. Dieser Artikel stellt einige Beispiele vor, die verdeutlichen sollen, welchen Mehrwert Gesundheitsnetzwerke in diesem Zusammenhang leisten können:

BEISPIEL 1: ÄRZTENETZ SÜD-BRANDENBURG (ANSB)

Mit Prozessoptimierung zum Vollversorgungsvertrag mit der AOK und der BARMER-GEK

Bis 2015 ist jeder dritte Hausarzt in Brandenburg im Rentenalter. Mit neuen Versorgungsformen soll dem Mangel entgegengewirkt werden.

So z.B. mit dem im November 2004 gegründeten Ärztenetz Süd-Brandenburg, das als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts geführt wird. Die Geschäftstätigkeit wurde im Jahr 2000 an die ANSB Consult GmbH übergeben, die zu 100% dem Netz gehört. Lt. Angaben auf der Internetseite des Netzes arbeiten derzeit 55 Ärzte (Haus- und Fachärzte) in dem Netz zusammen. Ferner wurden Kooperationen mit zwei Kliniken geschlossen. Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass es sich um ein Vollversorgungsmodell auf Basis des § 140a SGB handelt an dem **zwei Großkassen** (AOK Brandenburg und Barmer-GEK) beteiligt sind. Diejenigen Ärzte, die im Jahr 2005 das Projekt angestoßen haben, mußten sich mit Anfangsinvestitionen in Höhe von 6000 Euro beteiligen, die sich auf Basis von Veröffentlichungen des Netzes nach einem halben Jahr bereits wieder amortisiert hatten. Die Aktivitäten des Netzes werden unter der Bezeichnung „ProMed Plus“ als regionale Versorgungsmarke angeboten.

Haus- und Fachärzte aus Praxen und Krankenhäusern erarbeiten gemeinsam Behandlungspfade für bestimmte, häufig wiederkehrende Krankheitsbilder. Die Mitglieder des Netzwerkes sind über eine spezielle Software miteinander verbunden und tauschen Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild aus. Somit hat der Facharzt auch sofort Zugriff auf bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse und kann schneller behandeln. Muss der Patient in das im Netzwerk integrierte Krankenhaus, können auch die dort tätigen Mediziner auf diese Patientendaten zugreifen. „Damit holen wir noch keine Haus- und Fachärzte in die Region“, so ein im Netz engagierter Arzt. „Aber wir öffnen damit einen Weg, trotz Ärztemangels, die Patienten, die sich für dieses Modell anmelden, besser versorgen zu können.“ Denn: Arztkonsultationen und Doppeluntersuchungen reduzieren sich und schaffen Freiräume.

Fazit: Investitionen in Prozessoptimierungsprojekte erfordern zunächst ein großes Maß an Engagement bzgl. der Entwicklung von Standards. Sind diese jedoch etabliert, entstehen Erträge durch optimierten Ressourceneinsatz und/oder Kosteneinsparungen. Diese verbesserten Prozesse – gepaart mit einer Identifikation der Bevölkerung mit ihrem regionalen „Gesundheitsnetzwerk“ – können dazu beitragen, daß sich Nachwuchsmediziner eher in einer solchen vernetzten Region niederlassen als in einer Region die von Individualismus geprägt ist. Oben genannte Ausführungen gelten nahezu gleichlautend für alle erfolgreichen regi-

CLEXANE® LOHNT SICH.

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

CLEXANE® IST RABATTIERT UND DAMIT WIRTSCHAFTLICH.

AOK Arzneimittelvertrag
AOK Baden-Württemberg

WICHTIG: Das gilt nicht für Parallelimporte!
DESHALB: Clexane® im Original rezeptieren.

Clexane® – in der Sicherheitsspritze von sanofi-aventis

Für Ärzte im AOK-Hausarztvertrag bzw. im AOK-Kardiologenvertrag ist die Rabattierung sichtbar durch die blaue Ampel.

Clexane® im Original rezeptieren, heißt vertragsgemäß handeln: **BLAUES LICHT FÜR SIE** und positiv für das Erreichen Ihrer Quote!

enoxaparin CLEXANE®
Leistungsstark gegen Thrombosen.

Clexane® 20 mg / Clexane® 40 mg / Clexane® 20 mg Duo / Clexane® 40 mg Duo / Clexane® 60 mg / Clexane® 80 mg / Clexane® 100 mg / Clexane® multidose 100 mg/ml / Clexane® 20 mg Praxis / Clexane® 40 mg Praxis / Clexane® 20 mg Klinik / Clexane® 40 mg Klinik / Clexane® multidose akut / Clexane® multidose Praxis. Wirkstoff: Enoxaparin-Natrium. **Zusammens.:** 1 Fertigspritze Clexane® 20 / -40 / -60 / -80 / -100 enthält: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 20 / 40 / 60 / 80 / 100 mg Enoxaparin-Natrium (entspr. 2.000 / 4.000 / 6.000 / 8.000 / 10.000 I.E. anti-Xa). Clexane multidose® 100 mg/ml enthält: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 100 mg Enoxaparin (entspr. 10.000 I.E. anti-Xa) pro 1 ml Injektionslösung. *Sonst. Bestandt.:* Wasser f. Injekt.zwecke. Zusätzl. *-multidose:* 15 mg/ml Benzylalkohol. **Anw.-geb.:** Thromboseprophyl. u. Gerinnungshemmung b. extrakorpor. Kreislauf währ. d. Hämodialyse. *-20 mg / -20 mg Duo / -20 mg Praxis / -Klinik / -multidose:* Peri- u. postoperat. Primärprophyl. d. TVT b. Pat. m. niedrig. od. mittlerem thromboembol. Risiko (z. B. Allgem.chir.). *-40 mg / -40 mg Duo / -40 mg Praxis / -Klinik / -multidose:* Peri- u. postoperat. Primärprophyl. d. TVT b. Pat. m. hohem thromboembol. Risiko (z. B. orthopäd. Chir.). Primärprophyl. d. TVT b. nicht chir. Pat. m. mittlerem od. hohem thromboembol. Risiko b. akuten schweren intern. Erkrank. (Herzinsuff. NYHA III bzw. IV, Infektionen, respirator. Erkrank.), die weitgeh. Immobilisation z. Folge haben. *-60 mg / -80 mg / -100 mg / -multidose:* Therapie d. TVT m./o. Lungenembolie; Ther. d. instab. A. pectoris u. des NSTEMI; Ther. d. akuten STEMI b. Pat. die konservativ od. konservativ m. nachfolg. PCI versorgt werden. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Enoxaparin-Na, Heparin od. Heparin-Abkömml., einschl. anderer niedermolek. Heparine. Kürzlich zurückliegende klin. relev. Blutung. Akuter od. < 6 Mo. zurückliegende (od. Verdacht auf) hämorrhag. Schlaganfall od. and. intrakran. Blutungen. Akute od. anamnest. bek. intrakraniale Erkrank. Klin. relev. Gerinnungsstör. (auch i. d. Anamnese). Magen- od. Darmulzera. Abortus imminens. Schw. Leber- od. Pankreas-Erkrank. Unkontrollierb. schw. Hypertonie. Endokarditis. Aktuelle od. anamnest. bek. HIT Typ II. Verdacht a. vaskul. Retinopathie, Glaskörperblut. od. and. intraokul. Blutung. *Zusätzl. -60 / -80 / -100 mg / -multidose:* bei instab. A. pectoris falls v. Ther. beginn mit oralen Antikoagul. mit INR > 1,4 bzw. aPTT > 41 Sek. behandelt wurde; bei TVT m./o. LE, instab. A. pectoris od. NSTEMI, STEMI falls gleichzeit. Spinal-, Peridural-, Epiduralanästhesie od. Lumbalpunktion. Warnhinweise u. Vorsichtsmaßn. b. Thromboseprophyl. u. gleichzeit. rückenmarksnah. Anästh. bzw. Punktionen beachten. *Zusätzl. -multidose:* Säugl. u. Kleinkind. bis 3 J. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Nicht i.m. verabreichen. Bes. Vorsicht b. erhöh. Blutungsrisiko (Stör. d. Thrombozytenfkt., gering bis mäßig eingeschr. Leber- od. Pankreasfkt., pept. Ulzera i. d. Vorgesch., Verdacht a. Malignome m. Blutungsneig., Nieren- / Harnleitersteinen, gleichzeit. Behandl. m. oralen Antikoagul. od. AM, die Serum-K-Spiegel erhöhen. In Abhängigk. v. Dos. vermehrt offene od. okkulten Blutungskomplik. mögl. Vorbesteh. Blutungsanomalien klären! Auslösung HIT Typ II mögl. (Kontr. d. Thrombozyten!). Bei bestätigtem, signifikantem Thrombozytenabfall (30 bis 50 % Ausgangswert) Therapie absetzen. Anwend. b. Pat. m. künstl. Herzklappen nur nach strenger Indikationsstell. B. stark eingeschränkt. Nierenfkt. Blutungsrisiko erhöht (Anti-Xa-Spitzenspiegel überwachen). Anw. b. Kdr. keine Erfahr. Bei Pat. m. Peridural-/Spinalanästhesie bzw. Lumbalpkt. in seltenen Fällen epidurale od. spinale Hämatome mögl. m. neurolog. Komplik. unterschiedl. Ausspräg. bis zu langdauernder od. permanenter Paralyse (FI beachten!). Pat. m. geringem KG (Frauen < 45 kg; Männer < 57 kg) können erhöht. Blutungsrisiko aufweisen, Dos.anpassung erwägen. *Zusätzl. -60 / -80 / -100 / -multidose:* B. älteren Pat. m. besond. Vorsicht anw. (eingeschr. Nierenfkt., erhöht. Blutungsrisiko). Keine Erfahr. b. koronarer Bypass-OP. Zur gleichzeit. Durchführung e. PTCA, kombin. Anw. m. Gp-IIb/IIIa-Inhibit., STEMI u. Gefäßpunktion siehe FI. **Schwangersch. u. Stillz.:** Während d. Schwangersch. strenge Indikationsstellung. FI beachten. Währ. Stillz. gerinnungshemm. Effekt auf Sgl. unwahrscheinlich. **Nebenw.:** Aus klin. Studien: Gefäße: Sehr häufig: Blutung (Chir. Prophyl., Behandl. tiefe Venenthromb.); Häufig: Blutung (Intern. Prophyl., Behandl. Inst. Angina pectoris, NSTEMI, STEMI); Selten: spinale Hämatome. *Blut, Lymphsyst.:* Sehr häufig: Thrombozytose (Chir. Prophyl., Behandl. tiefe Venenthromb.); Häufig: Thrombozytopenie (Chir. Prophyl., Intern. Prophyl., Behandl. STEMI); Gelegentlich: Thrombozytopenie (Intern. Prophyl., Behandl. inst. Angina pectoris, NSTEMI); Sehr selten: immuno-allerg. Thrombozytopenie, asymptom. Leukopenie. *Immunsyst.:* Häufig: allerg. Reakt.; Selten: anaphylakt., anaphylaktoide Reakt. *Leber, Galle:* Sehr häufig: erhöh. Leberenzyme. *Haut, Unterhautzellgew.:* Häufig: Urtikaria, Pruritus, Erythem; Gelegentlich: bullöse Dermatitis. *Allgemeine Erkrankungen u. Beschwerden am Verabreichungsort:* Häufig: Hämatom, Schmerzen, sonstige Reakt. (Ödem, Blutung, Überempfindlichkeit, Entzündung, Verhärtung) a. d. Injektionsst.; Gelegentlich: lokale Irritation, Hautnekrose a. d. Injektionsst. *Untersuchungen:* Selten: Hyperkaliämie. Nach Markteinführ.: *Blutungen:* Selten: spin./neuraxiale Hämatome b. gleichzeit. Perid.-/Spinal-Anästhes. o. Lumbalpunkt. *Erkrank. d. Haut u. Unterhautzellgew.:* Selten: Kutane Vaskulitis, Hautnekrose od. Knötchen a. d. Injektionsst. *Allgemein:* Einzelfälle: Haarausfall, Kopfschm., Azidose, Osteoporose, Hautnekr., Priapismus, Hypotonie, Bradykardie, Hypoaldosteronismus. **Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,** 65926 Frankfurt am Main; Postanschrift: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin. **Stand:** März 2010 (019692). AVS 801 11 008-020549

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

onalen Versorgungsnetzwerke, die bereits seit längerer Zeit über Integrationsverträge mit einem Vollversorgungsansatz verfügen. Zu erwähnen wären hier z.B. Modelle wie das Unternehmen „Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG“ in der Region Amberg, das wohl in der Öffentlichkeit präsenteste Netzwerk „Gesundes Kinzigtal GmbH“, „Medizin und Mehr“ in Bünde, „QuE“ in Nürnberg und Andere. All diese Netzwerke verfolgen den Ansatz, durch die Etablierung verbindlicher Netzwerkregeln, durch Stärkung von Präventionsangeboten und durch Generierung von Zusatzleistungen im nicht budgetierten Bereich als attraktiver Gesundheitsdienstleister in einer eingegrenzten Versorgungsregion aufzutreten.

BEISPIEL 2:

Ärztenetz Hamburg Nordwest – Erfolgreich mit der Gründung von standortübergreifenden Gesundheitszentren

Konzentrierte Versorgung der Patienten, enge Zusammenarbeit der Ärzte und der sonstigen Leistungserbringer und ein schnelles Case-Management: das Ärztenetz Hamburg agiert in der Nähe einer Ballungsregion mit diesen Methoden erfolgreich gegen Medizinische Versorgungszentren, die in der Metropole Hamburg von privaten Investoren errichtet wurden.

Um die Patientenversorgung auf dem höchsten Stand zu halten, reagiert das Ärztenetz, das insgesamt rund 220 Mitglieder aus allen Sektoren der Gesundheitsversorgung umfasst (Kliniken, Heilmittelerbringer, Logopädie etc.) immer schneller auf die zunehmende Veränderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Behandlungsleitlinien und Qualitätsnormen werden ständig angepaßt.

- Ein netzinternes Qualitätsmanagement nach DIN-ISO ermöglicht allen Mitgliedern qualitativ gesicherte Leistungen anzubieten
- Mit Hilfe eines virtuellen Terminpools innerhalb des Ärztenetzes bekommen Patienten nicht nur eine Behandlung durch den vertrauten Arzt, sondern im Bedarfsfall auch ein „Case-Management“, das andere Fachrichtungen mit einschließt
- Standardisierte, an Leitlinien orientierte Patientenpfade zu Krankheitsbildern wie Diabetes, Tinnitus, Kopfschmerzen, Schwindel und bestimmte Krebserkrankungen führen den Patienten schnell zu Diagnose und Therapie und reduzieren effizient stationäre Einweisungen
- Integrierte Versorgungsverträge zu Herz- und Koronarerkrankungen, Rückenschmerzen und Osteoporose optimieren den reibungslosen schnellen Behandlungserfolg.

Kernbestandteil der Netzaktivitäten stellt aber auch die Gründung von Gesundheitszentren dar. Im Hamburger Stadtteil Lokstedt ist vor Kurzem der fünfte Zusammenschluss haus- und fachärztlicher Praxen des Netzes entstanden. Kerngedanke der Gesundheitszentren aus dem Netz: Die Praxen der Mitglieder bleiben an ihrem Standort erhalten und gewährleisten damit die wohnortnahe Versorgung. Innerhalb der Zentren tauschen sich die Mitglieder eng aus und treten etwa über gemeinsame Flyer an die Patienten heran. Um den Wettbewerbsvorteil von Ärztezentren, deren Praxen unter einem Dach arbeiten, auszugleichen, sorgt eine virtuelle Rezeption für kurze Wartezeiten und enge Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte. Damit bleibt zugleich eine persönliche Patientenbetreuung durch die vertrauten Ärzte möglich. „Die Gesundheitszentren vereinen so die Vorteile eines medizinischen Versorgungszentrums, bei zusätzlichem Erhalt der wohnortnahen und persönlichen Patientenversorgung“, teilte das Netz mit. Derzeit ist das Ärztenetz Nordwest als Verein geführt. In § 17 der Vereinssatzung heißt es: Der Verein ermöglicht die Bildung von Gesundheitszentren, die innerhalb des Vereins wie Abteilungen geführt werden. Diejenigen Mitglieder, die sich an einem Gesundheitszentrum beteiligen, sollen untereinander eine IT-Vernetzung aufbauen und unterhalten. Sie sind verpflichtet an vom Vorstand des Vereins festgelegten erweiterten Qualitätsmanagementmaßnahmen teilzunehmen. Innerhalb der Gesundheitszentren gibt es gemeinsame Personalpools für nichtärztliche Praxisangestellte. Auch derartige Modelle können einen Beitrag leisten, die Attraktivität der Niederlassung zu steigern.

BEISPIEL 3:

Zusammenschluß von Landpraxen zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften

Die Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum Oberschwabens seit vordergründig derzeit noch im Lot zu sein. Betrachtet man jedoch die Altersstruktur der Hausärzte, so wird dem Kundigen schnell bewußt, dass bereits heute vorausschauende Konzepte nicht nur zu planen sondern auch umzusetzen sind. Das “Regio Konzept“ des KV-Vorstandes kann hier in angepasster Form eine gute Unterstützung sein. Der Zusammenschluss von Landpraxen zu überörtlichen Gemeinschaftspraxen (ÜBAG’s) mit bis zu zwei Nebenstandorten ist eine von vielen Möglichkeiten und bietet Raum für Teilzulassungen zwischen Senior- und Juniorpartnern sowie angestellten Ärzten mit beschränkter oder voller Zulassung als attraktive Basis für langsam ausscheidende und neu einsteigende Kolleginnen und Kollegen. Kreative Beteiligungs- und Arbeitszeitmodelle sind besonders auch unter dem Gesichtspunkt der steigenden Zahl weiblicher Hausärzte möglich. Durch Vermehrung der Köpfe in dem Konstrukt der ÜBAG reduzieren sich auch in kleinen Notdienstbezirken die Frequenz und Belastung durch die Notfalldienstpflicht deutlich. Letztlich ist es möglich, dass sich solche „Hausarztzentren durch den Zusammenschluss von ÜBAG’s (Gemeinschaftspraxen) mit

weiteren Hausarztpraxen in Praxisgemeinschaften mit dem Ziel einer dauerhaften, flächendeckenden hausärztlichen Versorgung erweitern. Auch die eigenständige Anbindung an Facharztpraxen oder MVZ's und Kliniken zwecks Kooperation wäre denkbar. Die dazu erforderliche Vernetzung der Praxisverwaltungssysteme (EDV) stellt heute kein Problem dar, hat doch das Ärztenetz am Schussental (aeneas eG) gemeinsam mit dem Labor Dr Gärtner ein solches Konzept bereits in rd. 30 Pilotpraxen implementiert. Der Verfasser des Teilabschnittes hat bereits den ersten Schritt getan und betreibt seit 1. Januar 2011 gemeinsam mit einer weiteren Landpraxis an zwei Standorten eine ÜBAG als Hausarztzentrum zusammen mit zwei weiteren zugelassenen Hausärzten und einer genehmigten angestellten Ärztin. Die problemlose EDV-Vernetzung der beiden Standorte wird nach dem aeneas Konzept DIVA erfolgreich praktiziert. Zur Förderung des Interesses an der Hausarzttätigkeit fördert das Hausarztzentrum als akademische Lehrpraxis der Univerität Ulm und als Weiterbildungspraxis für Allgemeinmedizin die hausärztlichen Belange bei den jungen Kolleginnen und Kollegen im Rahmen des Studienpraktikums Allgemeinmedizin und der 24 monatigen Facharztweiterbildung. Ein Zentrumsinternes QM-System zertifiziert nach DIN ISO 9001:2008 gewährleistet Transparenz und gleichbleibend Qualitätsgesicherte Leistungen aller Partner. Lediglich die starren Regeln der Honorardeckelung erschweren derzeit eine sinnvolle Arbeit und mindern die finanzielle Attraktivität für beitretende Kolleginnen und Kollegen für die Zukunft. Hier ist der KV Vorstand mit seinen Überlegungen zur Regio-Praxis aufgerufen eilends Abhilfe und für innovative Hausärzte im ländlichen Raum Anreize durch den Wegfall der Honorardeckelung zu schaffen. Innovationen bedeuten Investitionen und finanzielle Planbarkeit um die Freiberuflichkeit auch bei den Hausärzten zu erhalten .

BEISPIEL 4:

Praxisnetz Donau-Ries – Ein Förderprogramm für den ärztlichen Nachwuchs

Mit einem Förderprogramm wollen die etwa 70 Haus- und Fachärzte im Praxisnetz Donau-Ries und Umgebung den ärztlichen Nachwuchs für eine künftige Tätigkeit in ihrer Region gewinnen. „Die niedergelassenen Kollegen im Landkreis und an den Krankenhäusern seien bereit, bei den Medizinstudierenden „Überzeugungsarbeit“ zu leisten“, berichtete der Vorsitzende des Praxisnetzes. „Dazu sollen Famulatur- und PJ-Plätze sowie Weiterbildungsstellen in den Praxen des Netzes und an den Krankenhäusern in der Region geschaffen werden. Auch um Wohnmöglichkeiten und um eine angemessene Bezahlung wolle man sich kümmern“, berichtete der Netzvorstand in einer Presseerklärung. Denkbar sei eine Vernetzung mit bestehenden Förderprogrammen. Auslöser für die Initiative war die Schließung von vier hausärztlichen Praxen kurz hintereinander, die nicht nachbesetzt werden konnten. Um den Nachwuchs für eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen, sei auch die Kommunal- und Landespolitik gefordert, meinen die Vorstandsvertreter des Netzes. So seien finanzielle Anschubfinanzierungen notwendig, um die Kreditwürdigkeit junger Kollegen, die sich auf dem Land niederlassen wollen, zu fördern. Außerdem sollten Stipendien aufgelegt werden, die Medizinstudenten erhalten sollen, die sich verpflichten einige Jahre auf dem Land zu praktizieren. Die letztgenannten Punkte fließen nach derzeitigem Stand in Teilbereichen auch in das geplante Versorgungsgesetz ein. Die Initiierung einer Imagekampagne über die positiven Seiten der Niederlassung, die an junge Nachwuchsmediziner gerichtet ist, könnte und sollte aber auch als Netzaufgabe verstanden werden. Frei werdende Arztstellen können sicherlich nicht besetzt werden, wenn Medizinabsolventen stets nur mit Horrorszenarien der gegenwärtigen Medizinergeneration konfrontiert werden.

FAZIT: Ärzte-/Gesundheitsnetze können einen Beitrag leisten, dem drohenden Ärztemangel, vor allem im hausärztlichen Bereich zu begegnen. Weitere Punkte, wie z.B. die Organisation einer optimierten Notfallversorgung – die als Netzaufgabe verstanden werden kann bzw. verstanden werden sollte – wurden in o.g. Beispielen noch nicht angesprochen, da dieser Punkt in der nächsten Dialog-Ausgabe thematisiert werden soll. Allen Modellen liegen aber folgende Tatsachen zu Grunde: Ärztenetze können nur dann einen wirklichen Beitrag leisten, wenn die Teilnehmer der Kooperation auch netzspezifische Regeln mit hohem Engagement erarbeiten und diese dann auch bereit sind einzuhalten. Gute Modelle sind immer sektorenübergreifend angelegt. Die Verteidigung von Machtverhältnissen in ambulanten oder stationären Strukturen sind überholt – gefragt ist wirkliche Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten entlang des Versorgungsprozesses. Ferner: allein durch EDV-Vernetzung ist ein Netz noch lange nicht „vertragsreif“. Durch EDV-Vernetzung werden aber Kooperationsprozesse optimiert und Ressourcen eingespart. Allein dadurch resultieren – auch ohne zu Grunde liegenden Selektivvertrag – Effekte, die dem Netz und der Patientenversorgung zu Gute kommen. Ärztenetze sollten sich als regionale Gesundheitsdienstleistungsunternehmen verstehen und dementsprechend auch verbindliche unternehmerische „Spielregeln“ aufstellen. So kann die Attraktivität des Arztberufes auch in freiberuflicher Niederlassung gewährleistet werden.

Für Kommentare zu diesem Artikel wären wir dankbar: service@gnsued.de

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Dr. Michael Häussler

Der (gute) Netzarzt

Der Netzarzt ist ein niedergelassener Arzt, der in Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft ein Unternehmen zur Behandlung und Betreuung von Patienten in der ambulanten Medizin eigenverantwortlich führt.

Er ist Einzelkämpfer in der medizinischen Versorgungslandschaft und deshalb auch den Interessen von Politik und Krankenkassen besonders ausgeliefert. In Zeiten, in denen der Vertragsarzt sich durch seine KV nicht mehr ausreichend vertreten sieht, ist er gezwungen, sich in einer Gruppe gleichgesinnter Kollegen zusammen zu schließen. Mithin muss er der alten lateinischen Weisheit „DIVIDE ET IMPERA“ entgegenzutreten bereit sein, indem er sich in einer Gemeinschaft Gleichgesinnter zusammenschließt. Dazu bietet es sich an, dass er sich an der Gründung eines Ärztenetzes beteiligt, oder sich einem Ärztenetz anschließt.

Visionen, ein kleinster gemeinsamer Nenner und die erforderliche Verbindlichkeit sind un-verzichtbar Eckpunkte, die von den Mitgliedern eines Ärztenetzes mitgebracht oder beachtet werden müssen. Dabei ist eigentlich die Kollegialität bereits der einzufordernde kleinste gemeinsame Nenner unter Ärzten.

Der Einsatz, besser noch der aktive Einsatz von Netzmitgliedern stellt das Lebenselixir eines Ärztenetzes dar. Verbindlichkeit für die Netzmitglieder ist eine Voraussetzung für Netzarbeit, wie die Luft zum Atmen. Verträge eines Ärztenetzes, die zum Vorteil der Mitglieder und zur Erhaltung des Geschäftsbetriebes des Netzes unverzichtbar sind,

müssen für die Netzmitglieder bindend sein. Die Nichteinhaltung von Verträgen des Ärztenetzes muss Konsequenzen haben.

Wenn ein Netzmitglied das Vertragsangebot eines Kooperationspartners nicht wenigstens prüft, bevor es mit einem anderen Anbieter abschließt, missachtet es die Netzarbeit.

Es gibt viele Arten des Engagements, die wie Knoten oder Synapsen in einem Netz wirken, aber fehlt es an Bereitschaft zum Kontakt oder zur Zusammenarbeit, egal auf welcher Ebene, sabotiert das die Netzarbeit.

Für mich ist ein Arzt dann ein guter Netzarzt, wenn er über den eigenen Tellerrand hinausschaut, nicht anderen Kollegen etwas nicht gönnt, stattdessen durch Zusammenarbeit den gemeinsamen Vorteil sucht und festigt und so den Weg zu gemeinsamem wirtschaftlichem Erfolg tatkräftig unterstützt.

Ein guter Netzarzt hat auch die Aufgabe andere Ärzte für den Vernetzungsgedanken zu begeistern, die Vorteile der Netzarbeit herauszustellen und das Ärztenetz nach aussen zu vertreten.

Vorteile, die sich Netzärzte so erarbeiten, sind legitim und nicht rechtswidrig. Sie stellen auch praktisch immer Vorteile für die behandelten Patienten dar.

Arco®
VerrechnungsSysteme GmbH
Rechenzentrum für Ärzte und Kliniken

Als eines der bundesweit führenden Abrechnungszentren
für Ärzte und Kliniken sind wir weiter auf Erfolgskurs.

**Sie suchen Qualität in der Abrechnung
und persönliche Betreuung?**

Als empfohlener **Partner des Gesundheitsnetz Süd eG**
erhalten Sie als GNS-Mitglied eine Abrechnungsgebühr von

0,95% vom Umsatz*

So wirtschaften Sie optimal
für Ihre Praxis oder Ihr Krankenhaus.

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht.

*zzgl. einer Portopauschale von 1,35 EUR

Arco VerrechnungsSysteme GmbH
Rechenzentrum für Ärzte und Kliniken
Hindenburgstraße 23a · 21335 Lüneburg
Tel. 0 41 31 - 26 37 - 0 · Fax 0 41 31 - 26 37 - 500

www.arcogmbh.de

Ein Beitrag von Wilfried Maier

Berufsunfähigkeitsabsicherung für Schüler, Studenten, Ärzte – ein wichtiger Baustein für die finanzielle Absicherung

Sind Ihre Kinder auch im Studium oder in der Ausbildung? Dann ist es wichtig rechtzeitig an die Absicherung gegen das Risiko der Berufsunfähigkeit zu denken.

Berufsunfähigkeit, eine Gefahr, von der sich zunächst kaum jemand angesprochen fühlt. Und es passiert oft schneller, als man erwartet. Jeder Vierte scheidet aus gesundheitlichen Gründen aus dem Berufsleben aus. Vor einigen Jahren waren noch Herz-Kreislauferkrankungen die häufigsten Ursachen. Heute sind mit 33% vor allem psychische Leiden die Hauptursache.

Die Folgen von Berufsunfähigkeit sind fatal – denn die staatliche Absicherung ist unzureichend. Für alle, die nach 1960 geboren sind, zahlt der Staat **keine** Berufsunfähigkeitsrente. Stattdessen gibt es nur eine magere Erwerbsminderungsrente. Jede denkbare Arbeit ist zumutbar – egal, ob ein Job gefunden wird oder nicht. Nur wer weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann, erhält die volle Rente – und das sind **gerade mal circa 30% vom letzten Brutto.** Wer mehr als drei Stunden arbeiten kann, erhält nur die Hälfte. Wer mehr als sechs Stunden arbeiten kann, erhält nichts.

Gar keinen Schutz haben Schüler, Studenten und Berufsanfänger. Besonders hart trifft es diese Gruppen, denn ein Rentenanspruch besteht erst wenn mindestens 60 Monate lang Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einbezahlt wurden, davon wenigstens 36 Monatsbeiträge in den letzten 60 Monaten. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, geht der Betroffene völlig leer aus (Ausnahme: die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit wurde durch einen Arbeitsunfall verursacht).

Nur wer kerngesund ist, bekommt einen umfassenden Schutz. Die Aufnahmekriterien werden immer strenger. So bekommen bei den sehr guten Gesellschaften nur noch kerngesunde Personen eine umfassende Absicherung. Der aktuelle Gesundheitszustand ist der Dreh- und Angelpunkt. Und es ist bekannt, daß im Laufe der Zeit immer mehr Krankheitsbilder dazukommen.

Eine Vielzahl uns bekannter Fälle bestätigt dies. Die Verbraucherschützer laut „Finanztest“ raten, sich bereits **in jungen Jahren abzusichern**, weil die Beiträge dann am niedrigsten sind. Mit einer sogen. Nachversicherungsgarantie kann die Absicherung dann später ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden.

Daraus ergibt sich die Erkenntnis:
Die private Berufsunfähigkeitsvorsorge ist **unverzichtbar**, insbesondere bei Schülern, Studenten und Berufsanfängern.

Bitte Refax an 07391 5865451

Praxisstempel

Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Mitglieds-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Vollständiger Name und Anschrift des Beitretenden/Mitglieds/Praxisstempel

Name _____ Telefon _____

Straße _____ E-mail _____

PLZ/Ort _____ Fax _____

Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen

☐ Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Genossenschaft.

GNS Mitgliedschaft ohne Risiko!

Der Beitritt zum Gesundheitsnetz Süd kostet Sie einmalig 500 Euro, es gibt keine Folgekosten (wie z. B. Beiträge).
Im Falle Ihres Austritts erhalten Sie die 500 Euro zurück.
Kein Risiko – Geld-zurück-Garantie!!!

Rückantwort bitte per Fax an
07391 5865451

ANZEIGE

Cetirizin: Effektive Hilfe bei allergischer Rhinokonjunktivitis

Kaum zeigt sich im Frühjahr frisches Grün, klagen die ersten Patienten im Wartezimmer über Heuschnupfen. Kein Wunder, denn immer mehr Menschen in Deutschland sind betroffen: Etwa 13 Prozent der Kinder und 20 Prozent der Erwachsenen leiden unter einer allergischen Rhinokonjunktivitis. Eine effektive und gut verträgliche Symptomkontrolle lässt sich mit Cetirizin erreichen, das bereits bei Kindern ab zwei Jahren eingesetzt werden kann.

Besonders häufig sind umherfliegende Pollen von frühblühenden Bäumen wie Hasel, Erle und Birke sowie von Gräsern und Getreide für die allergische Reaktion vom Soforttyp verantwortlich. Die Ausschüttung von Histamin und anderen Mediatoren führt zu den bekannten Symptomen wie Niesattacken, Fließschnupfen und Reizungen der Bindehaut. Wird ein Heuschnupfen nicht sachgerecht therapiert, kann sich ein „Etagenwechsel" vollziehen: Etwa 30 Prozent der Heuschnupfen-Patienten entwickeln innerhalb von zehn Jahren ein Asthma bronchiale. Problematisch können auch Kreuzallergien mit Nahrungsmitteln sein.

Eine effektive und gut verträgliche Linderung der Symptome der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis kann mit Cetirizin (z.B. Cetirizin ratiopharm®) erreicht werden: Der Wirkstoff wird bei oraler Gabe gut und rasch resorbiert und hebt kompetitiv die Wirkung von Histamin am H1-Rezeptor auf. Das moderne H1-Antihistaminikum Cetirizin weist nur eine geringe Lipophilie auf – entsprechend gering ist die sedierende Wirkung. Cetirizin ratiopharm® steht für Erwachsene und Kinder ab sechs Jahren als 10 mg Filmtablette zur Verfügung. Bereits für Kinder ab zwei Jahren gibt es Cetirizin-ratiopharm® als laktosefreien Saft mit Bananengeschmack.

Gemäß der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA kann Cetirizin ratiopharm® in bestimmten Fällen zu Lasten Gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV) verordnet werden: Dies ist die Therapie einer schwerwiegenden allergischen Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist sowie die Therapie schwerer, rezidivierender Urtikarien und schwerwiegender, anhaltender Pruritus. Die gleiche Regelung gilt (mit Ausnahme des Pruritus) übrigens auch für Loratadin ratiopharm®.

Daneben bietet Ihnen ratiopharm im rezeptpflichtigen Bereich das hochpotente Antihistaminikum der 3. Generation: Levocetirizin-ratiopharm 5 mg Filmtabletten (Original: Xusal®):

Die wichtigsten Vorteile von Levocetirizin-ratiopharm gegenüber Cetirizin (Antihistaminikum der 2. Generation):

- Doppelt so hohe Affinität zum H1-Rezeptor – daher halbe Dosis!
- Längerer antihistaminerger Effekt (längere Bindungsdauer an H1-Rezeptor)

Loratadin (Antihistaminikum der 2. Generation):

- Schnellerer Wirkungseintritt
- Wechselwirkungspotentzial geringer
- Bei Urtikaria effektiver als Loratadin oder Desloratadin

Um Heuschnupfenpatienten den Umgang mit ihrer Erkrankung zu erleichtern, stellt das Unternehmen ratiopharm eine Vielzahl an Servicematerialien zur Verfügung, darunter Beipackzettel in türkischer Sprache und eine Pollenflug-App (kostenlos zum Herunterladen auf das iPhone, ab April auch für andere Android basierte Smartphones). Im Internet finden sich unter **www.allergie.ratiopharm.de** zahlreiche Informationen für Patienten (z.B. auch ein Pollenflugkalender).

Heuschnupfen?
Dafür gibt‘s doch ratiopharm.

- Cetirizin-ratiopharm® gibt dem Heuschnupfen keine Chance.
- Bereits eine Anwendung bringt schnelle und zuverlässige Linderung

Fragen Sie in Ihrer Apotheke nach ratiopharm.
www.allergie.ratiopharm.de

ratiopharm
Gute Preise. Gute Besserung.

Cetirizin-ratiopharm® bei Allergien Filmtabletten. **Wirkstoff:** Cetirizindihydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Bei Erw. und Kdrn. ab 6 Jahren: zur Linderung von Nasen- und Augensymptomen bei saisonaler und ganzjähriger allergischer Rhinitis, zur Linderung von chronischer Nesselsucht (chronischer idiopathischer Urtikaria). **Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.** Stand: 08/10. **ratiopharm GmbH,** 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Drohende Lücken rufen Politiker auf den Plan

Mit besserer Bezahlung und neuen Strukturen ärztliche Versorgung auf dem Land erhalten

Politiker aus dem Bund, den Ländern bis hin zum Landkreistag und den Kommunen haben den Landarzt als Patienten im Blick. Bis Anfang 2012 soll mit einem Versorgungsgesetz der absehbaren Unterversorgung mit Ärzten in Teilen des ländlichen Raums wieder einmal gegengesteuert werden. Zuletzt hat 2007 die Politik in die Regeln eingegriffen und mit der Änderung des Vertragsrechts störende Orts-, Praxis-, Fachgebiets- und Altersgrenzen eingeebnet. Doch inzwischen ist jedermann klar, dass sich allenfalls ein kurzfristiger Effekt bei der medizinische Versorgung auf dem Land erzielen lässt, wenn einer in wenigen Jahren sprunghaft überalternden Berufsgruppe die verbindliche Pensionsgrenze erspart wird.

Mitte Februar hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) ein Diskussionspapier zur Vorbereitung des Versorgungsgesetzes vorgelegt. Demnach sollen mehr Studienplätze für Humanmedizin geschaffen werden. Beim Zulassungsverfahren soll die Abiturnote als alleiniges Kriterium entfallen. Drei bis fünf Prozent der Plätze sollen Studierenden vorbehalten bleiben, die später als Landarzt praktizieren wollen. Weil diese Reformschritte – wenn überhaupt – erst greifen, wenn ein großer Teil der im Mittel 55 Jahre alten niedergelassenen Mediziner auf dem Land bereits aus den aktiven Berufsleben ausgeschieden sind, will Rösler kurzfristig Landärzte mit besseren Honoraren locken. Dazu könnten auch die üblichen Mengenbegrenzungen für Ärzte im ländlichen Raum entfallen. Weiter sollen Ärzte aus Krankenhäusern verstärkt in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Zudem sollen Praxen in überversorgten Gebieten durch Prämienzahlungen abgelöst werden und die Länder, die bisher lediglich bei der Krankenhausplanung mitwirkten, Einfluss auf die bisher allein von KV und Kassen getroffene Auswahl künftiger Arztsitzen erhalten.

Auf einer Klausurtagung der CDU/CSU/FDP-Koalitionäre Ende Februar konnte man sich noch nicht auf eine gemeinsame Linie bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einigen. Die Forderung der FDP, dass ein MVZ nicht als Aktiengesellschaft geführt werden darf, und der ärztliche Leiter dort mitarbeiten muss, findet bei der CDU keine Unterstützung, auch wenn hierbei Ausnahmen für unterversorgte Gebiete im Gespräch sind. Geplant ist weiter, dass sich Ärztinnen zur Kindererziehung bis zu drei Jahre vertreten lassen können. Im April soll koalitionsintern weiter verhandelt werden.

Das Wahlprogramm der FDP in Baden-Württemberg setzt ebenfalls auf materielle Anreize und auf die Weiterentwicklung von Selektivverträgen, die weiter neben die Regelversorgung treten sollen. Altbekannte Stichworte sind der Bürokratieabbau und die Korrektur der Arzneimittelbudgets. Gesundheitsnetzwerke und eine verfeinerte, auf regionale Bedürfnisse abgestellte Bedarfsplanung sollen geschaffen und eine „Wettbewerbsverzerrung“ zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verhindert werden. Die FDP reklamiert für sich das in der ablaufenden Legislaturperiode aufgelegte Aktionsprogramm „Landärzte“ der schwarz-gelben Koalition in Stuttgart, das eine flächendeckende ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg sicherstelle.

Die CDU-Bundestagsfraktion hat mit Blick auf das seit Herbst 2010 angekündigte Versorgungsgesetz ein eigenes Papier vorgelegt, das zu Teilen bereits in das oben referierte Diskussionspapier des Bundesgesundheitsministers eingeflossen sein dürfte. So findet sich dort, wie oben ebenfalls ausgeführt, die CDU-Forderung, frei werdende Praxen in überversorgten Gebieten nicht in jedem Fall wieder zu besetzen, sondern den überzähligen Arztsitz beim bisherigen Inhaber finanziell abzulösen. Im CDU-Papier wird auch der Abschied von der heutigen Bedarfsplanung „hin zu einer auf den Patienten bezogenen Versorgungsorientierung“ das Wort geredet, denn mit den alten Mitteln sei nicht verhindert worden, dass es in einem „durch Hoch- und Überversorgung geprägten Land überhaupt zu Versorgungsengpässen kommt.“ Bei einer künftigen Versorgungsplanung sollen Vertreter der Kommunen und Patienten beratend mitwirken. Unter anderem wird eine kleinräumige und nach primär- und nach fachärztlich spezialisierter Versorgung getrennte Planung gefordert, die bei Unterversorgung auch das Potenzial stationärer Versorger nutzen will. Planungsbereiche sollen sich nicht weiter streng an Stadt- und Landkreisgrenzen orientieren. Bei der Vergütung, der künftigen Organisation der Notdienste und der Steuerung der Zulassung sollen die Bedürfnisse ländlicher Regionen stärker berücksichtigt werden, heißt es weiter in dem 14-Punkte-Papier. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und mobile Arztstationen werden

als „wichtige Ergänzung“ zu herkömmlichem Angebot in unterversorgten Gebieten gewürdigt.

Die Sozialdemokraten wollen in ihrem „Regierungsprogramm Baden-Württemberg 2011“ bei Mängeln in der ambulanten Versorgung „mit den Ärztinnen, Ärzten und Krankenkassen, unterstützt durch das Land, Kommunale Gesundheitszentren (KGZ) aufbauen. Die bisherige „Steuerung der Gesundheitsversorgung“ ist der SPD „zu zentralistisch“. An ihre Stelle will sie einen Landesgesundheitsplan setzen, der von Bürgern, Ärzten und Kassen entwickelt werden soll. Zudem sollen „Gesundheitsregionen“ mit eigenem Budget organisiert werden, was insbesondere der Versorgung im ländlichen Raum auf die Sprünge helfen soll.

Die Bündnisgrünen kombinieren „kleinräumige Planungsbezirke“ für die niedergelassenen Ärzte mit „Anreizstrukturen“. Genannt werden niedrige Praxismieten, Umsatzgarantien und Rotationssysteme für Landärzte auf Zeit. Spezielle Lehrstühle an allen Medizinischen Fakultäten sollen den Stellenwert der Allgemeinmedizin fördern, eine analoge Förderung sollen die nichtärztlichen Medizinberufe erfahren. Die sollten, geht es nach den Grünen, in Zukunft enger mit der ärztlichen Tätigkeit verzahnt werden etwa in Praxisteams oder Gesundheitszentren, die auch verstärkt Kooperationen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eröffnen sollen. Solche Kooperationsformen haben neben der besseren Patientenversorgung für die Grünen auch den Charme geregelter Arbeitszeit und besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Wolfgang Schmid

Neues aus den Netzen

Ein Beitrag von Dr. C. W. Frey

„Tag der Arztpraxis“ am 16.04.ab 9 Uhr im Haus der Kreissparkasse in Ravensburg (Meersburgerstraße). Es erwarten Sie hochkarätige Vorträge und Seminare für Ärzte und Medizinisches Fachpersonal rund um das Thema „Unternehmen Arztpraxis“. Die Veranstaltung ist fokussiert auf junge niedergelassene und niederlassungswillige Kollegen sowie Ärzte, die ihre Praxis in nächster Zeit abgeben möchten. Die Seminare und Vorträge sind bei der Ärztekammer für Fortbildungspunkte angemeldet. Bitte beachten Sie die Aussendungen von Aeneas und GNA sowie der Kreissparkasse als Sponsor.

gesundheits netz allgäu

aeneas

Berufspolitik

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Ulrich Clever, neuer Präsident der Landesärztekammer im Gespräch

Wider das Gegeneinanderspielen

Dr. Ulrich Clever, Gynäkologe in Freiburg, ist neuer Präsident der Landesärztekammer. In den Reihen des GNS ist Clever zuletzt bei den KV-Wahlen hervorgetreten, als er mit einer Gruppe unabhängiger Ärzte aus Südbaden auf der von GNS initiierten Liste der UnabhängigenÄrzteAllianz kandidierte und dann auch in die Vertreterversammlung der KV gewählt wurde. Clever, der in Freiburg, London und Pittsburgh Medizin studierte, seine Facharztweiterbildung unter anderem in Straßburg absolvierte und nach einem zusätzlichen Geschichtsstudium und einer Dissertation über „Geburtshilfe im 18. Jahrhundert“ sich in Freiburg als Facharzt niedergelassen hat, ist ein berufspolitisch eng und interessant beschriebenes Blatt. Mit seiner Forderung, der sprechenden Medizin den ihr zustehenden Rang einzuräumen, gelang ihm in den Neunzigern auf Anhieb, sich standespolitisch einen Namen zu machen. Ein Thema das gegenwärtig ist, wenn er schreibt, er sei seit 1991 in seiner „gesprächsorientierten Frauenarztpraxis“ tätig. Als neuer erster Repräsentant von 56.000 Ärzten im Land ist er jedem unfruchtbaren „Gegeneinanderspielen“ der einzelnen Ärztegruppen abhold. Zusammen mit seinen Kollegen aus Bayern und Hessen ist er der einzige Nicht-Kliniker im Präsidentenamt. Er will der Kammer „als der ersten großen ärztlichen Körperschaft“ nach außen ein unverkennbar eigenständiges Gesicht geben. In den „zunehmenden juristischen, ökonomischen und auch medialen Konflikten“, so Clever, soll sie sich nach außen schützend vor ihre Mitglieder stellen und im Innenverhältnis „bei Konflikten vermitteln“. Das verlangt uneitle, gesprächsorientierte Mediation. Betrachtet man sein Herkommen, darf man Clever das zutrauen.

Der BVÄG hat einen neuen Vorstand

Dr. Gunnar Herberger (Deidesheim) zum Vorsitzenden gewählt

■ Turnusgemäß trafen sich die Mitglieder des Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften e. V. (BVÄG) am 12. Februar in Köln zur ersten Sitzung in diesem Jahr. Auf der Mitgliederversammlung wurden einstimmig Dr. Gunnar Herberger (FA für Allgemeinmedizin in Deidesheim) zum neuen Vorsitzender und Dr. Ulrich Filzmayer (FA für Orthopädie in Schifferstadt) zum Stellvertreter gewählt.

Dr. Gunnar Herberger

Der bisherige BVÄG-Vorsitzende, Dr. Joachim Wagner (Ludwigshafen), hatte im Vorfeld angekündigt, dass er für eine weitere Amtszeit im Vorstand nicht mehr zur Verfügung stehen werde. Dr. Martin Wagner (GNS/Ehingen) dankte seinem Namenskollegen Joachim Wagner für die engagierte Arbeit in einer deutlich herausfordernden Zeit.

Da 2010 bereits der Sitz des stellvertretenden Vorsitzenden nicht mehr besetzt war, war es erforderlich, den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter zu suchen. In offener Aussprache fanden sich Dr. Ulrich Filzmayer und Dr. Gunnar Herberger als zu wählende Kandidaten. Beide haben ihre Heimat in der in der Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG (GO-LU) bzw. der Gesundheitsorganisation Rhein-Saar eG (GO-RS) und sind seit Jahren mit ärztegenossenschaftlicher Thematik vertraut. Gunnar Herberger und Ulrich Filzmayer wurden von anwesenden Mitgliedern gewählt. Andreas Rinck bleibt weiterhin Schatzmeister.

Der bisherige Vorstand zeigt in seinem Tätigkeitsbericht für 2010 eine ganze Reihe von Aktivitäten auf. Zahlreiche Gespräche mit der Allianz der Ärzte und die Abstimmungen im BVMG forderten ihre Zeit genauso wie das „Parlamentarische Frühstück“ im März 2010. Andreas Rinck konnte auf eine ausgeglichene Kassenlage hinweisen, wobei für alle Mitgliedsgenossenschaften eine faire und verträgliche Gebührenordnung entscheidend ist.

Dr. Ulrich Filzmayer

Der BVÄG bündelt die Interessen der deutschen Ärztegenossenschaften und ist ein wichtiger Partner in der Allianz der Ärzte in Berlin.

Interessiert an „perspectiv“?
Sie finden die kompletten „perspectiv“-Ausgaben der Ärztegenossenschaften über die Internet-Seite von

www.q-pharm.de

Es gilt weiterhin das klare Nutzenversprechen!

23. Q-Pharm Partnertreffen: Kooperationsbeteiligte trafen sich diesmal in Köln

■ Mitten in der närrischen Jahreszeit, doch ohne damit konfrontiert zu werden, trafen sich am 11. Februar die Vorstände und Geschäftsführungen der Q-Pharm-Kooperationspartner in Köln. Auch dieses 23. Arbeitstreffen mit rund 25 Teilnehmern war durch eine sachliche und arbeitsintensive, aber auch sehr vertrauensvolle Atmosphäre gekennzeichnet.

Im Wesentlichen setzten sich die Teilnehmer mit den teilweise drastisch veränderten Marktbedingungen für Q-Pharm auseinander. Die Handhabung der Rabattverträge der Krankenkassen und der daraus entstehende Preisdruck haben deutliche Spuren hinterlassen. Deutlich gemacht wurde auch folgende entscheidende Botschaft, die noch nicht bei allen Genossenschaftsmitgliedern angekommen ist: Q-Pharm Arzneimittel sind oft mehr als 60 % preiswerter!

Konzentriert erarbeiteten die Teilnehmer Botschaften für die Mitglieder, denn es gilt weiterhin das ganz klare Nutzenversprechen: Ärztegenossenschaften stehen für freie Berufsausübung, kümmern sich um ihre Mitglieder in vielen konkreten Berufsbelangen und qualifizieren das Praxisteam in den wesentlichen Themenbereichen. So konnte eine ganze Reihe von guten Argumenten für die aktive Mitgliedschaft in einem Netz und einer Ärztegenossenschaft zusammengestellt werden.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zudem erneut mit dem inzwischen schon ermüdenden Thema „Aut-idem-Kreuz“ auseinander. Offensichtlich gelingt es einzelnen Krankenkassen und KVen immer wieder, die Ärzte zu verunsichern, wenn es um die Anwendung des Aut-idem-Kreuzes geht. Allen Unkenrufen zum Trotz – das Aut-idem-Kreuz ist erlaubt und immer dann sinnvoll, wenn es um Dauermedikamente geht. Sonst riskiert der Arzt Therapiefehler, für die er haften muss.

In der Sitzung konnten viele Ideen aus den und für die Regionen entwickelt werden, so dass die Teilnehmer mit einem ganzen Paket voller Pläne und vereinbarter Aktionen nach Hause reisen konnten.

Impressum

Inhaltlich verantwortlich für die beiden Seiten „perspectiv“:
BVÄG e. V. sowie Q-Pharm AG.
Redaktion: Textagentur Caspari
(E-Mail: info@penelope-pr.de)

Neueinführung: Anastrozol-Q® Filmtabletten 1 mg

■ Die weltweit größte Brustkrebsstudie ATAC belegt, dass Anastrazol deutlich besser wirksam und verträglicher ist als Tamoxifen. Deshalb hat Q-Pharm zum 15. Februar **Anastrozol-Q® Filmtabletten 1 mg** in den Markt gebracht. Im Handel sind die Packungsgrößen 30 Stck. (N1) und 100 Stck. (N3). Damit wurde das Q-Pharm-Sortiment an budgetschonenden Arzneimitteln erweitert. Entsprechende Produktinformationen zu Anastrozol-Q® Filmtabletten 1 mg wurden den Ärzten im Februar postalisch übermittelt.

Erste Arzneimittelliste 2011

■ Die erste der vierteljährlich neuen Arzneimittellisten (AML) der Q-Pharm AG für das Jahr 2011 liegt den annähernd 10.000 genossenschaftlich organisierten Ärzten vor. Außer der Auflistung aller Q-Pharm-Arzneimittel und Packungsgrößen samt PZN enthält die aktuelle Broschüre wieder ein interessantes Thema: Dabei geht es um das AMNOG. Dieser Komplex wird ausführlich auch in der „perspectiv“-Ausgabe 1/2011 erörtert – abrufbar über die Internetseite **www.q-pharm.de**

Setzen des Aut-idem-Kreuzes noch wichtiger!

Denn: AMNOG erleichtert Austausch eines Arzneimittels

■ Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) wird den Absatz von Generika verändern; deren Verordnungen und Abgaben dürften ohne und vor allem mit Aut-idem-Kreuz ansteigen. Inwieweit das neue Gesetz auch der Vereinbarung und Anwendung integrierter Versorgungsverträge entgegenkommt, ist zurzeit noch offen. Jedenfalls sind die Pharmaunternehmen nun als unmittelbare Vertragspartner bei Versorgungskonzepten zugelassen.

AMNOG vereinfacht den Austausch eines verordneten Arzneimittels durch ein Rabattprodukt – das bedeutet: Für den Arzt, der das verhindern will, wird das Setzen des Aut-idem-Kreuzes noch wichtiger! Denn es können jetzt auch Arzneimittel dann ausgetauscht werden, wenn die Packungsgrößen nicht übereinstimmen und sich die zugelassenen Anwendungsgebiete nicht vollständig decken. Ein gemeinsames Anwendungsgebiet reicht in Zukunft dafür. Da aber nicht alle Anwendungsgebiete eines in der Apotheke abgegebenen Arzneimittels mit denen des verordneten übereinstimmen müssen und damit vielleicht auch nicht alle unterschiedlichen Dosierungen im Beipackzettel auftauchen, sollte der Arzt sich auf diesen auch nicht verlassen. Deshalb sollte er dem Patienten seine individuelle Dosierungsempfehlung schon in der Praxis mit auf den Weg geben. Das heißt: Das Aut-idem-Kreuz gilt weiter! Der Arzt, der es setzt, vermeidet Austauschkomplikationen! Hierzu vier Fragen und Antworten:

1. Muss der Patient z. B. bei der Q-Pharm-Verordnung, mit Aut-idem-Kreuz dazuzahlen bzw. das Präparat voll bezahlen? – Nein, der Patient muss das Präparat nicht voll bezahlen. Eine Zuzahlungspflicht besteht nur dann, wenn das Präparat nicht zuzahlungsbefreit ist. Zuzahlungsbefreite Präparate sind in der Q-Pharm-Arzneimittelliste grün gekennzeichnet. An der gesetzlichen Zuzahlung durch den Patienten hat sich mit dem AMNOG nichts verändert.

2. In der Praxis-Software könnten einige Q-Pharm-Arzneimittel als nicht „verordnungsfähig“ erscheinen. Muss auf ein anderes Medikament umgestellt werden, um „verordnungsfähig“ zu bleiben? – Nein – nach wie vor sind und bleiben alle Q-Pharm-Packungen voll verordnungsfähig. Bei dem Hinweis, das Präparat sei „nicht zulasten der GKV verordnungsfähig“, handelt es sich um ein rein technisches Problem. Da aber dabei auch gefragt wird, ob Sie das Präparat dennoch zulasten der GKV verordnen wollen, sollte dieser Hinweis mit „Ja“ bestätigt und das entsprechende Präparat mit der konkreten Stückzahl und Aut-idem-Kreuz verordnet werden.

3. Wie setzt der Arzt am ehesten seine Verordnungshoheit durch? – Zur Vermeidung von Austauschkomplikationen in der Apotheke und zur Sicherung von Therapiehoheit und Compliance wird die Verordnung der konkreten Stückzahl und das konsequente Setzen des Aut-idem-Kreuzes empfohlen. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass der Patient das verordnete Präparat auch tatsächlich bekommt.

4. Hat der Arzt bei Aut-idem einen Regress aufgrund der von ihm verursachten Mehrkosten fürchten? – Nein, denn bezüglich der Regelungen Aut-idem und Regress hat sich nichts geändert. Wenn die Verordnung medizinisch begründet ist, muss kein Regress befürchtet werden. Mit dem Zertifikat „Arzneimittel-Management mit Regress-Schutz“ garantiert Q-Pharm, dass Ärzte bei indikationsgerechter Verordnung von Q-Pharm Arzneimitteln generell keinen Regress zu fürchten haben.

Das Zertifikat kann tel. unter 0461 31559-56 angefordert werden.

Vertragseinbindung in den Praxisablauf

Kurzgefasste Tipps* für die MFA

■ Warum sollten eine Arztpraxis Selektivverträge einbinden? Nun, die zwischen Krankenkassen und Ärzten geschlossenen Verträge bieten Ihren Patienten eine langfristige und strukturierte ärztliche Versorgung und optimale Behandlungsabläufe. Die Praxis selbst sichert sich durch die Teilnahme zusätzliche Erlöse und verbessert dadurch die Wirtschaftlichkeit. Wie integriere ich am besten Verträge in den Praxisablauf?

Vertragsinhalte besprechen. Der Praxisinhaber informiert das gesamte Team über angebotene Verträge und Inhalte bzw. für welche Patienten der Vertrag interessant ist. Das Team sollte entscheiden, ob eine Teilnahme sinnvoll für Praxis und Patienten ist. Falls die Teilnahme klar ist, muss das gesamte Team wissen,

Vertragsmanagement:
Auf den Durchblick kommt es an!

worum es geht und insgesamt dahinter stehen.

Verteilung der Zuständigkeiten. Im Team wird festgelegt, wer welche Tätigkeiten übernimmt, so u. a.: Wer wählt die in Frage kommenden Patienten aus? Wer stellt die Vertragsunterlagen zusammen? Wer spricht die Patienten an? Wer überwacht die Einschreibung/Abrechnung?

Auswahl der Patienten. Der Vertrag gibt das Krankheitsbild und die Indikationen für mögliche teilnehmende Patienten vor. Mit Hilfe der Praxissoftware lassen sich die entsprechenden Patienten herausfiltern. Achten Sie darauf, dass diese Patienten der Krankenkasse angehören, die den jeweiligen Vertrag anbietet.

Vorteile für die Patienten zusammentragen. Stellen Sie im Team alle Vorteile für den Patienten zusammen. Sie spielen für das Patientengespräch eine wichtige Rolle (z. B. finanzielle Vorteile, neueste Behandlungsmethoden, Seminarangebote). Erstellen Sie ein schriftliches Konzept als Leitfaden für das Patientengespräch.

Vertragsunterlagen und Informationen. Prüfen Sie, welche Unterlagen der Vertragspartner für Ihre Patienten zur Verfügung stellt. Diese erhält die Praxis von der Krankenkasse oder anderen Vertragspartnern. Diese legen Sie in die entsprechende Patientenkartei. Es gibt auch Software-Programme für die Erst- und Folge-Dokumentationen. Legen Sie zu den Vertragsunterlagen auch das Gesprächskonzept, eine Liste von Hotline-Nummern vom Vertragspartner und Software-Anbieter, damit dort schnell nachgefragt werden kann. Zudem sollten die Patienten durch Aufsteller/Poster, Info-Mappe und Flyer oder durch einen „Patientenbrief“ auf den Vertrag aufmerksam gemacht werden.

Markierung der Patientendatei. Damit beim nächsten Besuch eines der in Frage kommenden Patienten gedacht wird, diesen anzusprechen, müssen alle ausgewählten Patienten in der Datei markiert sein (z. B. im Praxisverwaltungssystem durch Sichtfenster mit Hinweistext oder Symbol; bei Karteikarten z. B. mit Reitern).

*Auszüge aus Praxis-Profi 2010 (Lehrheft 2 „Koordinatorin im Praxiswesen“), auch unter:
www.q-pharm.de –> Dialogpartnerin –> Praxis-Profi –> Lehrheft 2 Koordinatorin im Praxiswesen 2010

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)

Das nächste Heft erscheint im Juni 2011

Akademie Gesundheitsnetz Süd Termine 2011

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und med. Fachpersonal

Gemeinsam mehr bewirken! Die Akademie Gesundheitsnetz Süd und die Euregia Fortbildungsakademie der aeneas bündeln Ihre Aktivitäten, um gemeinsam nun auch in Ravensburg hochkarätige Fortbildung für Mitarbeiter/innen und Praxisinhaber anbieten zu können. Für die Veranstaltungen in Ravensburg stellt uns das Labor Dr. Gärtner seinen Seminarraum zur Verfügung. Das Programm und die Zeiten entnehmen Sie bitte unter www.gnsued.de und den jeweiligen Rundschreiben.

DER ARZT ALS UNTERNEHMER

Kurs 9
Unternehmen Arztpraxis
Das eintägige Seminar hat das Ziel, bei niedergelassenen Ärzten unternehmerisches Denken und Handeln zu fördern und dabei den besonderen Anspruch einer Arztpraxis zu wahren.
Sa 08.10.11, 9 bis 17 Uhr

Kurs 10
Praxis- & Mitarbeiterführung eine Herkulesarbeit Wie kann die Leistungsbereitschaft des Teams gesteigert werden?
Sa 02.07.11, 10 bis 14 Uhr

Kurs 14
MedQM-Power-Workshop
Hier erfahren Sie alles Wissenswerte zum Qualitätsmanagement und erhalten zudem einen klaren Umsetzungsplan mit sämtlichen benötigten Instrumenten.
Sa 28.05.11, 10 bis 16 Uhr

FORTBILDUNG FÜR MFA

Kurs 2
Ressourcen der Praxis nutzen
Widererkennungswert & Identifikation mit dem Unternehmen Arztpraxis – ein Wechselspiel von Erscheinungsbild & Verhalten. Mit System & Konzept die Ressourcen der Praxis nutzen
Fr 20.05.11, 13 bis 18 Uhr

Kurs 4
Teamarbeit & Teambesprechung
Wer alleine arbeitet addiert – wer zusammenarbeitet multipliziert. Entwicklungsmöglichkeiten zu einem Spitzenteam durch Potentialerkennung und Selbstmotivation.
Sa 04.06.11, 9:30 bis 17 Uhr

Kurs 6
Führungsmethodiken
Die richtigen Dinge tun – statt Dinge nur richtig tun. Weiterentwicklung der Führungskompetenzen & Führungsrolle. Führungsstile kennen und damit Führungserfolge erreichen.
Fr 17.06.11, 9:30 bis 17 Uhr
Sa 18.06.11, 10 bis 13 Uhr

Kurs 7
Kommunikative Fertigkeiten
Kommunikationsfähigkeit eine Schlüsselqualifikation im Beruf der MFA.
Telefontraining – für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance
Sa 07.05.11, 9:30 bis 17 Uhr

Kurs 8
Hygiene
Hygienemanagement ist ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements. Folgende Inhalte werden erarbeitet: Hygieneplan, Händehygiene, Haut- & Flächendesinfektion, Sterilisation, Schutzmaßnahmen
Mi 25.05.11, 14 bis 18 Uhr

Alle Kurse finden im Kinderwunsch-Zentrum, Einsteinstraße 59, in Ulm statt.

SONSTIGE TERMINE

Generalversammlung des GNS
Mi 25.05.11, 17 Uhr
Ehingen, Lindenhalle

Information und Anmeldung:
Akademie Gesundheitsnetz Süd
Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen
Fon 07391 5865 458
Fax 07391 5865 451
service@GNSued.de
www.gnsued.de

Weitere Informationen, Kursangebote und Termine finden Sie auch unter www.gnsued.de