GNS – Im Bundesverband der ärztlichen Genossenschaften

GNS Gesundheitsnetz Süd

im dialog 30 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

im dialog

Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

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

30. GNS-Magazin **September 2011**

EIN LANGER WEG ABER LOHNENSWERT

VOM ÄRZTENETZ ZUM VERSORGUNGSNETZ

Kostenerstattung: Prof. G. Neubauer stellt in Ehingen sein Gutachten erstmals öffentlich vor.

Vorwort

Vorwort von Dr. med. Barczok

„Vom Ärztenetz zum Versorgungsnetz – Ein lohnenswerter Weg“

Die ärztliche Versorgung in der Fläche ist im Focus der öffentlichen Diskussion. Dies trifft beileibe nicht nur die hausärztliche Versorgung, auch die fachärztliche Versorgung wird sich immer mehr auf die großstädtischen Bereiche konzentrieren (müssen), der ländliche Raum droht immer mehr abgehängt zu werden.

Kein Frage, wir brauchen honorarpolitische Maßnahmen, um diese Entwicklung zu stoppen. Wir brauchen aber auch, ja wohl noch dringender regionale Strukturen, Versorgungsnetze, auf die Honorarpolitik überhaupt erst zugreifen kann. Wo nichts ist, gibt es auch nichts zu fördern. Gerade die regionalen Netze in GNS bieten daher eine große Chance, Keimzelle für förderungswürdige Projekte zu werden.

Die seit langem bestehende Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten in diesen regional gewachsenen Teilnetzen ist ein idealer Ausgangspunkt für eine Reorganisation und Weiterentwicklung ärztlicher Versorgung im ländlichen Bereich.

Dies wird nicht funktionieren, wenn am grünen Tisch gesundheitspolitische Strategien entwickelt werden. Dies kann nur funktionieren indem die regional tätigen Ärzte die vorhandene Zusammenarbeit intensivieren, neu formieren und auch zusätzliche Möglichkeiten nutzen, wie sie Technik, Politik, Berufsrecht und Honorargestaltung in den letzten Jahren eröffneten.

GNS will und kann Motor dieser Entwicklung sein. Damit das Ganze dann auch richtig ins Laufen kommt, ist Ihr Engagement und Ihre Mithilfe freilich unverzichtbar.

Dr. med. Barczok

Inhalt

Titelthema

Vom Ärztenetz zum Versorgungsnetz – Seite 3-6

Redaktioneller Beitrag

Kostenerstattung kennt Gewinner und Verlierer – Seite 6-7

Freizügigkeit für Ärzte in der EU – Seite 8-9

perspektiv im dialog – Seite 14-15

Praxis

„Projekt“ Praxisübergabe – Seite 13

Assekuranz

Ausblick Rentenreform 2012 – Seite 12

Gut versichert? – Seite 12

GNS Aktuell

Beitrittserklärung – Seite 2

Termine der Akademie Gesundheitsnetz Süd – Seite 16

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.

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

Ein Beitrag von Robert Tauber und Dorothee Enderle

VOM ÄRZTENETZ ZUM VERSORGUNGSNETZ – EIN LOHNENSWERTER WEG!

Durch die Vernetzung von Arztpraxen sollen gewachsene Strukturen der Versorgung (u.a. Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste, nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Apotheken, Notdienste) genutzt und zu einer kooperativen Versorgungsstruktur zusammen geführt werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden Arztnetze primär Anfang der 90er Jahre als neue Formen ambulanter Versorgung insbesondere im Rahmen von Modellvorhaben und Strukturverträgen oder aus Eigeninitiative der Ärzteschaft gegründet. Allseits angestrebt werden mit der Organisationsform „Arztnetz“ Qualitätsverbesserungen und eine höhere Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung.

Ziele und Instrument solcher Arztnetzwerke sind:

- Die Erhöhung der Therapieeffizienz, z.B. durch Koordination mit ambulanten Pflegediensten, Rettungsleitstellen, Apotheken, Heil- und Hilfsmitteldienstleistern
- Die verbesserte Kommunikation und Kooperation der behandelnden Ärzte, z.B. durch strukturierte Patientenbegleitbriefe, Behandlungspläne, erweiterte Falldokumentationen sowie Patienteninformationen
- Effektives und systematisches Qualitätsmanagement, verbesserte Qualitätskontrolle und -sicherung, z.B. durch Qualitätszirkel, Leitlinien, Netzkonferenzen
- Übernahme von Budgetverantwortung durch die Netzärzte für die Gesundheitsversorgung der Netzversicherten (Arzneimittel, Krankenhauseinweisungen) sowie
- Die Ausweitung der ambulanten Versorgung und Präsenz u.a. durch Anlaufpraxen, erweiterte Praxisöffnungszeiten und Bereitschaftsdienste, die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Selbsteinweisungen
- Die Schulung- und Weiterqualifizierung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal (medizinisch-fachliche Inhalte, Kommunikation, Führung etc.)
- eine erhöhte Praxiseffizienz durch die gemeinsame Nutzung medizinischer Geräte und gemeinsamen Praxiseinkauf

All das sind hehre Ziele. Aber welche Stellung nehmen Arztnetze heute in der Versorgungslandschaft ein und was sind die Perspektiven. Die Anzahl von Praxisnetzen in Deutschland liegt – je nach Definition – zwischen 200 und 500. Allerdings unterscheiden sich diese Netze hinsichtlich ihrer Ausprägung und ihres Entwicklungsstandes. Sie reichen von losen Treffen einzelner Ärzte bis hin zu professionellen unternehmensähnlichen Organisationen. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt und gegebenenfalls auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe in Praxisnetze einbezogen. Den Status eines zugelassenen Leistungserbringers haben Arzt-/Praxis- oder Gesundheitsnetze dabei nicht. In Deutschland gilt jedoch seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (2004) der Begriff der Managementgesellschaft. Das Konstrukt der Managementgesellschaft ermöglicht den Abschluss von Selektivverträgen im Rahmen der integrierten Versorgung. Ohne die Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft müssten die Ärzte einen Direktvertrag mit der Krankenkasse abschließen.

Das Gesundheitsnetz Süd kann in diesem Kontext bereits heute als Managementgesellschaft bezeichnet werden. Die Schwerpunkte lagen aber in der Vergangenheit mehr auf dem Gebiet der Vertretung berufspolitischer Interessen und der Erhöhung der Praxiseffizienz. Das GNS verfügt über eine professionelle aber ausbaufähige Geschäftsstelle, über eine funktionierende Gremienarbeit, über eine eigene „Ausbildungsakademie“ mit umfangreichem Schulungsangebot sowohl für Ärzte aber auch für nichtärztliches Personal, eine Einkaufsorganisation und über ein Versicherungsunternehmen, das speziell auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft ausgerichtet ist und dessen Aktivitäten über die Ärzte Service GmbH koordiniert werden. Diese Struktur ermöglicht es uns nun auch den Inhaltskern eines Gesundheitsnetzes in Angriff zu nehmen. Wir möchten künftig Gesundheit gestalten und

Redaktioneller Beitrag

aktiv Versorgungsmanagement betreiben. Dieses Vorhaben setzt klare unternehmerische Spielregeln der Zusammenarbeit voraus und eine eindeutige Zielsetzung. Mittlerweile wurde auf regionaler Ebene ein Leitbild entwickelt und es wurden/werden Arbeitsgruppen mit klar definiertem Auftrag installiert. Diese werden im Sinne eines klassischen Projektmanagements zielorientiert in interdisziplinärer Zusammensetzung Ergebnisse liefern. Grundlage der Arbeitsgruppenworkshops bilden dabei bestehende und bereits etablierte Verträge der integrierten Versorgung, Leitlinien und die regionalen Gegebenheiten. Daraus sollen dann regionale Versorgungspfade entstehen. Denn nur wenn man die Beteiligten kennt, eine intensive Kommunikationskultur herrscht und eine gegenseitige Vertrauensbasis entwickelt wird, haben Behandlungspfade Aussicht auf Erfolg. Neben diesen medizinischen Inhalten sollen flankierend auch Soft-Skills, insbesondere auch für nichtärztliches Assistenzpersonal geschult werden, da diese Gruppe bei der Umsetzung von netzinternen Pfaden eine wichtige Rolle übernehmen muss

Eine IT-Arbeitsgruppe wurde schon vor längerer Zeit installiert. Dabei wurde eine Ausschreibung zu diesem Thema mit zahlreichen Präsentationen durchgeführt, so dass dieses Teilprojekt bald gut strukturiert ausgerollt bzw. auf „Pilotebene“ getestet bzw. weiterentwickelt werden kann. Bei der Erstellung des Anforderungsprofils wurde höchster Wert darauf gelegt, dass es sich um keine reine Kommunikationslösung handeln darf, sondern dass in der stufenweisen Implementierung insbesondere Prozessketten (Hinterlegung von dynamischen Behandlungsplänen, Dokumentenmanagement, Aufgabenzuordnung, Abbildung von Behandlungspfaden, Managementcockpit etc.), die in einem Arztnetz von Relevanz sind, abgebildet und evaluiert werden können.

Natürlich wird man bei diesem Vorhaben auch immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob sich dieser Aufwand denn lohnt. Wir, beziehungsweise eine (noch) kleine Kerngruppe, sagen dazu eindeutig ja – und dies aus folgenden Gründen:

- mit diesem Vorhaben wird die interdisziplinäre Kommunikation gefördert, was automatisch qualitätsverbessernde Elemente nach sich zieht
- die Praxen werden für die Zukunft fit gemacht, da viele Investitionen von der Managementgesellschaft finanziell gefördert werden
- der Gesetzgeber räumt bereits heute vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten ein, die ein gestalterisches Handeln ermöglichen (wir werden nicht mehr nur reiner Empfänger von Top-Down Regelwerken sondern suchen selbst nach Möglichkeiten auf lokaler Ebene Gesundheitsversogung zu gestalten)
- durch dieses Engagement werden wir parallel oder zumindest bei ersten Ergebnissen nachgelagert bei Vertragspartnern zu einem wichtigen regionalen Verhandlungspartner, der mit klaren Inhalten und hoher Kompetenz auf „Augenhöhe“ agiert
- auch niederlassungswillige junge Ärzte werden eine gut vernetzte Region präferieren, wenn es um den Standort für eine Praxiseröffnung geht (z.B. von einem Netz mitorganisierter ärztlicher Notdienst)
- die Patienten erhalten Mehrwerte, da sie gut aufeinander abgestimmte Informationen zu ihrem Behandlungsverlauf erhalten bzw. an vom Netz initiierten Präventionsmaßnahmen teilnehmen können

Wir setzen dabei nicht auf ein großflächiges Versorgungsgebiet sondern wir denken in regionalen Clustern. Wir sind auch keine Gegner von §§ 73 b/c SGB Verträgen – diese haben teilweise auch gute Elemente. Wir vertreten aber die Auffassung, dass man auf regionaler Ebene unter stärkerer Berücksichtigung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit größere gesundheitsökonomische Effekte erzielen kann, da sich die Beteiligten untereinander kennen, Probleme gemeinsam analysiert und dabei Lösungen aus eigener Initiative entwickelt werden. Dies sind klassische Elemente der Freiberuflichkeit – nämlich gestalterisch und unternehmerisch tätig zu werden.

Perspektivisch führt an einem höheren Grad der Vernetzung mit professionellen Strukturen kein Weg vorbei. So sagt z.B. Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG auf der diesjährigen Hauptversammlung u.a.

„wir (die Rhön-Kliniken AG) setzen auf

- horizontale und vertikale Vernetzung unserer Einrichtungen
- Entwicklung passgenauer Versorgungsangebote
- Weiterentwicklung unserer ambulanten Strategie

Unsere Philosophie ist und bleibt es, eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung für jedermann anzubieten. Wir stellen fest, dass sich die Versorgungssituation in den Ballungsräumen und der Fläche, in strukturstarken und in strukturschwachen Regionen zunehmend auseinander entwickelt. Aufgrund des Bevölkerungsrückganges in einigen Regionen wird es sowohl für den Staat als auch für einige Leistungsanbieter zunehmend schwieriger werden, wirtschaftlich tragfähige Versorgungsstrukturen aufrecht zu erhalten […] Mit der Kompetenz in unserem Verbund wollen wir diagnosebezogene Netze aufbauen. Damit bieten wir Lösungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, gleich ob der Patient auf dem Land oder in der Stadt wohnt. Gleichzeitig wollen wir durch die Schärfung unserer Innovationskompetenz auch neue Wachstumsfelder erfolgreich besetzen. Als Beispiel sei hier die Altersmedizin genannt, weitere Verbundnetze werden für Herzrhythmusstörungen oder Krebserkrankungen aufgebaut.“

TYP-1 UND TYP-2 DIABETES

Das ideale Team.

1fach lang. Und richtig schnell.

Lantus®: 1fach & effektiv!

- Mehr Sicherheit: Weniger Hypoglykämien vs. NPH-Insulin [1)]
- Mehr Betazellschutz – weniger Betazellstress vs. NPH-Insulin [2)]

Apidra®: schnell & effektiv!

- Schnellerer Wirkeintritt als Insulin lispro [3)]
- Reduziert oxidativen Stress am Gefäß (vs. Humaninsulin) [4)]

LANTUS® Insulin glargin

APIDRA® Insulinglulisin

1) Mullins P *et al. Clin Ther* 2007; 29: 1607–19 (Metaanalyse von 11 RCTs; n=5074; p < 0,05 für symptomatische und schwere Hypoglykämien vs. NPH-Insulin); 2) Forst T *et al. Diabetes Obes Metab* 2010; 12: 437–41 (Einzelcenter, offene, zweiarmige Parallelgruppen-Bestimmung des intakten Proinsulins bei 28 Typ-2-Diabetikern, Vortherapie: Metformin ± SH in stabiler Dosierung seit mind. 3 Monaten. Start einer Insulintherapie mit Lantus® (n=14) oder NPH-Insulin (n=14)); 3) Heise T *et al. Diabetes Obes Metab* 2007; 9: 746–753 (Randomisierte doppelblinde, cross-over euglykämische Glukose-Clamp-Studie mit 80 gesunden Probanden aus 4 BMI-Klassen à 20 Probanden); 4) Hohberg C *et al. Diabetes Care* 2008; 31: 1021–25 (Randomisierte Cross-over-Studie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes (n = 15) mit OAD-Therapie. Dosierung von Insulinglulisin bzw. Humaninsulin 0,1 E/kg KG vor einer standardisierten Testmahlzeit).

Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. SoloStar® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. OptiSet® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulin glargin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg). **Sonstige Bestandteile:** Zinkchlorid, m-Cresol, Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke, (Durchstechflasche 10 ml: Polysorbat 20). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. **Dosierung, Art und Dauer der Anwendung:** Lantus enthält Insulin glargin, ein Insulinanalogon mit einer lang anhaltenden Wirkdauer. Lantus sollte einmal täglich zu einer beliebigen Zeit, jedoch jeden Tag zur gleichen Zeit, verabreicht werden. Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung von Lantus sollten individuell festgelegt werden. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes kann Lantus auch zusammen mit oralen Antidiabetika gegeben werden. Lantus wird subkutan verabreicht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen:** Nicht das Insulin der Wahl bei diabetischer Ketoazidose. Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptomatik Pioglitazon absetzen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Einstichstelle, Lipohypertrophie. Gelegentlich: Lipoatrophie. Selten: Allergische Reaktionen, Ödeme, Sehstörungen, Retinopathie. Sehr selten: Myalgie, Geschmacksstörung. Im Allgemeinen ist das Sicherheitsprofil bei Kindern und Jugendlichen (≤18 Jahre) ähnlich dem bei Erwachsenen. **Gekürzte Angaben,** vollständige Information siehe Fachinformation, die wir Ihnen auf Wunsch gern zur Verfügung stellen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, **Postanschrift:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin. **Stand:** Januar 2011 (020728).

Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen SoloStar® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen OptiSet® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in der Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulinglulisin. **Zusammens.:** 1 ml Injektslsg enth.: Arzneil. wirks. Bestandt.: 3,49 mg Insulinglulisin, entspr. 100 E. **Sonst. Bestandt.:** Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbat 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser f. Injekt.zwecke. **Anw.-geb.:** Zur Behandl. v. Erw., Jgdl. u. Kdrn. ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandl. m. Insulin erforderlich ist. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandteile, Hypoglykämie. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Umstellg. auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztl. Überwachung. Gleichzeit. Behandl. mit oralen Antidiabetika ev. anpassen. Bei unzureich. Dos. od. Abbruch der Behandl. Hyperglykämie u. diabet. Ketoacidose mögl. Lange Diabetesdauer, intensivierte Insulinther., diabet. Neuropathie, Betablocker od. Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsympt. einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärkt. körperl. Aktivität od. Ernährungsumstellg., Krankheit od. seelischer Belastung kann Dos.-Anpassung erfordl. sein. Unbehandelte hypoglykäm. od. hyperglykäm. Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma od. zum Tod führen. Bei Kombin. m. Pioglitazon Herzinsuff. mögl., bes. b. Pat. m. Risikofaktoren. B. Verschlechterung d. kardialen Symptom. Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allerg. Reakt. hervorrufen. **Nebenw.:** Stoffwechsel, Ernähr.: Sehr häufig Glykämie. Haut, Unterhautzellgew.: Häufig Reakt. an der Injekt.stelle, lokale Überempfindl.reakt.. Selten Lipodystrophie. Allgemein: Systemische Überempfindl.reakt. **Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,** D-65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Januar 2011 (020767). AVS 213 11 011a-020839

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

iPhone, iPod touch sind Warenzeichen der Apple Inc., eingetragen in den USA und in anderen Ländern.

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Kostenerstattung kennt Gewinner und Verlierer

Prof. Günther Neubauer stellt in Ehingen sein Gutachten erstmals öffentlich vor

Am 4. August hat Prof. Dr. Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik sein aktuelles Gutachten zur Kostenerstattung für gesetzlich Versicherte auf Einladung von GNS in Ehingen vorgestellt und erläutert. Seine wichtigste Botschaft: Kostenerstattung wird es in absehbarer Zeit nur geben können, wenn sie so ausgestaltet wird, dass sie ohne Gesetzgeber auskommt. Neubauer äußerte sich jedenfalls skeptisch darüber, dass die regierende schwarz-gelbe Koalition, die im Koalitionsvertrag vereinbarten Ausweitung einer Kostenerstattung in dieser Legislaturperiode noch anpackt. Als zweite unabdingbare Voraussetzung nennt er deshalb Netze, die als Treiber und Vertragspartner zur Verfügung stehen. Neubauer verwies dabei insbesondere auf einen Modellversuch des Praxisnetzes GO IN in Ingolstadt. Dort soll über ein Gesundheitskonto für die einzelnen Versicherten mehr Transparenz in die Bezahlung von Gesundheitsleistungen gebracht werden. Zum Versuch gehört die Umrechnung der Bewertung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Ziffern der GOÄ.

Neubauer erinnert in seinem Gutachten daran, dass Kostenerstattung bis auf einen gescheiterten Versuch in den Fünfzigern im deutschen gesetzlichen Gesundheitswesen keine Rolle gespielt hat. Ab 1989 (Gesundheitsrefomgesetz) konnten die Krankenkassen ihren Versicherten die Option auf Kostenerstattung einräumen. Sie ist mit einer Kostenbeteiligung verknüpft und stieß nur auf geringe Resonanz. Dies gilt praktisch bis heute, auch wenn durch Verkürzung der Bindungsfrist und Begrenzung der Abschläge in jüngerer Zeit substanzielle Verbesserungen eingetreten sind. In den Augen der Ärzte hat die bisherige Regelung der Kostenerstattung lediglich den Reiz, Bürokratie abzubauen. Neubauer stützt sich hier auf eine Befragung im Rahmen der Netzkonferenz der UCB Pharma GmbH vom Januar 2011. UCB ist auch der Auftraggeber seiner Studie. In den Krankenkassen sieht Neubauer im Allgemeinen den natürlichen Gegner der Kostenerstattung, haben sie doch im Rahmen des Sachleistungsprinzips Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder zu steuern. Das entfällt beim emanzipatorischen Ansatz der Kostenerstattung. Hier hat der Patient beziehungsweise der behandelnde Arzt das Steuer in der Hand und die Kasse wird im Prinzip auf die Funktion des Zahlers reduziert.

Wird es dem Patienten von Fall zu Fall und von Leistung zu Leistung freigestellt, Kostenerstattung zu wählen, begrenzt sich das Risiko, das ihm aus einer Kostenbeteiligung erwächst. Auch die Möglichkeit, sich im Rahmen eines direkten Abrechnungs- und Vertragsverhältnisses nicht nur

Fortsetzung von Seite 4

Und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der ehemalige für den Bereich der ambulanten Versorgung zuständige Vorstand der Rhön-Gruppe, Herr Dr. Straub, vor Kurzem zum Vorstandschef der größten deutschen Kasse, der BARMER-GEK, gewechselt hat, sind wir der Meinung, dass diese Ziele auch mit Nachdruck verfolgt werden.

Sollten die klassischen Arztnetze nun solche Pläne bekämpfen oder Proteste gegen private Klinikgruppen initiieren. Unserer Meinung nach nein. Diese Entwicklungen werden nicht aufzuhalten sein und sind per se auch nicht schlecht, nur weil sie von auf Prozessoptimierung getrimmten Unternehmen vorangetrieben werden. Die Arztnetze müssen aber begreifen, dass sie ähnliche Inhalte und eine vergleichbare Professionalität entwickeln müssen, damit sie diesen Bestrebungen etwas Eigenes entgegenzusetzen haben. Wir haben das Heft des Handelns in der Hand. Also wollen wir künftig mehr Energie dafür verwenden, eigene Ideen und Projekte zu entwickeln, als andere Dinge zu boykottieren.

Für Fragen, Anregungen und Kritik zu diesem Artikel stehen ihnen die Verfasser unter r.tauber@gnsued.de oder d.enderle@gnsued.de gerne zur Verfügung.

von Vertragsärzten behandeln lassen zu können, wäre ein Ansporn für Versicherte, Kostenerstattung zu wählen. Stimulanz für Ärzte ist ein Abrechnungssystem, das sich an der GOÄ orientiert und Einzelleistungen vergütet und möglichst nicht durch Vorgaben budgetiert wird. Eine Begrenzung der Leistungsnachfrage, so die Studie, muss über die Kostenbeteiligung der Patienten erfolgen. Der Zielkonflikt zwischen der Effizienzwirkung einer Kostenbeteiligung und dem sozialpolitisch Risiko, dass einkommensschwache Bevölkerungsteile damit ohne zusätzliche „Überforderungsregelungen“ von notwendigen Gesundheitsleistungen ausgegrenzt werden könnten, wird genauso dargestellt wie der Vorteil, dass ein steigendes Kostenbewusstsein bei den Patienten, die im internationalen Vergleich hohe Rate der Arztbesuche in Deutschland senken könnte.

Eine umfassende Kostenerstattung für gesetzlich Versicherte wird in Frankreich und der Schweiz bereits seit längerer Zeit praktiziert. Dreißig Prozent des Arzthonorars muss in Frankreich der Patient bezahlen. Ein Erwachsener muss in der Schweiz die ersten 300 Franken seiner Krankheitskosten selbst tragen und sich dann bis zu einer Obergrenze von 700 Franken mit zehn Prozent an den Kosten beteiligen. Im Vergleich zu den beiden Nachbarn weist Deutschland geringere Gesundheitsausgaben pro Kopf aus. Insbesondere die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen unterscheiden sich sehr deutlich. So sind nach OECD-Zahlen 2007 in Deutschland 212 US-$ für ambulante ärztliche Leistungen pro Kopf bezahlt worden. In Frankreich waren es 351 und der Schweiz 923 US-$. Die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf streuen mit 3588 in Deutschland, 3601 in Frankreich und 4417 US-$ in der Schweiz weniger stark. Fazit von Neubauers Institut für Gesundheitsökonomik auch vor dem Hintergrund einer höheren Gesundheitsquote bei unseren Nachbarn: „Durch das Kostenerstattungssystem und die damit verbundene Kostenbeteiligung handeln die Patienten nach ihren individuellen Preis-Leitungs-Präferenzen und sind bereit, im Durchschnitt mehr Geld für die Gesundheitsversorgung auszugeben als in Deutschland in Rahmen des Sachleistungsprinzips.“

Für den niedergelassenen Arzt eröffnet eine Kostenerstattung mit Kostenbeteiligung und der damit einhergehende geringere Arztbesuch die Chance, im Durchschnitt mehr Zeit auf Diagnose und Therapie verwenden zu können. Auf der betriebswirtschaftlichen Seite der Praxis können diesem Qualitätsgewinn in der ärztlichen Tätigkeit bei sinkenden Fallzahlen Erlöseinbußen gegenüberstehen. Ausgleich könnten hier Privatbehandlungen der Patienten, die vollständige Vergütung der erbrachten Leistung und deren höhere Bewertung nach GOÄ sein. Darüber hinaus schafft eine Bezahlung nach Leistung Planungssicherheit. Wie auch der Blick in die Nachbarländer zeigt, wird in einem solchen System der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zunehmen. Und es werden grundsätzlich Ärzte, die aus Patientensicht hochwertige Leistung erbringen, mehr Patienten gewinnen. Die Studie geht davon aus, dass mit einer Kostenerstattung „die Erwartungshaltung der Patienten an den Arzt – beginnend mit der Terminvereinbarung bis hin zur Behandlungsqualität – steigt.“ Dem steht eine höhere Unabhängigkeit des Arztes bei Privatbehandlungen gegenüber. Ein System, das über die Kostenbeteiligung der Patienten gesteuert wird kann auch bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln auf eine Richtgrößenprüfung durch die Ärzte und den damit verbundenen Regress verzichten.

Eine zentrale Bedeutung misst die Studie in einem Kostenerstattungssystem den Ärztenetzen zu. So könnten Ärztenetze als Leistungserbringer fungieren. Ein Behandlungsvertrag würde damit zwischen dem Patienten und dem Netz als Vertreter sämtlicher beteiligter Ärzte geschlossen. Die Abrechnung der Behandlungsleistung für Patienten, die die Kostenerstattung gewählt haben, würde über das Netz erfolgen, das die erzielten Erlöse dann den einzelnen ärztlichen Leistungserbringern zuweist. Darüber hinaus könnten Netze Rahmenvereinbarungen mit Kassen über Leistung, Qualität und Preis treffen, womit sich letzteren wiederum eine indirekte Möglichkeit zur Leistungssteuerung eröffnen würde. Damit könnten die Vorbehalte der Kassen abgebaut werden. Der Patient könnte durch einen erhöhten Erstattungsanteil ermuntert werden, sich im Rahmen eines Ärztenetzes behandeln zu lassen.

An dieser Stelle könnten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen über eigene Dienstleistungsgesellschaften versuchen, mitzumischen. So könnten sie in einem von Kostenerstattung und regulatorischer Kostenbeteiligung geprägten System, das Arzt und Patient als Hauptakteure kennt, einem Bedeutungsverlust entgegenwirken. Neubauer erwartet, dass es weiterhin „erhebliche Widerstände“ gegen eine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung geben wird, weil es bei allen Beteiligten auch Verlierer geben wird, seien es Patienten, die viele Leistungen in Anspruch nehmen, seien es Ärzte, die bei sinkenden Patientenzahlen Einnahmen verlieren, oder die KV, die unter den Folgen eines schrumpfenden Kollektivvertrags an Bedeutung einbüßt, oder Krankenkassen, deren Ausgaben steigen, weil die Versorgungssteuerung ausfällt.

Neubauer unterstrich in Ehingen auch, dass der Gesetzgeber seiner Meinung nach immer nur eine Wahloption zulassen wird. Zudem sei die im Versorgungsgesetz geplante Kostenerstattung in ländlichen Gebieten aus dem Gesetzestext wieder gestrichen.

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Echte Freizügigkeit in der EU lässt immer mehr Ärzte zu- und abwandern

Patienten ziehen 2013 mit der freien Arzt- und Krankenhauswahl bei der Flexibilität gleich

„Da zu jener Zeit keine gegenseitige Anerkennung der Berufsabschlüsse möglich war, blieb mein Vater in England, wo er in seinem Zivilberuf als Anwalt arbeitet, meine Mutter führte eine große Kassenarztpraxis in Hamburg.“ So Frank Ulrich Montgomery auf seiner Website. In der Tat, der Präsident der Bundesärztekammer war 1973, als Großbritannien der Europäischen Union (EU) betrat, bereits 21 Jahre alt. Erst damit waren seine beiden Eltern Unionsbürger. Und die genießen bekanntlich seit der Gründung der Gemeinschaft im Jahr 1957 (Römische Verträge) innerhalb der EU das Recht auf Freizügigkeit. Dies schließt die freie Einreise, freien Aufenthalt, freies Wohnrecht, die freie Wahl des Studien- und Arbeitsplatzes und die Niederlassungsfreiheit ein.

In der Praxis gab es für reglementierte Berufe allerdings hohe Hürden, die erst ab 1978 schrittweise beseitigt wurden. Denn Diplome und Hochschulabschlüsse mussten bis dahin von den einzelnen Mitgliedsländern gegenseitig anerkannt werden. Das machte die Niederlassung schwierig. Ende der 70er Jahre begann die EU in einzelnen Berufen Richtlinien für die Anerkennung von Diplomen zu erlassen. An erster Stelle stand das Gesundheitswesen. Hier war eine Harmonisierung der Berufsausübung und der Ausbildungsgänge aufgrund geringerer Unterschiede (gemessen an anderen Berufen) relativ einfach zu bewerkstelligen. Unter den akademischen Berufen waren es zuerst die Ärzte (Richtlinien 75/362 und 75/363), die am 16. Juni 1978, gefolgt von den Zahnärzten am 24. August 1978, in den Genuss der unionsweiten Angleichung kamen. Anwälte wie Montgomerys Vater beispielsweise mussten aufgrund der unterschiedlichen nationalen Rechtssysteme und juristischen Ausbildungsgänge noch deutlich länger warten, bis sie ohne zusätzliche Eignungsprüfung ihre Dienste vor Gericht in einem anderen EU-Mitgliedsstaat anbieten konnten.

1987 gelang es mit dem Inkrafttreten der Einheitlichen Europäischen Akte und der Einrichtung eines gemeinsamen Binnenmarkts auch für Dienstleistungen, Beschränkungen weiter abzuräumen. An die Stelle der vorherigen Harmonisierung trat bei der Anerkennung von Diplomen der Grundsatz des gegenseitigen Vertrauens. Vier Jahre später wurden generell alle Hochschulabschlusse unter den Mitgliedsstaaten gegenseitig anerkannt, die nach einem mindestens dreijährigen Hochschulstudium erworben wurden.

Vorerst letzter Reformschritt war die Vereinbarung von Lissabon im Jahr 2000. Ihr Ziel war es, die Europäische Union bis 2010 zum dynamischsten und wettbewerbsfähigsten wissensbasierten Wirtschaftsraum weltweit zu entwickeln. Eine Frucht dieser Bemühung ist die Richtlinie 2005/36/EG. Sie war bis 2007 in nationales Recht umzusetzen und fasst die Vorschriften für die reglementierten Tätigkeiten von Ärzten, Zahnärzten, Krankenschwestern, Hebammen, von Tierärzten und Architekten in einem Text zusammen.

Seit 2004 gilt die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit auch für Ärzte aus den neuen mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedsländern, die bis dahin wie die anderen Ärzte aus Nicht-EU-Staaten ein Anerkennungsjahr ableisten und eine sogenannte Kenntnisstandprüfung ablegen mussten. Arbeitsrechtliche Einschränkungen für angestellte Ärzte aus Polen, Tschechien usw. haben daneben über Jahre gegolten und sind erst jüngst entfallen. Den EU-Bürgern gleichgestellt, und das wird in der Öffentlichkeit häufig übersehen, sind die Bewohner des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), dem die Länder Island, Liechtenstein und Norwegen angehören. Ebenfalls privilegiert sind die Schweizer, die im Gegenzug EU-Bürger wie Inländer behandeln.

Wie schlägt sich die substanzielle Optimierung der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit innerhalb Deutschlands in Zahlen nieder? In der Bundesrepublik Deutschland übten 2010 (Zahlen von 2000 in Klammern) 21.650 (14.603) Nicht-Deutsche einen ärztlichen Beruf aus, was einem prozentualen Anstieg von 9,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Davon sind 11.714 (4.019) EU-Bürger. Davon stammen wiederum 1.872 (592) aus dem deutschsprachigen Österreich, es folgen die Griechen mit 1.721 (954) Ärzten, die Polen mit 1.402, die Rumänen mit 1.350, Italiener mit 696 (525), Bulgaren 689, Ungarn 595. Nachrangig ist die Zahl der Ärzte aus westeuropäischen Nachbarstaaten Frankreich 338 (338), Niederlande 524 (498), Belgien 236 (242) aber auch der Schweiz mit 174. Die Anzahl der ausländischen Ärzte in Deutschland ist in der jüngeren Vergan-

genheit mithin kontinuierlich gestiegen, wobei das überproportionale Wachstum der Ärzte aus der EU sicher auch mit deren Osterweiterung korreliert. Insgesamt wird der Zuwachs an nichtdeutschen Ärzten in der Bundesrepublik von Ärzten aus dem deutschsprachigen Raum und insbesondere aus Ost- und Südosteuropa getragen. Die Zahl der Mediziner aus westeuropäischen Nachbarländern stagniert dagegen auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Überraschend ist sicher nicht, dass lediglich 1.900 der Ärzte aus der EU in Deutschland als niedergelassene Ärzte praktizieren. Interessant ist dann aber doch wieder, dass 2000 bereits 1.160 als niedergelassene Ärzte praktizierten, deren Anteil an der Gesamtzahl berufstätiger ausländischer Ärzte in Deutschland im vergangenen Jahrzehnt mithin signifikant abgenommen hat.

Selbstverständlich können auch die deutschstämmigen Ärzte die Freizügigkeit des gemeinsamen Binnenmarkts nutzen und sich in anderen Ländern der Gemeinschaft einen Arbeitsplatz suchen oder einrichten. So wie griechische Ärzte hierzulande Praxen betreiben, so gibt es deutsche Kollegen die in Kreta oder auf der Peloponnes ärztliche Dienste anbieten. Seit 2005 wird die Zahl der aus Deutschland abwandernden Ärzte statistisch erfasst. Im vergangenen Jahr sind demnach 3.241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärzte abgewandert. Rund zwei Drittel von ihnen sind deutsche Staatsangehörige. Die Abwanderung liegt damit wieder auf der Höhe von 2008, nachdem sie 2009 rückläufig war. Die beliebtesten Zielländer sind die Schweiz (736), Österreich (314), gefolgt von den USA (182) und Großbritannien (113), mithin Länder in denen Deutsch oder die aktuelle Lingua franca gesprochen wird. Aus Baden-Württemberg sind im vergangenen Jahr nach Zählung der Landesärztekammer 467 Ärzte abgewandert. In den beiden Vorjahren lag die Zahl ähnlich hoch.

Während Ärzte inzwischen ihre Dienstleistungen europaweit anbieten können und dabei den Inländern der jeweiligen Staaten ohne Einschränkung gleichgestellt sein müssen, wird die Harmonisierung auf der Nachfrageseite erst 2013 entscheidend verbessert werden. Eine entsprechende Richtlinie verabschiedete das Europaparlament zu Beginn dieses Jahres.

Im Sozialversicherungsrecht gilt das Territorialprinzip. Das schloss die Honorierung von im Ausland erbrachten medizinischen Leistungen grundsätzlich aus oder macht sie zumindest zum bürokratischen Hürdenlauf. In den Siebzigern wurde in der Europäischen Gemeinschaft dann das Recht jedes Union-Bürgers geregelt an der Gesundheitsversorgung anderer Mitgliedsstaaten zu partizipieren. Es gab den Auslandskrankenschein, der die Barzahlung und spätere Abrechnung mit der Kasse aber nicht verdrängen konnte.

1998 erklärte der Europäische Gerichtshof (EUGH) in zwei Entscheidungen, dass die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs auch im Gesundheitswesen anzuwenden sind und die bisher auf nationaler Ebene angebotenen und honorierten Dienste europaweit nachgefragt und honoriert werden müssten. In der Praxis änderte das wenig. 2004, sechs Jahre nach dem Spruch es EUGH, wendeten die deutschen Krankenkassen ganze drei Promille ihrer Gesamtausgaben für Behandlungen ihrer Versicherten außerhalb der Republik auf. In absoluten Zahlen waren das knapp 456 Millionen Euro für Krankenbehandlung im Ausland bei Gesamtausgaben von 140 Milliarden.

Als die Europäische Kommission das vom EUGH aufgezeigte Defizit im Rahmen der allgemeinen Dienstleistungsrichtlinie abtragen wollte, scheiterte sie an mannigfaltigem Widerstand den auch die Bundesärztekammer leistete. Tenor dieser Kritik war: Gesundheitsdienstleistung sind auch aufgrund ihrer Komplexität, ihrer ureigenen Finanzierung und ihrer besonders herausgehobenen Bedeutung für die Bevölkerung gesondert zu regeln. Im April 2006 trennte die Kommission dann tatsächlich die Gesundheitsdienstleistungen von der allgemeinen Richtlinie ab. Die Entscheidung des Europaparlaments vom Januar schließt nun die Lücke. Nun können sich künftig auch Kassenpatienten über den medizinischen Notfall hinaus im Ausland einer Behandlung unterziehen, wenn sie diese für geeigneter halten oder diese in ihrem Heimatland weniger zeitnah angeboten wird. Anders formuliert: Ab 2013 haben die EU-Bürger innerhalb der EU freie Arzt- und Krankenhauswahl. Die Kassen übernehmen die Kosten bis zu der Höhe, die eine Behandlung im eigenen Land verursachen würde und der Patient in seiner Heimat Anspruch auf eine solche Behandlung hat. Eine gewichtige Einschränkungen gibt es allerdings: Bei kostenintensiven Behandlungen und Behandlungen, die einen Krankenhausaufenthalt bedingen, muss sich der Patient eine Vorabgenehmigung einholen. Darauf drängte neben anderen Großbritannien, das sich damit vor einer massiven Abwanderung von Patienten zu schützen hofft.

Die Beteiligten sind mit der Reglung zufrieden. Auf deutscher Seite wird die Auffassung vertreten, dass sie aufgrund langer Wartelisten in anderen Ländern der Gemeinschaft für steigende Auslastung in deutschen Kliniken und Praxen sorgen könnte. Zudem seien die Kosten kalkulierbar, da sie sich am Preis für dieselbe Leitung im eigenen Land ausrichten. Für die Bundesärztekammer begrüßt Frank Ulrich Montgomery die Entscheidung des Europaparlaments: „Damit wurde der jahrelangen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes Genüge getan, ohne dabei die nationalen Gesundheitssysteme zu gefährden.“

ANZEIGE

Effektiv und verträgliches Laxans – auch in der Langzeittherapie

Macrogol-ratiopharm® Balance jetzt als Arzneimittel erhältlich. Macrogol wirkt zuverlässig abführend, normalisiert den Stuhlgang und ist gut verträglich. Macrogol-ratiopharm Balance® kann als Arzneimittel im Rahmen der Ausnahmeliste zu Lasten der GKV verordnet werden.

Obstipation ist ein weit verbreitetes Problem, das u.a. durch Bewegungsmangel, unzureichende Flüssigkeitszufuhr, bestimmte Arzneimittel und chronische Erkrankungen hervorgerufen werden kann. Führen allgemeine Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg, kann die Einnahme eines Abführmittels sinnvoll sein. Ein ideales Laxans sollte zuverlässig wirken, gut verträglich sein, keine Gewöhnung hervorrufen und nicht zu Wasser- und Elektrolytverschiebungen führen. Eine Substanz, die alle Forderungen erfüllt, ist Macrogol.

Zu Lasten der GKV verordnungsfähig

Das Makromolekül mit sehr hoher Wasserbindungskapazität steht jetzt auch von ratiopharm als zugelassenes Arzneimittel zur Verfügung: Macrogol-ratiopharm Balance® enthält neben Macrogol 3350 eine Elektrolytbeimischung, die eventuellen Verschiebungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes durch die Therapie zusätzlich vorbeugt. Macrogol-ratiopharm Balance® kann im Rahmen der Ausnahmeliste zu Lasten der GKVen rezeptiert werden. Um die Verordnung zu erleichtern, wurden außerdem die Packungsgrößen der neuen N-Größen-Verordnung angepasst: Macrogol-ratiopharm Balance® ist jetzt erhältlich mit 10 (N1), 30 (N2), 50 (N3) und 100 Beuteln pro Packung.

Belegte Wirksamkeit und Verträglichkeit

Nach der Einnahme mit Flüssigkeit transportiert Macrogol das gebundene Wasser in den Dickdarm. Dort erweicht es den Stuhl, erhöht das Stuhlvolumen und löst den Defäkationsreiz aus. Macrogol wirkt dabei nicht plötzlich und heftig, sondern der Effekt setzt sanft ein bis zwei Tage nach der Einnahme ein. Eine Gewöhnung oder Wirkungsabschwächung tritt auch bei längerer Anwendung nicht auf, Macrogol ist daher auch für die längerfristige Einnahme geeignet. Eine ärztliche Rücksprache sollte nach 14 Tagen erfolgen.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Macrogol wurde in verschiedenen kontrollierten Studien belegt. In einem Review der Arbeitsgruppe von Ramkumar et al. (Am J Gastroenterol 2005; 100: 936-971) wurde Macrogol aufgrund der durchgehend positiven Ergebnisse eine Grad-A-Empfehlung mit dem Evidenzlevel 1 ausgesprochen (höchster Empfehlungsgrad mit höchster Evidenz). Die Basis dieser Bewertung bilden moderne randomisierte Studien, die gegen Plazebo oder Vergleichspräparate durchgeführt wurden. Aufgrund der direkten Dosis-Wirkungsbeziehung lässt sich die abführende Wirkung von Macrogol sehr gut den individuellen Bedürfnissen des Patienten anpassen.

NEU: Jetzt als Arzneimittel erhältlich!

Verstopfung?
Dafür gibt's doch ratiopharm.

Macrogol-ratiopharm® Balance

- Wirkt rein physikalisch und besonders schonend
- Führt zu keiner Gewöhnung oder Toleranzentwicklung
- Kein Wasserverlust im Körper
- Durch Zusatz von Elektrolyten keine Verschiebung im Elektrolythaushalt
- Erstattungsfähig lt. Ausnahmeliste

ratiopharm
Gute Preise. Gute Besserung.

Macrogol-ratiopharm® Balance Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Beutel enth. Macrogol 3350 13,125 g, Natriumchlorid 0,3507 g, Natriumhydrogencarbonat 0,1785 g, Kaliumchlorid 0,0466 g. Der Gehalt an Elektrolytionen pro Beutel nach Rekonstitution in 125 ml Wasser entspr. Natrium 65 mmol/l, Chlorid 53 mmol/l, Hydrogencarbonat (Bicarbonat) 17 mmol/l, Kalium 5 mmol/l. **Sonst. Bestandt.:** Hochdisperses Siliciumdioxid, Saccharin-Natrium, Orangen-Aroma (enth.: natürliche Geschmackstoffe, Glucose, Maltodextrin, Arabisches Gummi, alpha-Tocopherol, Schwefeldioxid [E220]), Zitronen-Limetten-Aroma (enth.: natürliche Geschmackstoffe und Extrakte, naturidentische Geschmackstoffe, Maltodextrin, Arabisches ummi, Citronensäure, Schwefeldioxid [E220]). Anwendungsgebiete: Chronische Verstopfung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. die Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestandt., intestinale Obstruktion od. Perforation aufgrund von funktionellen od. strukturellen Stör. der Darmwand, Ileus, schwere entzündl. Darm-Erkrankungen (wie z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, toxisches Megakolon). **Warnhinw. und Vorsichtsmaßn.:** Bei Symptomen, die auf eine Verschiebung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes hinweisen (z. B. Ödeme, Kurzatmigkeit, zunehmende Müdigkeit, Dehydratation, Herzversagen AM sofort absetzen. Das Orangen-Aroma in diesem AM enth. Glucose. Pat. mit Glucose-Galactose-Malabsorption sollten es nicht einnehmen. Das Orangen-Aroma enth. außerdem Schwefeldioxid (E220), welches in seltenen Fällen schwere Überempfindlichkeitsreaktionen und Bronchospasmus verursachen kann. Währ. Schwangerschaft nur einnehmen, wenn unbedingt erforderl. **Nebenwirkungen:** Allergische Reaktionen, einschl. Anaphylaxie,. and. Symptome allergischer Reaktionen umfassen Dyspnoe, Urtikaria und Pruritus, Bauchaufblähungen und Bauchschmerzen, Analbeschwerden, Flatulenz, Erbrechen, Magenknurren (Borborygmen) und Übelkeit, leichte Durchfälle. **Wechselwirkungen:** Macrogol 3350 erhöht die Löslichkeit von Stoffen, die in Alkohol löslich und in Wasser relativ unlöslich sind, Antiepileptika. Dosierung: Erw., Jugendl. und ält. Pat.: 1-3 Beutel tgl. in ED. Anw. bei Kdrn. unter 12 J. wird nicht empfohlen. Stand: 4/11. **ratiopharm GmbH,** 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

Assekuranz

Ausblick Rentenreform 2012

Ab 2012 wird in der gesetzlichen Rentenversicherung schrittweise die Rente mit 67 eingeführt. Daraus ergeben sich zunehmend höhere Abschläge für den früheren Rentenbezug.

Analog gilt das im Grundsatz auch für die ärztlichen Versorgungseinrichtungen.
Was vermutlich nur wenige wissen, die Rentenreform wirkt sich auch auf die private Altersvorsorge aus.
In der Basisrente (Rüruprente), betriebliche Altersvorsorge (bAV) und Riesterrente steigt der Mindestrentenbeginn von 60 auf 62, um die staatlichen Förderungen erhalten zu können. Alle andern Altersvorsorgeverträge können weiterhin frei gewählt werden. Lediglich bei Inanspruchnahme der Kapitalleistung muss im Vertrag zukünftig das Mindestalter von 62 vereinbart sein, um nach Halbeinkünfteverfahren besteuert werden zu können.
Kapitalleistungen vor dem 62. Lebensjahr müssen zukünftig voll versteuert werden.
Für alle Verträge die noch in 2011 abgeschlossen werden, gelten weiterhin die bisherigen Altersgrenzen.
Daraus ergeben sich Handlungsempfehlungen. Nicht zuletzt sollte an die Kinder gedacht werden.

Gut versichert?!

Mit dem Versicherungsangebot der Ärzte Service GmbH GNS besteht die Möglichkeit, die Vorteile der bestehenden GNS-Rahmenverträge mit verschiedenen Versicherungsgesellschaften direkt für sich nutzen zu können und dabei bares Geld zu sparen (dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverträge).
Kreuzen Sie dazu im unteren Abschnitt einfach an, welche Unternehmen Ihnen bekannt sind bzw. wo Sie bereits Kunde sind, und senden uns dieses Blatt direkt an die GNS-Geschäftsstelle per
Fax: 07391-586 5451 oder
E-Mail: versicherung@gnsued.de

- ☐ ALTE LEIPZIGER
- ☐ AssPro managerline AG
- ☐ AXA
- ☐ Barmenia Versicherungen
- ☐ Canada Life
- ☐ central
- ☐ CONCORDIA Versicherungen
- ☐ DAS
- ☐ Debeka
- ☐ delta lloyd
- ☐ Dialog Lebensversicherungs-AG
- ☐ Gothaer
- ☐ HALLESCHE Private Krankenvers.
- ☐ HDI GERLING
- ☐ HEIDELBERGER LEBEN
- ☐ IDEAL Versicherung
- ☐ inter VERSICHERUNGEN
- ☐ janitos
- ☐ KRAVAG
- ☐ LV 1871
- ☐ Mannheimer
- ☐ Württembergische
- ☐ Sonstige

Wir informieren Sie dann über bestehende Rabattverträge mit den Ihnen bekannten Versicherungsunternehmen, damit Sie zukünftig auch von den GNS-Vorteilen profitieren können.

☐ Ja, ich möchte über die bestehenden GNS-Rabattverträge informiert werden.

Praxisstempel

Ein Beitrag von Prof. Dr. Wolfgang Merk

„Projekt“ Praxisübergabe

Die Abgabe einer Arztpraxis ist kein einfaches Unterfangen. Dieses „Projekt“ erfordert eine Reihe von Vorüberlegungen und anschließend ein möglichst strukturiertes Vorgehen. Der Eintritt in Ruhestand sollte vor allem rechtzeitig angegangen werden. Rechtzeitig heißt hier durchaus mit einem Zeithorizont von ca. 3 Jahren vor dem angestrebten Verkauf. Die wichtigsten Fragen, die sich ein Praxisabgeber stellen sollte, sind nachfolgend kurz beschrieben :

1. Wann möchte ich spätestens in Ruhestand gehen? Es zeigt sich immer wieder, dass der Verkauf des Lebenswerkes Praxis von großer emotionaler Bedeutung ist. Die „Psychologie des Loslassens“ spielt hier eine große Rolle. Um zu vermeiden, dass der Praxisverkauf immer wieder verschoben wird, sollte man sich eine klare Terminvorgabe für den Projektstart setzen. Beziehen Sie hierbei die Familie in ihre Überlegungen unbedingt mit ein.

2. Kann ich mir den Ruhestand ökonomisch leisten? Zur Beantwortung dieser Frage empfiehlt sich, eine Vermögensaufstellung zu machen und zu berechnen, wie viel Geld man nach einem Praxisverkauf monatlich durch Versorgungswerk, Lebensversicherungen, Mieteinnahmen etc. zur Verfügung hat.

3. Bin ich bereit, ein Übergangsmodell zu akzeptieren? Viele Praxen werden nicht mehr ohne weiteres zu einem Stichtag auf einen Nachfolger übertragen. Die Regel ist heute, dass Abgeber und Nachfolger eine Übergangskooperation bilden. Hierfür gibt es eine Vielzahl von Modellen, die für die Interessenlage der Beteiligten maßgeschneidert werden können.

4. Sind Investitionen in die Praxis noch sinnvoll? Natürlich sollte die Praxis immer in einem ordentlichen, betriebsbereiten Zustand befinden. Anschaffungen für teure medizintechnische Geräte sollten aber nur noch dann erfolgen, wenn sie auch wirklich absolut notwendig sind. Ansonsten besteht die Gefahr, dass ein Nachfolger bei einem Kauf mit dem Argument den Preis drücken möchte, dass er gerade dieses Gerät zu dem Preis nicht gekauft hätte. Unter Umständen macht es daher Sinn, Leasing als Kaufalternative zu betrachten.

5. Was ist meine Praxis wert? Hier ist es sinnvoll, einen seriösen Gutachter, der öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger ist, einzuschalten. So hat auch ein Käufer die Gewähr, dass er nicht übervorteilt wird. Außerdem bekommt dieser in der Regel bei einer Bank mit einem Gutachten ein besseres Rating und damit günstigere Kreditkonditionen. Von der Anwendung einfacher Rechenformeln muss dringend abgeraten werden.

6. Muss ich den Veräußerungserlös der Praxis versteuern? Für Praxisabgeber, die älter als 55 Jahre oder dauerhaft berufsunfähig sind, bestehen besondere Steuervergünstigungen, insbesondere der so genannte ermäßigte Steuersatz (§ 34 Abs 3 EStG) und der sog. Altersfreibetrag (§ 16 Abs. 4 EStG)

7. Kann ich mich langsam aus der Praxis zurückziehen? Im Rahmen einer Übergangskooperation ist sie sicher möglich. Bei einer Einzelpraxis macht es jedoch wenig Sinn, den Umsatz über Jahre herunter zu fahren, da sich dadurch der Patientenstamm und damit auch der ideelle Wert aufzehren. Es besteht auch grundsätzlich die Möglichkeit, nach dem Praxisverkauf weiterzuarbeiten, hierzu gibt es jedoch einige wichtige Aspekte zu beachten.

8. Wie finde ich einen Käufer? Zwischenzeitlich kann man drei „Verkaufskanäle“ unterscheiden: ein Käufer, der die Praxis oder den -Anteil wie bisher weiterführt, Kollegen vor Ort, die die Praxis übernehmen und als BAG oder Filiale weiterführen oder MVZ, die die Praxis nebst der Zulassung übernehmen. Am besten streckt man frühzeitig seine Fühler aus und schaltet gegebenenfalls Anzeigen. Auch seriöse Vermittler können hier helfen.

Sachverständigeninstitut Prof. Dr. W. Merk (www.wm-institut.de)
Weitere Informationen und Hilfestellungen zu diesem Thema erhalten Sie über die Geschäftsstelle des GNS.

bucher
system-lösungen

Integrative Konzepte im Gesundheitswesen

EDV-Betreuung
Abrechnung
revisionssichere Archivierung
Spracherkennung
Datenschutz
Individuallösungen
eServices
Praxismanagement

bucher system-lösungen
Edisonallee 21 · 89231 Neu-Ulm
Telefon 0731 - 880 310 0
Telefax 0731 - 880 310 10
info@bucher-systemloesungen.de
www.bucher-systemloesungen.de

„Vom Prinzip der optimalen Patientenversorgung nicht abweichen!“

BVÄG gegen Austauschbarkeit von Arzneimitteln bei „(nec) aut idem“: Ankreuzen ist ein Ergebnis sorgfältiger medizinischer Arbeit

■ Der Vorstand des BVÄG appelliert an die ärztegenossenschaftlich organisierte Kollegenschaft, sich bei der Verordnung von Arzneimitteln nicht vom Pfad der medizinisch notwendigen Indikation abbringen zu lassen. „Unser Beruf muss ein freier Beruf bleiben!“, betonten kürzlich Vorstandsvorsitzender Dr. Gunnar Herberger sowie dessen Stellvertreter Dr. Ulrich Filzmayer und Andreas Rinck in einer BVÄG-Information. „Als Vertragsärzte verantworten wir rund 75 % der im GKV-System veranlassten Leistungen und Kosten. Deshalb ist es richtig, dass die Ärztegenossenschaften in Deutschland, sich seit zehn Jahren aktiv um Transparenz und Effektivität kümmern.“

In der BVÄG-Stellungnahme wird herausvorgehoben, dass „die tagtägliche Versorgung unserer Patienten von einer Vielzahl begleitender Qualitätssicherungsmaßnahmen geprägt ist“, wie evidenzbasierte Leitlinien und internes Qualitätsmanagement von der Begrüßung bis zur Verabschiedung. Ausgerechnet bei der Verordnung von Medikamenten sollen die niedergelassenen Ärzte von diesen Prinzipien abweichen. Wir sollen das „(nec) aut idem“-Kreuz nicht setzen und damit die freie Austauschbarkeit unserer Verordnung entsprechend den Rabattverträgen der Kassen nicht behindern. „Genau dieser Austausch aber ist intransparent und beliebig; er ist patientenfeindlich und häufig noch nicht mal wirtschaftlich. Dies lässt sich mit unseren Bemühungen dem Patienten im Wirrwarr des Systems beiseite zu stehen und nachhaltig zu handeln nicht vereinbaren“, so der BVÄG-Vorstand.

„Das ist ein solch krasser Bruch mit allen unseren Qualitätsansprüchen an die Behandlung chronisch kranker Patienten, dass wir empört aufschreien müssen. Das Aut-idem-Kreuz ist der notwendige Abschluss medizinisch sorgfältiger Arbeit. Und was medizinisch indiziert ist, wissen wir selbst und wie man es geeignet dokumentiert wissen wir auch.“

Für die genossenschaftlichen und viele vernetzten Ärzte ist das Arzneimittelmanagement in der Praxis durch die generischen Arzneimittel der Q-Pharm, dem Unternehmen einer Ärztegenossenschaft, einfacher und zuverlässig wirtschaftlich geworden. Q-Pharm ist transparent, entspricht allen Regeln der Berufsordnung und erfüllt die gemeinsam verabschiedeten Kodexanforderungen der Ärztegenossenschaften in Deutschland. Q-Pharm ist der Ausdruck der Solidarität innerhalb der genossenschaftlich organisierten Ärzte zum Wohle der Patienten! Und wenn Q-Pharm in der jüngeren Vergangenheit versprochen hat „... mit Freude Arzt sein. Darum kümmern wir uns!“, so wurde hier das Wort gehalten.

Der BVÄG-Vorstand rief abschließend dazu auf, „zunehmend deutliches politisches Bewusstsein“ zu zeigen. „Ihr aktives Engagement in Netzen, Ärztegenossenschaften und Berufsverbänden ist nötiger denn je!“

Interessiert an „perspectiv“?

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

www.q-pharm.de

Kodex der Ärztegenossenschaften

Die Ärztegenossenschaften

- handeln verantwortungsvoll und ethisch
- sind dem Gemeinwohl und einer menschenwürdigen Medizin verpflichtet
- fördern und verbessern die medizinische Versorgung zum Wohle der Patienten
- achten konsequent die Gesetze
- sind korruptionsfrei, ehrlich und transparent
- stärken den Erfolg ihrer Mitglieder und vertreten deren Interessen
- sind als wirtschaftende Unternehmen ein mittelständisches Kartell
- bündeln die Macht und erzeugen Kraft
- nutzen den Wettbewerb
- sind gesundheitspolitisch aktiv

Neues von Q-Pharm

Neueinführung: Letrozol-Q® 2,5 mg Filmtabletten

■ Q-Pharm hat Anfang August Letrozol-Q® 2,5 mg Filmtabletten in den Markt gebracht. Es können die Packungsgrößen 30 St. (N1) und 100 St. (N2) verordnet werden. Damit wurde das Q-Pharm-Sortiment an budgetschonenden Arzneimitteln erweitert. Entsprechende Produktinformationen zu Letrozol-Q® gingen postalisch an alle ärztegenossenschaftlich organisierten Niedergelassene sowie an bundesweit sämtliche Gynäkologen.

Eindeutige Position in punkto „aut idem“-Kreuz

■ Compliance erhöhen, Patientenversorgung verbessern: Mit dem Thema der dritten Arzneimittelliste 2011 bezieht Q-Pharm vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion um das Setzen des „aut idem“-Kreuzes eine klare Position. In diesem Zusammenhang stellt der neue Q-Pharm-Kodex, der von allen im BVÄG vertretenen Ärztegenossenschaften verabschiedet wurde, als Leitbild ein essentielles Element des Arzneimittelmanagements der genossenschaftlich organisierten und vernetzten niedergelassenen Ärzte dar (vgl. nebenstehenden Bericht). Das Ankreuzen von „aut idem“ auf dem Rezept erfordert nachvollziehbare medizinische Indikationen. „Diese Indikationen sind in der täglichen Praxis wesentlich häufiger anzutreffen, als einige Verfechter einer unsinnigen und teilweise gefährlichen Substanzverordnung dies uns glauben machen möchten“, so die Meinung von Q-Pharm--Vorstand Christoph Meyer. „Das Verordnungsverhalten mit medizinisch indiziertem Setzen von „aut idem“ ist verantwortungsvoll, qualitätssichernd und ethisch.“

Impressum

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

Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie erfolgt klar durch das „(nec) aut idem“-Kreuz!

Es gilt die Therapietreue von Patienten abzusichern – Eine Analyse von Dr. med. Svante Gehring

■ Das Setzen des „(nec) aut idem“-Kreuzes sollte als ein Instrument des Qualitätsmanagements zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) verstanden werden, z. B. um die Therapietreue von Patienten abzusichern. So sehen

Dr. Svante Gehring

Ärzte in einer Umfrage von Medical Tribune die Compliance bzw. Adhärenz durch das Lesen des Beipackzettels (91 %) und bei wechselndem Aussehen des Präparates (81 %) als besonders gefährdet an – heutiger Alltag im Zuge der Rabattverträge! Dabei wird die Gefahr am größten bei Patienten mit Bluthochdruck (70 %), Typ-2-Diabetes (60 %), psychiatrischen (45 %) und geriatrischen Erkrankungen (34 %) eingeschätzt.

Die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft sieht in ihrer Leitlinie „Gute Substitutionspraxis“ besonders den „ängstlichen oder agitierten Patient“ im Fokus). In der Tat zeigt die ärztliche Praxis, dass bei dieser Patientengruppe erst die jahrelange, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung die „richtigen“ und vor allem verträglichen Medikamente finden lässt. Ein Wechsel des Präparates schürt neue Ängste und Abneigungen gegenüber der Therapie. Die Beliebigkeit des Austauschpräparates wird dann oft vom Patienten mit der Beliebigkeit der Therapie gleichgesetzt. Dies belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Gerade der multimorbide, ältere Patient, bei dem kognitive oder die Geschicklichkeit betreffende Probleme zunehmen, sieht sich mit dem ausgetauschten Präparat überfordert, das nun eine andere Farbe, Form und Teilbarkeit besitzt. Teilweise muss dann noch eine neue Einnahmevorschrift beachtet werden oder die Applikationsart (z. B. Asthmamittel) ändert sich. Auch der neue Handelsname löst in der Regel bei Senioren kein Wohlbehagen aus. Die Diskrepanz zum Verordnungsplan erzeugt Verwirrung. Die Gefahr einer Doppelverordnung bzw. -einnahme wirkstoffgleicher Substanzen nimmt zu.

Ärzte und Apotheker müssen auch bei Retard-Präparaten besonders aufpassen: Die Software könnte verschiedene Retard-Formen für das Gleiche halten (Retardfilm-, Mantel-, Matrix-, Pull-/Push-, Oros-System- und Macropellet-Tabletten). Darüber hinaus sind Patienten mit Sondenkost gefährdet, z. B. beim Austausch eines PPI (Sondengängigkeit nur bei wenigen Präparaten gewährleistet).

So wundert es schließlich nicht, dass Arzneimittelexperten wie Prof. Gerd Glaeske wiederholt fordern, diese Gefahren zu berücksichtigen, u. a. in der plusminus-Sendung (Das Erste, 18.01.2011). Die Hochschule Fresenius stellt überdies nach einer ihrer Studien fest: „... die Politik sollte darüber nachdenken, im Hinblick auf die aufgezeigten Nebenwirkungen von Rabattverträgen für Generika eine „Sparen-Schaden-Bewertung“ einzuführen bzw. das Instrument der Rabattverträge grundsätzlich zu überprüfen“. In einer Originalarbeit berichten Gröber-Grätz/Gulich dann auch über die Folgen der Rabattverträge: „Patients are reported to get confused (97 %) and angry (96,9 %) about non-transparent drug substitutions, and medication errors occur (60, 1 %)“.

Neben der Gefahr einer Fehleinnahme, Doppelverordnung oder Minderung der Compliance gibt es auch pharmakologische Bedenken. Da Generika zur Zulassung über die Plasmaspiegel von nur 15 bis 25 Probanden eine Bioäquivalenz von minus 20 % bis plus 25 % gegenüber dem Original nachweisen müssen, könnten bei einem Präparatewechsel ein Unterschied in der Wirkstoffkonzentration von bis zu 45 % auftreten.

Dies wird besonders kritisch für Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite gesehen, wie z. B. Antiepileptika (z. B. Carbamazepin), aber auch andere Wirkstoffgruppen sind natürlich davon betroffen, wie Kardiaka (z. B. Amiodaron, Digitalis), Antiasthmatika, Antikoagulantien, Antiparkinsonmittel, Immunsuppresiva (z. B. Ciclosporin), Opioide, Schilddrüsenhormone, Zytostatika und Biologicals/-similars. Damit verbunden müssen Ärzte besondere Risikogruppen von Patienten identifizieren, bei denen ein Wechsel des Präparates ungeahnte gesundheitliche Folgen haben könnte.

Das Setzen des nec Aut-idem-Kreuzes kann in all diesen Fällen als ärztliche Qualitätssicherungsmaßnahme gelten, in der eine medizinisch begründete, verlässliche Arzneimitteltherapie abgesichert werden muss. Daher sollte nec Aut-idem den Wechsel zu einem anderen, generischen oder z. B. rabattierten Präparat verhindern, wenn folgende Überlegungen zutreffen:

- **Die Therapietreue des Patienten ist gefährdet (besonders bei Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes und des psychiatrischen Formenkreises einschließlich der ängstlich, agitierten Patientengruppe).**
- **Es handelt sich um multimorbide, ältere Patienten (ggf. ein geriatrisches Assessment zur Kognition und Geschicklichkeit, wie z. B. den Geldzähltest durchführen).**
- **Es werden Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite bei besonders gefährdeter Risikogruppe eingesetzt, wie Transplantatträger, Epileptiker, Allergiker, Schilddrüsenerkrankte, Patienten mit Herzerkrankungen, Asthma/COPD, Parkinson, rheumatischen Erkrankungen (bzw. Autoimmunerkrankungen), Krebs und Schmerzen.**
- **Die Teilbarkeit, Applikationsart oder Retard-Form kann nicht sichergestellt werden.**
- **Andere Trägersubstanzen die Wirkstofffreisetzung verändern und damit die Wirkung und/oder Verträglichkeit des Medikamentes gefährden könnte (z. B. Amlodipin-mesilat/-besilat; Metoprolol ret./-succinat; viele Schmerzmittel, etc.).**
- **Die Sondengängigkeit eines Medikamentes gesichert werden muss.**
- **Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Hilfs- und Zusatzstoffen bestehen (z. B. Farbstoffe, Emulgatoren, Antioxidationsmittel, Stabilisatoren, Konservierungsstoffe, etc.).**

Kodex Q-Pharm

Q-Pharm

- handelt verantwortungsvoll und ethisch
- fördert Strukturen zur Verbesserung der Patientenversorgung
- handelt im Einklang mit den bestehenden Gesetzen
- verpflichtet sich der Transparenz
- stellt sich aktiv dem Wettbewerb
- ist gesundheitspolitisch aktiv

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

Das nächste Heft erscheint im Dezember 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
Sa 08.10.11, 9 bis 17 Uhr (Ulm)

Kurs 11
Prävention für die tägliche Praxisroutine
Mi 26.10.11, 14 bis 18 Uhr (Ulm)

Kurs 13
Vorsorge für den Ernstfall
Mi 28.09.11, 18 bis 19:30 Uhr (Ulm)

Kurs 15
DRG's in deutschen Krankenhäusern
Mi 16.11.11, 19 bis 21 Uhr (Ulm)

Kurs 16
Heilmittelverord. & Regressprophylaxe
Mi 30.11.11, 19 bis 21:30 Uhr (Ulm)

FORTBILDUNG FÜR MFA

Kurs 1
Qualitätssicherung & Qualitätsverbesserung
Fr 14.10.11, 9:30 bis 17 Uhr (Isny)
Sa 12.11.11, 9:30 bis 17 Uhr (Ulm)

Kurs 2
Ressourcen der Praxis nutzen
Mi 12.10.11, 13 bis 18 Uhr (Isny)

Kurs 5
Einarbeitung neuer Mitarbeiter
Mi 21.09.11, 13 bis 17 Uhr (Ulm)

Kurs 6
Führungsmethodiken
Fr 07.10.11, 9:30 bis 17 Uhr (Isny)
Sa 08.10.11, 10 bis 13 Uhr (Isny)

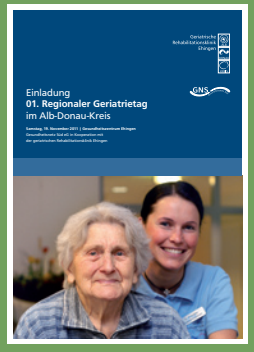
Kurs 7
Kommunikative Fertigkeiten
Fr 23.09.11, 9:30 bis 17 Uhr (RV)

Kurs 8
Hygiene
Mi 23.11.11, 14 bis 18 Uhr (RV)

Veranstaltungsorte
Ravensburg: Labor Dr. Gärtner, Elisabethenstr. 11
Insy: Schulungsräume Dr. Rothermel, Rossmarkt 9/1
Ulm: IVF-Zentrum, Einsteinstr. 59

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

1. Regionaler Geriatrietag im Alb-Donau-Kreis
GNS in Kooperation mit der geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen
Samstag, 19.11.11, 9:30 bis 16:30 Uhr
Gesundheitszentrum Ehingen



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