GNS – Im Bundesverband der ärztlichen Genossenschaften

GNS Gesundheitsnetz Süd

im dialog

Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

im dialog 31 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

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

31. GNS-Magazin **Dezember 2011**

REGIONALE VERSORGUNG SELBST GESTALTEN

Versorgungsstrukturgesetz: Eine Stellungnahme des KV-Bezirksbeiratssprechers Dr. Barczok

Vorwort

Vorwort von Dr. med. Martin Wagner

„Wir nehmen die Versorgung selbst in die Hand“

Baden Württemberg ist für Ärztenetze ein schwieriges Pflaster geworden. Da ist zum einen der wie ein „closed shop“ ausgestaltete „Hausarztvertrag“ und da sind zum anderen die Ersatzkassen, deren einstiges Miteinander mittlerweile Geschichte zu sein scheint. Nach außen hat es jedenfalls den Anschein, als ob es immer weniger einen kleinsten gemeinsamen Nenner gibt. Insgesamt sind die Ersatzkassen dabei, sich auf breiter Front neu zu orientieren. Sich neu aufzustellen. Und wenn möglich mit neuen Partnern zu fusionieren. In dieser veränderten Landschaft ist es merklich schwieriger geworden, Krankenkassen zu finden, mit denen eine Flächendeckung geplanter Projekte sinnvoll für beide Seiten umsetzbar ist.

Auf unserem letzten Workshop haben wir deshalb beschlossen, stärker auf die Förderung regionaler Projekte zu setzen. Im Vordergrund steht dabei die verbesserte ärztliche Kommunikation in alle Richtungen insbesondere auch unter Einbeziehung des stationären Bereichs. Qualitätsmanagement, Optimierung unserer täglichen Arbeitsabläufe, gemeinsames Marketing, flächendeckende Versorgung des ländlichen Raumes, neue Notfalldienstkonzepte sind hier wichtige Stichworte.

Die Teilhabe an medizinischen Versorgungszentren und mehr, sind beliebig erweiterbare Themen, denen wir uns stellen wollen.

Ein erheblicher Teil der Vorbereitungen ist abgeschlossen, so dass wir in Kürze in einer Pilotregion an den Start gehen könnten. Wir investieren damit gezielt in die Zukunft unserer Praxen und in die Zukunft der niedergelassenen Medizin. Wir wollen unsere Praxen attraktiv halten, wir wollen sie so gestalten, dass die nachfolgende Generation wieder Freude an der Arbeit hat!

„Stark im Verbund!“ könnte unser Motto sein. Der nächste und wichtigste Schritt ist jetzt Kolleginnen und Kollegen zu finden, die bereit sind, diesen Weg mit uns zu gehen! Wo immer wir können, werden wir Sie unterstützen. Darin sehen wir den eigentlichen Sinn und Zweck von GNS.

Inhalt

Titelthema

Regionale Versorgung selbst gestalten – Seite 3-5

Redaktioneller Beitrag

Sind die Probleme der Ärzte in den Köpfen der Politiker angekommen? – Seite 5-6

1. Regionaler Geriatrietag in Ehingen – Seite 6-7

perspektiv im dialog – Seite 14-15

Praxis

Nachfrage nach Praxisnachfolger größer als erwartet – Seite 13

Assekuranz

Vermögenssicherung im Alter – Seite 12

GNS Aktuell

Ohne IT kein Ärztenetz – Seite 8

GNS verleiht Versorgungspreis „Inno-Netz“ – Seite 9

Neue Kooperationspartner – Seite 9

Kurzumfrage Weiterbildungsmöglichkeit/ Nachfolgersuche – 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.

Ein Beitrag von Robert Tauber und Dorothee Enderle

REGIONALE VERSORGUNG SELBST GESTALTEN

So verzweifelt und hilflos hatte sich Wolfgang Kalkowska in seinen fast 80 Lebensjahren nur selten gefühlt. „Ich muss den Doktor persönlich sprechen“, flehte er am Tresen der Arztpraxis, „es ist ganz dringend.“ „Leider unmöglich“, bedauerte die Arzthelferin. „Aber meine Frau sitzt draußen im Rollstuhl, es geht ihr schlecht“, setzte der Rentner nach. „Hier warten noch 20 Patienten, der Doktor hat keine Zeit“, wehrte die Angestellte ab. „Nur einen Moment, bitte.“ - „Keine Chance.“ „Da hab ich zu meiner Frau gesagt, lass uns bloß wegziehen, sonst sterben wir hier, und keiner merkt es“, erinnert sich Wolfgang Kalkowska. Das Ehepaar wohnt in der tiefen Provinz, in der niedersächsischen Gesamtgemeinde Gartow, Landkreis Lüchow-Dannenberg, der ehemalige Todesstreifen der DDR ist ganz nah.

Der oft beklagte Ärztemangel auf dem Land gehört im Wendland, in Orten wie Gorleben, Höhbeck und Schnackenburg, längst zum Alltag. Selbst Schwerkranke wie die Eheleute Kalkowska müssen oft wochen- oder monatelang auf einen Termin warten – wenn sie überhaupt einen bekommen. Der einzige Arzt weit und breit, zuständig für rund 4000 Einwohner, ist hoffnungslos überlastet. Mehr als ein halbes Jahr lang blieb Wolfgang Kalkowskas schweres Herzleiden unbehandelt, er hat vier Bypässe; die Schmerzmittel für die kaputte Wirbelsäule seiner gleichaltrigen Frau brachten die Kinder aus Berlin mit.

Sicher, Baden-Württemberg ist nicht mit der niedersächsischen Provinz gleichzusetzen. Es soll hier auch keine Panikmache betrieben werden. Obige Schilderung leitet den „Spiegel“ Titel „Land ohne Arzt“ (2. November 2011) ein, der sich mit dem kommenden GKV-Versorgungsstrukturgesetz befasst. In dem bei Redaktionsschluss des „Dialog“ noch nicht abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahren übertrumpfen sich die politischen Parteien mit Vorschlägen, die alle die ärztliche Berufsausübung auf dem Land fördern sollen. So sagte der Ministerpräsident des „Ländles“ am 31. Oktober im Rahmen der Veranstaltung „AOK im Dialog“:

„In der Gesundheitspolitik des Landes will ich zwei Signale setzen: Es wird einen strukturierten Gesundheitsdialog mit allen Beteiligten geben, um in der Region – vor allem bei knapper werdenden Ärzten – in kooperativen Strukturen Lösungen zu finden“. Beispielhaft nannte Kretschmann das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Weiter betonte er die Bedeutung pragmatischer und kreativer Versorgungsmodelle in der Region. Auch Vertreter anderer Parteien betonen die Notwendigkeit, die Gesundheitsversorgung verstärkt auf regionale Bedürfnisse auszurichten. In Bayern wird zur Unterstützung der Kommunen ein Kommunalbüro für ärztliche Versorgung am Landesamt für Gesundheit aufgebaut. Es ist Ansprechpartner für die Kommunen und soll die regionalen Versorgungsstrukturen analysieren. Ziel ist, gemeinsam mit Kommunen, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhäusern Lösungen für eine optimale Versorgung zu finden (daneben wird zusätzlich die Stelle eines Burnout- und Depressionsbeauftragen eingerichtet). Die Aufzählung gutgemeinter Vorschläge, Initiativen und Ankündigungen auf diesem Gebiet wäre endlos fortführbar.

Fakt ist aber: Die niedergelassenen Ärzte an der Basis können auf lokaler Ebene am besten beurteilen, wie Gesundheitsversorgung zu gestalten ist. Weiter sollten sich Arztnetze zur Bündelung dieser lokalen ärztlichen Kompetenz auf regionaler Ebene zu unternehmerisch geprägten Zusammenschlüssen entwickeln, bevor Politiker vom grünen Tisch aus versuchen, Gesundheitsversorger zu spielen. Das lässt allerdings nicht den Rückschluss zu, dass der Dialog von Ärzten und Netzen mit der Lokalpolitik nicht wichtig ist – das Gegenteil gilt.

Was heiß regionale Gesundheitsversorgung? Besonders effektiv können Versorgungsstrukturen in einem Rahmen aufgebaut werden, in dem sich die beteiligten Akteure untereinander kennen und ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis auf Basis klarer Absprachen und Standards geschaffen werden kann. So wäre es sicher verfehlt, ein ganzes Bundesland als Gesundheitsregion zu bezeichnen. Es ist hier eher an Landkreise zu denken und an Versorgungsregionen, in deren Grenzen die Schnittmenge der gemeinsam behandelten Patienten sehr groß ist. Nur so können etwa in einem Arztnetz vereinbarte

Redaktioneller Beitrag

Behandlungsprogramme oder Netzleitlinien effektiv umgesetzt und nachhaltig wirksam werden.

Flächenverträge wie sie derzeit von der AOK in Baden-Württemberg präferiert werden, lösen nicht oder nur begrenzt die Probleme an den Versorgungsschnittstellen (z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung). Sie führen primär zu Einsparungen auf dem Gebiet der Pharmakotherapie (Die Frage ist, wie lange noch) und vielleicht ansatzweise zu einer verbesserten Kommunikation und Qualifikation im Rahmen der verpflichtenden Qualitätszirkel. Wer aus Überzeugung oder aus ökonomischem Antrieb in solchen Verträgen die beste Lösung sieht, sollte daran teilnehmen. Der Nachweis ihres gesundheitsökonomischen Nutzens steht noch aus. Auf den Fall, dass diese Vertragsmodelle (die übrigens von AOKen in vielen anderen Bundesländern kritisch gesehen werden) nicht den großen Erfolg bringen, gilt es, sich jetzt einzustellen und auf regionaler Ebene innovative Modelle zu entwickeln.

Dazu gehört die bereits recht konkrete Planung, in der Region Alb-Donau-Kreis/Ulm ein unternehmerisches Versorgungsnetz aufzubauen, das die Kriterien eines modernen Gesundheitsdienstleistungsunternehmens erfüllt. In erster Linie sind dies folgende Aktivitäten, die in Teilbereichen auch bereits umgesetzt sind:

- Es wurde ein Leitbild mit Mission, Vision und einem Regelwerk der Zusammenarbeit erarbeitet.
- In lokalen multiprofessionellen Arbeitsgruppen werden indikationsspezifisch Behandlungsprogramme und Netzleitlinien erarbeitet
- Es erfolgt auf regionaler Ebene eine klare Trennung zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kernkompetenzen
- Die Netzorganisation investiert in notwendige und unterstützende Maßnahmen (Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit netzspezifischen Indikatoren, IT-Vernetzung, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, hochwertige Aus- und Fortbildungsprogramme für Ärzte und MFAs auf regionaler Ebene ohne lange Anfahrtswege).
- Der Patient mit seinen vielfältigen Problemen soll mittelfristig entlang der Versorgungskette „gecoacht“ werden. Der einzelne Arzt bleibt dabei der „Supervisor“ – ohne die aktive Nutzung der Delegationsmöglichkeiten und der Einbindung von speziell qualifizierten Kräften wird es aber bei abnehmenden Arztzahlen und steigenden Patientenzahlen nicht mehr gehen. Zentrale Patientenschulungen sollen den Arzt dabei entlasten.
- Gespräche über eine Beteiligung an einem Neubauprojekt des Alb-Donau-Kreises oder dessen Management (Zentrum für Gesundheit und Soziales in Munderkingen) wurden geführt. Hier könnte auf Basis eines vorliegenden vertraglichen Eckpunktepapiers die Netzorganisation eine wichtige Aufgabe im Rahmen des Betriebes des dort geplanten Medizinischen Versorgungszentrums übernehmen (Aus- und Fortbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, Aufbau von standardisierten QM-Strukturen, betriebswirtschaftliche Dienstleistungen wie Controlling und Marketing). Ob ein solches Projekt in Kooperation geplant und durchgeführt werden kann, hängt noch von diversen rechtlichen und wirtschaftlichen Fragestellungen ab. Im Sinne einer ernstgemeinten sektorenübergreifenden Kooperation wäre aber ein solches Projekt, welches schrittweise weiterentwickelt werden könnte, wegweisend.

All diese Maßnahmen erfolgen auf Grundlage einer gesellschaftsrechtlich notwendigen Neugründung einer lokalen Versorgungs-GbR (Gesellschaft des bürgerlichen Rechts) und der Gründung einer Management GmbH, deren Gründer und Eigner allein die regionale Ärzteschaft ist. Der Dialog mit der Führung des lokalen kommunalen Gesundheitsversorgers ADK GmbH, zu dessen Unternehmensverbund drei Akutkliniken, eine geriatrische Rehaklinik, mehrere Senioren- und Pflegeheime, Physiotherapie und Fitness-Studios gehören, ist bereits sehr ausgeprägt und intensiv. Zudem sind viele GNS-Mitglieder auch an den an den Kliniken „angedockten“ Gesundheitszentren als Vertragsarzt/-ärztin tätig. Wichtig ist aber die regionale Flächenversorgung. Und so wollen wir auch besonders Ärzte mitnehmen, die außerhalb der Zentralorte des Kreises tätig sind. Ob diese Aktivitäten letztendlich zu einem Selektivvertrag (bestmöglich auf Basis § 140 SGB V und populationsbezogen sowie mit mehreren Kostenträgern) führen, der diese Anstrengungen honoriert, bleibt völlig offen. Die Zeiten, in denen lokale Strukturen wie das bereits genannte Modell „Gesundes Kinzigtal“ mit Millionen aus der bis 2009 existierenden Anschubfinanzierung aufgebaut werden konnten, sind jedenfalls vorbei. Abgesehen von selektivvertraglichen Interessen streben wir mit dem Pilotprojekt eine regionale Attraktivitätssteigerung an. Sie soll dazu führen, dass sich Praxisassistenten oder potenzielle Nachfolger für eine Tätigkeit in der Region wieder verstärkt interessieren. Weiter versprechen wir uns mittelfristig Arbeitsentlastung der teilnehmenden Ärzte durch Effektivitätssteigerung und Prozessmanagement sowie eine höhere Arbeitszufriedenheit durch verbesserte interkollegiale Kommunikation und Arbeitsteilung.

Mit Kapital aus der Ärzteschaft, Unterstützungsleistung von GNS und den Möglichkeiten die eine wirtschaftlich erfolgreiche Genossenschaft bietet, sowie dem Engagement von verlässlichen und kompetenten Kooperationspartnern wollen wir dieses Vorhaben auf- und ausbauen. Die Devise lautet: Jedes gute Modell hat

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Dr. Michael Barczok

Sind die Probleme der Ärzte in den Köpfen der Politiker angekommen?

In einer ersten Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz stellte der Vorstand der KV Baden-Württemberg fest, dass dieses Gesetz nicht annähernd in der Lage sei, die Probleme der Versorgung im Ländle zu lösen, es immerhin aber erstmals ein Gesetz sei, das sich positiv mit den Belangen und Nöten der Ärzte befasse und nicht nur formalistisch herumdoktere bzw. die Situation verschlimmere.

Dies gilt nach wie vor. Manches, was mehr geschadet als genutzt hätte, konnte mittlerweile noch im Gesetzesentwurf gestrichen werden, manch Wünschenswertes kam hinzu, manches fehlt aber auch noch und wird hoffentlich in letzter Minute noch ergänzt werden.

Vor allem der Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung muss unter diesem Aspekt noch dringend überarbeitet werden, um Schaden von den ambulanten Strukturen vor allem im fachärztlichen Bereich abzuwenden.

Ein weiteres noch nicht gelöstes, bleibendes Ärgernis ist die alte Mär von Fehl- und Überversorgung im ambulanten Bereich, insbesondere die angesichts zunehmender Wartezeiten geradezu aberwitzige Unterstellung, dass es eine ärztliche Überversorgung gäbe. Es ist ja richtig, dass sich in den vergangenen 20 Jahren die Zahl der Fachärzte erhöht hat, allerdings am meisten in Fachgruppen, die wie Labormediziner oder Pathologen nicht gerade zur Basisversorgung gehören. Richtig ist darüber hinaus auch, dass diese Entwicklung vor dem Hintergrund einer erheblichen Verlagerung von stationären Leistungen in dem ambulanten Sektor erfolgt ist. Wurde 1990 noch keine Koronar-Stents ambulant eingesetzt, ist dieser Eingriff mittlerweile im ambulanten Bereich Standard geworden. Ambulante Cataract-Operationen sind zwischen 1990 und 2010 von Null auf 92.600 gestiegen, ambulante Strahlentherapien von Null auf über 700.000 angewachsen. Die Morbidität ist im Rahmen der Altersentwicklung drastisch nach oben gegangen, die Zahl von Präventionsleistungen ebenfalls gestiegen. Die Ärzte werden wesentlich stärker in Anspruch genommen als ihre Zahl gewachsen ist und im übrigen – auch bei den Fachärzten zeichnen sich die gleichen Nachwuchsprobleme ab wie bei den Hausärzten.

Überhaupt nicht beachtet wird bei dieser Diskussion, dass mittlerweile Ärztinnen die Mehrzahl des medizinischen Nachwuchses darstellen, die häufig nur in Teilzeit arbeiten, so dass sich die Kopfzahl zwar erhöht, die Versorgungsleistung aber nicht in gleicher Weise steigt. Hinzu kommt, dass die Frage, was Über- oder Unterversorgung darstellt, ja keine wissenschaftlich fundierte Skalierung darstellt, sondern schlicht und einfach darauf gründet, was am 31.12.1990 vorhanden war. Die damals vorhandenen Verhältniszahlen auf Basis des jeweiligen Arzt-Einwohnerverhältnisses wurden einfach fortgeschrieben. Dass mittlerweile über 20 Jahre ins Land gegangen sind, dass mittlerweile

Fortsetzung von Seite 4

seinen Marktwert und findet Nachfrager – die Vorleistung bis zu einem solchen gesundheitsökonomisch überlegenen Modell müssen wir erbringen. Ist diese Leistung erst einmal erbracht, steht ein gut statuierter und selbstbewusster lokaler Anbieter von Gesundheitsversorgung den sich zunehmend in Partikularinteressen verstrickenden Kassen gegenüber.

Wir wollen mit diesem GNS-Pilotprojekt vor dem Hintergrund der nur ansatzweise befriedigenden Möglichkeiten des neuen Versorgungsstrukturgesetztes ernsthaft eine regionale Gesundheitsversorgung aufbauen. Dazu suchen wir mit allen Partnern (regionale Krankenhäuser und Pflegeheime, Heil- und Hilfsmittelerbringern, Medizinprodukte- und Pharmaindustrie) den intensiven Dialog im Sinne einer Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse und Besonderheiten. Diese Initiativen sind als langfristiges Strategieprojekt zu verstehen. Wir wollen uns mittels konstruktiver und unternehmerisch geprägter Zusammenarbeit den künftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung stellen und dabei selbst die Richtung beeinflussen. Dies ist die beste Möglichkeit, die ärztliche Freiberuflichkeit zu erhalten und gar zu stärken und gleichzeitig auf die Anforderungen eines sich rapide wandelnden Umfeldes zu reagieren.

Für Fragen, Anregungen und Kritik zu diesem Artikel wären wir dankbar:
service@gnsued.de

Redaktioneller Beitrag

sich ganze neue Facharztgruppen gebildet haben, all dies wird verdrängt. Richtig allerdings ist, dass punktuell Regionen mit relativ guter ärztlicher Besetzung anderen gegenüberstehen, in denen gähnende Leere herrscht.

Politiker und Kassenvertreter gehen davon aus, dass dies daran läge, dass Ärzte einfach keine Lust hätten, aufs Land zu gehen und deshalb eben umverteilt werden müssten, sei es durch finanzielle Anreize gelockt, sei es durch gesetzliche Strafen geschockt. Diese Anklänge im Versorgungsstrukturgesetz sind natürlich kontraproduktiv. Was wirklich eine Rolle spielt, ist doch vielmehr, wie der Notdienst organisiert ist, wie weit es zur nächsten Schule ist und ob auch die Ehefrau mit der neuen Wirkungsstätte leben kann.

Das Versorgungsstrukturgesetz bietet eine ganze Reihe neuer Ansätze und Möglichkeiten. Die Aufgabe für die verfasste Ärzteschaft wird sein, dies inhaltlich zu strukturieren und daraus – wenn möglich - ein funktionierendes, besseres Ganzes zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund sind die Vorstellungen im Versorgungsstrukturgesetz zur Lenkung der ärztlichen Versorgung weiter zu hinterfragen. Sicherlich ist es sinnvoll, die Residenzpflicht zu lockern (auch wenn dies beim jetzigen Stand des Gesetzgebungsverfahrens nur sehr begrenzt erfolgen wird), ebenso sicher aber ist es sinnlos, wenn die KV gezwungen wird, angeblich überflüssige Arztsitze mit Mitgliederbeiträgen „aufzukaufen“ und „stillzulegen“. Sinnvoller und sicherlich effektiver wäre es, wenn regionale Netze sich dieses Themas annehmen, weiße Flecken in der Versorgungslandschaft innovativ überbauen und junge Kolleginnen und Kollegen in eine dann wieder selbsttragende ärztliche Versorgung integriert werden können.

Wir können weder Ärzte drucken noch wollen wir gewachsene Strukturen mit Bulldozern verändern lassen. Wir können aber durch richtige Anreize und intelligentes Zusammenarbeiten zwischen uns Ärzten eine Situation schaffen, die eine gute ärztliche Versorgung zu erhalten vermag. Netze könnten davon profitieren, dass die Honorarverteilung und Honorarsystematik stärker regionalisiert werden. Stünden Krankenkassen und KV stärker in der Pflicht, unter regionalen Gesichtspunkten die Vergütung zu optimieren und damit eben nicht auf Länderebene, sondern herunter bis auf Planungsbereiche die Entwicklung Ressourcen-schonender Netzstrukturen zu verbessern, haben gewachsene regionale Netze mit einem professionellem Management und einer inhaltlich hochwertigen Statik eine gute Chance, sich positiv weiter zu entwickeln.

Vielleicht wurde GNS zu früh gegründet, zu einer Zeit, als die äußeren Bedingungen das Konzept einer überregionalen, auf einem Verbund regionaler Netze fußenden Verzahnung und Zusammenarbeit noch nicht ausreichend unterstützt haben. Jetzt kommt die Zeit, in der kleinräumige Fachgruppen-übergreifende Strukturen den nötigen Rückhalt bekommen, um erfolgreich arbeiten zu können. Politisch hat sich der Wind in Baden-Württemberg gedreht. Ministerpräsident Winfried Kretschmann favorisiert in ungewöhnlich klarer Diktion regionale Netze. Auch die im Versorgungsstrukturgesetz neu geschaffene Interventionsmöglichkeit des Landes in der Bedarfsplanung soll in diese Richtung gehen.

Die KV Baden-Württemberg will die positiven Möglichkeiten des Versorgungsstrukturgesetzes konsequent nutzen, Bezirksbeirat und Kammer werden dies engagiert unterstützen.

Ich bin mir daher sicher, dass die nächsten Jahre für regionale Netze neue Impulse und Möglichkeiten bringen.

Es scheint, dass unsere Probleme tatsächlich in den Köpfen der Politiker angekommen sind, jetzt sind wir am Zug!

Redaktioneller Beitrag

Die medizinische Versorgung alter und insbesondere hochbetagter Menschen ist verbesserungswürdig. Der demografische Wandel nimmt in den kommenden Jahren an Fahrt auf. Das wird den Druck erhöhen, durch strukturelle Veränderungen die begrenzten personellen und materiellen Mittel wirkungsvoller einzusetzen. Beim 1. Regionalen Geriatrietag in Ehingen war man sich einig, dass den Hausärzten dabei eine Schlüsselrolle zuwachsen wird.

Zu den Experten auf dem vom Gesundheitsnetz Süd (GNS) in Zusammenarbeit mit den ADK GmbH im Gesundheitszentrum veranstalteten Kongress für niedergelassene Ärzte gehörte der Leiter der Geriatrischen Reha-Klinik im Ehinger Gesundheitszentrum, Dr. Michael Jamour. Was er in Sichtweite seiner 35-Betten-Station hoch engagiert vortrug, wurde vom Leiter des Geriatrischen Zentrums Neuburg/Donau, Dr. Not-Rupprecht Siegel und Dr. Clemens Becker von der Robert-Bosch-Klinik in Stuttgart unterstrichen und ergänzt. Ehingen war vor zehn Jahren die letzte neu eröffnete Geriatrische Rehaklinik in Baden-Württemberg. Seitdem sind fünf Kliniken geschlossen und knapp 400 Betten entfallen. Parallel wurde die Behandlungszeit um sieben auf 21 Tage reduziert, obwohl die Zahl multimorbider Patienten, die aus den Akutkliniken in die Reha-Kliniken weitergereicht werden, wächst. Die Betten der Ehinger Klinik sind mit 97 Prozent übers Jahr voll ausgelastet, Personal ist knapp bemessen und trotzdem werden „hochrote Zahlen geschrieben“.

Das war nur die eine und in der interessierten Öffentlichkeit sicher bekanntere Seite des Warnrufs der Geriater: Bisher fehlen in Baden-Württemberg geriatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern. Das soll sich jetzt ändern, kündigte die grün-rote Landesregierung auf dem Landesgeriatrietag in Tübingen im September an. Schließlich ist bereits heute die Hälfte der Patienten in den Krankenhäusern über 65

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

1. Regionaler Geriatrietag in Ehingen

Hausärzten wächst Schlüsselrolle zu

Jahre alt. Der zentrale Wunsch der alten Patienten auf Wiederherstellung ihrer Unabhängigkeit und Selbständigkeit im Alltag, müsse Leitlinie sein, betont Jamour. Dabei verliere er nicht den Blick auf die spezifischen Schwächen seiner Klientel wie etwa Einschränkung der geistigen und motorischen Fähigkeiten. Doch die daraus erwachsenden Empfehlungen blieben wirkungslos, wenn der Geriater nicht den Behandlungspfad bestimme.

Statt einer ganzheitlichen Betrachtung zentriere sich die Behandlung in den Kliniken bisher auf erkrankte Organe. Spektakuläre Spitze der Entwicklung: Seit 1990 ist die Zahl von Operationen am Herz bei Achtzigjährigen und älteren Patienten um 2400 Prozent gestiegen. Manche dieser Patienten seien organisch zwar erfolgreich behandelt, für den Rest ihres Lebens und als Folge der Operation verwirrt und auf stationäre Pflege angewiesen. Ist eine solche Leistungsausweitung sinnvoll? Die Zahlen scheinen dagegen zu sprechen: Sind 2005 bereits 134000 alte Patienten nach einer Klinikbehandlung in ein Pflegeheim entlassen worden, so waren es fünf Jahre später bundesweit 245000 Personen. „Wir können uns Pflege eigentlich nicht erlauben“ und müssen alles tun, den älteren Patient soweit wiederherzustellen, dass er unter medizinischer Begleitung eines Hausarztes in seine häusliche Umgebung entlassen werden kann. Denn bis zum Ende des Jahrzehnts steigt die Zahl der Hochbetagten um weitere 40 Prozent. Die fortschreitende Überalterung bedroht auch die Einnahmeseite. Jedenfalls sieht die Geschäftsführerin der AOK Ulm-Biberach, Dr. Sabine Schwenk, ihre an das Erwerbseinkommen gekoppelten Beitragseinnahmen dahinschmelzen. Eine Anhebung der Beiträge, wie sie jetzt wieder beschlossen wurde, „ist nicht zukunftsfest“.

Dr. Jamour, Leiter geriatrische Reha-Klinik, Ehingen

Dr. Clemens Becker (Stuttgart) beschäftigte sich mit Finanzstrukturen: Die Trennung der Kostenträger, Krankenkasse, Pflegekasse und Rentenversicherung führten zu Verwerfungen bei der angestrebten integrierten Versorgung. Gleichzeitig warnte er, der Bevölkerung die Illusion vorzugaukeln, Pflegekosten ließen sich komplett auf Versicherungen abwälzen: „Wir können nicht immer weitere Ressourcen einfordern. Das ist absolut unethisch.“ Becker, der die Geriatrie in Ulm mit aufgebaut hat, verwies darauf, dass Reutlingen mit der Hälfte der Pflegeplätze auskomme, ohne dass eine Mangelsituation herrsche. Er hält einen Paradigmenwechsel für erforderlich: Mittelfristig könnten in der alternden Gesellschaft Familien und Nachbarschaft entlasten. Die Altersarmut werde erst ab 2020 ein Problem. Dann verschlechtere sich die Situation aber signifikant. Erforderlich seien Präventionsmodelle aber auch ein sektorenübergreifendes Fallmanagement. Dafür müssten finanzielle Mittel umverteilt werden. Derzeit lasse sich in Kliniken mit einer Herzoperation Geld verdienen. Bei der Behandlung Älterer machten niedergelassene Ärzte dagegen eher Verluste. Hier gelte es, falsche Anreize zu kappen. In ambulante Versorgung älterer Patienten müssten die Gesundheitsberufe verstärkt kooperativ und „mit dem nötigen gegenseitigen Respekt zusammenarbeiten“. Wichtig sei, dass die Ärzteschaft bei der nötigen Priorisierung und der Reallokation eine aktive Rolle spiele.

Selbst der Alzheimer-Spezialist Prof. Harald Hampel (Universität Frankfurt/Main), der über neue Diagnosekriterien bei dieser Demenzerkrankung referierte und prophezeite, dass Alzheimer „alle anderen Epidemien in den Schatten stellen wird“, sah keine Alternative zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Ohne maßgebliche Mitwirkung niedergelassener Allgemeinärzte seien die 5500 Neurologen und Psychiater der Republik den Anforderungen zunehmender Alzheimererkrankungen und der neuen Positivdiagnostik in frühen Lebensjahren potenzieller Patienten nicht gewachsen.

GNS-Sprecher und Allgemeinarzt Dr. Martin Wagner warf einprägsame Schlaglichter auf spezifische Probleme mit älteren Patienten in Praxen. Prof. Dr. Klaus Mörike (Universität Tübingen) beschäftigte sich mit Risiken der Polypharmakotherapie, die er nicht perhorresziert sehen will.

GNS Aktuell

Ein Beitrag von Robert Tauber

Ohne IT kein Ärztenetz!

GNS einigt sich auf einheitliche Vorgehensweise beim Thema EDV-Vernetzung

Mit Beginn des Jahres 2011 wurde beim Gesundheitsnetz Süd eine IT-Projektarbeitsgruppe eingesetzt. Diese bestand aus Mitgliedern aller regionaler Teilnetze von GNS. Jetzt wurde ein richtungsweisendes Ergebnis erzielt, indem eine Entscheidungsempfehlung verabschiedet wurde, die von allen Regionen mitgetragen wird.
Der Weg bis zu diesem Teilergebnis war lang und mühsam – konkret gestaltete sich dieser wie folgt:
Die Geschäftsstelle des Gesundheitsnetzes Süd hat zunächst eine umfangreiche Ausschreibung erstellt, die acht potentiellen Anbietern von IT-Vernetzungslösungen zugesandt wurde. Diese beinhaltete eine generelle Beschreibung des Projektziels und Abfragetabellen zu den Themen Funktionalitäten, Sicherheit, Service, Preis etc. (Lastenheft). Dieses sehr spezifizierte Dokument wurde dabei auch bewusst als „Wunschkatalog“ aufgebaut, da man sich seitens GNS von Anfang an bewusst war, dass kein Anbieter in Deutschland alle aufgeführten Kriterien derzeit zu 100Prozent erfüllen kann. Die potentiellen Anbieter hatten auf Basis dieser Unterlagen ca. zwei Monate Zeit, ein verbindliches Angebot abzugeben sowie die konkreten Fragen des Anforderungskataloges zu beantworten. Basierend auf diesen Rücksendungen wurden dann zahlreiche Präsentationstermine mit Anbietern vereinbart. Teilweise wurden zu diesen Projektterminen neben den Standardmitgliedern der IT-Arbeitsgruppe (Ärzte und Betriebswirte) auch externe IT-Experten hinzugezogen. Bis zum Schluss waren dann noch zwei Anbieter im Rennen. Im Anschluss an die GNS-Netzkonferenz am 22. November wurde dann innerhalb der Projektarbeitsgruppe die einstimmige Entscheidung getroffen, alle weiteren Aktivitäten auf die Firma Mednet AG zu konzentrieren, die als Bietergemeinschaft mit dem MVZ Labor Gärtner, Ravensburg, ein Angebot abgegeben hat. Das Labor spielt deswegen eine Rolle, da die Lösung auch eine Anbindung an dieses ermöglicht, so dass z.B. künftig elektronische Laboranforderungen und -rückübermittlungen realisiert werden können. Derzeit werden die Verträge erstellt, denen ein Pflichtenheft des Anbieters zu Grunde liegt. Technisch basiert die Lösung auf einem MPLS-VPN Netzwerk (Multiprotocol Label Switching), das innerhalb des Ärztenetzes eine hochsichere Intranetumgebung ermöglicht. Die Technologie wird z.B. auch von Banken zur Vernetzung von Geldautomaten oder von Automobilherstellern im Rahmen von Logistikprozessen eingesetzt. Höchster Wert wurde darauf gelegt, dass die künftige Lösung alle datenschutzrechtlichen und sicherheitsspezifischen Kriterien erfüllt.
In zahlreichen Veranstaltungen wurde auch die generelle Notwendigkeit einer IT-Vernetzungsumgebung diskutiert. Dazu kann an dieser Stelle nur generell gesagt werden: Ärztenetze sind Gesundheitsunternehmen, die ein Ziel haben: die bessere und wirtschaftlichere Versorgung der Patienten. Diese Ziele kann man letztlich nur mit einer einheitlichen und integrierten IT-Struktur der Netzmitglieder erreichen. Stellt man diese Aussage in Frage, so müsste man sich auch auf den Standpunkt stellen, dass Wirtschaftsunternehmen ohne IT-Strukturen bestehen könnten. Konkret wollen wir mit dem Projekt eine Vernetzungsumgebung schaffen, welche folgende Punkte erfüllt:

- Standardisierung von Kommunikationsprozessen zwischen Netzmitgliedern untereinander und der Geschäftsstelle bzw. einer Managementorganisation
- Elektronischer Arztbrief und Übermittlung von Befunddaten (Labor- und Bilddateien)
- Datenanalysen und strategisches und operatives Controlling (wobei Controlling nicht mit Kontrolle zu verwechseln ist – vielmehr geht es um Steuerung und Koordination von Netzzielen)
- Wie bereits erwähnt: Verbesserung der Laborkommunikation, die dann nahezu papierlos erfolgt
- Im weiteren Verlauf dann auch die Abbildung von Behandlungsplänen und Netzbehandlungspfaden

Abschließend sei gesagt, dass mit der IT-Vernetzung allein noch lange kein erfolgreiches Ärztenetz realisiert wird. Die Technik ist nur als Unterstützungstool anzusehen. Der Kern eines Ärztenetzes besteht aus dem inderdisziplinären/fachübergreifenden Erarbeiten von Versorgungspfaden auf regionaler Ebene, die dann über eine Kommunikations- und Softwareumgebung implementiert und mit Nachhaltigkeit versehen werden. Ein Netz ohne Ziel und Inhalte braucht sicherlich auch keine IT-Vernetzung. Besteht jedoch ein „Geschäftsmodell“ ist eine solche unumgänglich. Die Einführung in verschiedenen Regionen des „GNS-Gebietes“ ist für 2012 vorgesehen, wobei einzelne Teilnetze auch unterschiedliche Einführungsstrategieen haben.

Ein Beitrag von Dorothee Enderle

GNS verleiht Versorgungspreis „InnoNetz“

Im Rahmen der letzten Netzkonferenz wurde erstmalig ein Preis für regionale Netzaktivitäten auf dem Gebiet des Versorgungsmanagements verliehen.

Unter dem Motto „Versorgung gestalten“ hatte das Gesundheitsnetz die regionalen Mitgliedernetze dazu aufgefordert, Ideen zur Optimierung der regionalen sektorenübergeifenden Gesundheitsversorgung einzureichen. Mit einem Preisgeld von insgesamt 6.000 € möchte GNS einen Beitrag zur reginalen Netzaktivität beisteuern, um zukunftsfähige Versorgungsideen umsetzten zu können. Auf Grund der Möglichkeit der Mitgliedernetze sich an dem Wettbewerb zu beteiligen und damit Geld für regionale Projekte zu erhalten, hatte GNS noch mehr Beteiligung seitens der regionalen Netze erwartet.

Besonders hervorzuheben ist jedoch die Ideenvielfalt des Gesundheitsnetz Allgäu. Gezielt möchte man hier das Modell der Notfallpraxis Wangen auf weitere umliegende Krankenhäuser ausweiten, die Aktivitäten der Patienten-Schulungstätigkeiten optimieren und erweitern und im Rahmen der integrierten IT-gestützten Vernetzung für mehr Transparenz in den Behandlungsketten sorgen. Mit Ihrem Gesamtkonzept und Engagement wurde das Gesundheitsnetz Allgäu mit dem ersten Preis ausgezeichnet.

Einen Sonderpreis erhiehlt Frau Schmehle-Knöpfler für ihr ebenso lobenswert Engagement sich als Einzelkämperin für Ihre Region stark zu machen. Ihr liegt besonders die Region Bad Schussenried am Herzen, für die sie in Eigeninitiative ein Konzept zur „Sicherstellung des medizinischen Versorgung als Markenzeichen einer Kleinstadt“ eingereicht hat.

Wir bedanken uns bei den Teilnehmern für ihr Engagement und wünschen den Regionen viel Erfolg bei der Umsetzung ihrer Ideen.

Beitritts-/Beteiligungserklärung

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!

Die Beitrittserklärung können Sie herunterladen: www.gnsued.de

Dann unter „Medien“, „Downloads“ …

Fragen? Telefon: 07391 5865458

Unser Leistungsspektrum wächst

Praxisbewertung

Das Sachverständigeninstitut Prof. Dr. Merk wurde 1999 in München gegründet. Seither wurden weit über 1000 Gutachten zu einer Vielzahl von wirtschaftlichen Fragestellungen im Gesundheitswesen erstellt.

Das Institut ist für private Auftraggeber, Gerichte sowie für Institutionen und Verbände in der Gesundheitswirtschaft mit folgenden Tätigkeitsschwerpunkten – Bewertung, gutachterliche Tätigkeit und Beratung – tätig.

GNS-Mitglieder können die Dienstleistung des Sachverständigeninstituts zu vergünstigten Konditionen in Anspruch nehmen.

SACHVERSTÄNDIGENINSTITUT
PROF. DR. WOLFGANG MERK

Hirschstr. 9
89073 Ulm
Fon 0731-14 03 43 50
Fax 0731-14 03 43 52
info@wm-institut.de
www.wm-institut.de

Praxisbedarf

PxD Praxis-Discount GmbH, unser neuer Kooperationspartner, ist spezialisiert auf den Vertrieb von Produkten und die Erbringen von Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Mit dem Sortiment von PxD können Sie Ihre Patienten bestmöglich versorgen und Ihre wirtschaftliche Existenz ständig verbessern.

Durch unser Rahmenabkommen mit PxD haben die GNS-Mitglieder die Möglichkeit Produkte zu Sonderkonditionen beziehen zu können.

Den PxD-Katalog erhalten Sie direkt über die Firma.

PxD PRAXIS-DISCOUNT

PxD Praxis-Discount GmbH
Silvia Hanske
Oeseder Straße 106
49124 Georgsmarienhütte
Fon 05401-8357 233
Fax 0800-600 6633
Silvia.Hanske@praxis-discount.de
www.praxis-discount.de

ANZEIGE

Ginkgo-biloba-Extrakte mit belegtem Nutzen bei Demenzerkrankungen

Die richtige Dosierung: 240 mg pro Tag

Mehrere Übersichtsarbeiten und eine Einschätzung des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) bestätigen die Wirksamkeit von Ginkgo-biloba-Extrakten bei Patienten mit Demenzerkrankungen. Als wirksam werden dabei 240 mg Trockenextrakt pro Tag angesehen – eine Dosierung, die compliancefreundlich als GINKOBIL® ratiopharm 240 mg Filmtablette zur Verfügung steht.

Zu den frühen Symptomen einer Demenz gehören u.a. Konzentrationsprobleme, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Sprache, Schwindel, Schlafstörungen, Angst und Unruhe sowie depressive Verstimmungen. Für ein erhöhtes Demenzrisiko sind neben genetischen Faktoren und höherem Alter vor allem Grunderkrankungen wie Diabetes, Arteriosklerose und ein Schlaganfall in der Anamnese verantwortlich. Auch mangelndes geistiges Training sowie eine gesundheitsgefährdende Lebensweise können eine Demenz begünstigen.

Positive Bewertung des IQWiG

Eine Übersichtsarbeit[1] bestätigt die Wirksamkeit von Ginkgo biloba bei Demenzerkrankungen in randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudien. Die Autoren sehen Behandlungsvorteile bei der kognitiven Leistung sowie weiteren Parametern (global, funktional, psychopathologisch). Dabei profitieren insbesondere Demenzpatienten mit neuropsychiatrischen Symptomen (die Mehrheit der Betroffenen). Eine Therapie mit Ginkgo-Extrakt kann darüber hinaus zu einer Verlangsamung der Symptom-Progression beitragen: Es fand sich kein Unterschied in der Number-Needed-to-Treat (NNT) zwischen Ginkgo biloba und Cholinesterase-Hemmern. Fazit der Autoren: Ginkgo biloba wird zu Recht bei der Behandlung von Demenzpatienten eingesetzt.

Dies steht in Einklang mit einer Einschätzung des IQWiG[2], die den Nutzen ginkgohaltiger Präparate bei Alzheimer-Demenz durch verbesserte Bewältigung alltäglicher Aktivitäten klar bestätigt (höchste Evidenz in fünfstufiger Bewertungsskala!). Gemäß IQWiG gibt es außerdem Hinweise darauf, dass Ginkgo biloba einen positiven Einfluss auf kognitive Fähigkeiten, die psychische Verfassung und die Lebensqualität der (betreuenden) Angehörigen hat.

Die Bewertung des IQWiG sowie die Analyse von Kaspar et al. beziehen sich dabei auf eine tägliche Dosierung von 240 mg/Tag. Seit kurzem steht diese Dosierung auch als GINKOBIL® ratiopharm 240 mg Filmtablette zur Verfügung (neben den bisherigen Dosierungen mit 40 mg, 80 mg und 120 mg).

Die hohe Dosierung, die angenehme Tablettengröße sowie die Tatsache, dass der hochwertige Spezialextrakt unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden kann, erleichtern den Patienten die Compliance. Die Therapiedauer sollte bei Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (demenzielles Syndrom) mindestens acht Wochen betragen. In der Indikation Demenz ist GINKOBIL® ratiopharm im Rahmen der OTC-Ausnahmeliste erstattungsfähig.

1 Kaspar S et al. A Pharm. Unserer Zeit 2009; 38: 424- 430
2 IQWiG Bericht Nr. 39, 2008

Gedächtnisprobleme?*

Dafür gibt's doch ratiopharm.

** Im Rahmen des dementiellen Syndroms.*

GINKOBIL® ratiopharm.

- Hochwertiger Spezialextrakt
- Monografiekonform
- bei Demenz erstattungsfähig (laut OTC-Ausnahmeliste)

NEU: Jetzt auch als 240 mg-Dosierung

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

GINKOBIL® ratiopharm 240 mg Filmtablette, für Erw. ab 18 Jahren. **Wirkstoff:** Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtbl. enth. Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern (35-67:1) 240 mg, Auszugsmittel: Aceton 60 % (m/m). Der Extrakt ist quantifiziert auf 52,8-64,8 mg Flavonoide, ber. als Flavonoidglykoside sowie 12,0-16,8 mg Terpenlactone, davon 6,72-8,16 mg Ginkgolide A, B, C und 6,24-7,68 mg Bilobalid, und enth. unter 1,2 µg Ginkgolsäuren pro Filmtbl. **Sonst. Bestandt.:** Croscarmellose-Natrium, Dimeticon 350, Hochdisperses Siliciumdioxid, Hypromellose, Lactose-Monohydra, Macrogol 1500, Macrogolstearylether-5 (Ph. Eur.), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich], Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, (2E,4E)-Hexa-2,4-diensäure, Talkum, Titandioxid E 171; Eisen(III)-oxid E 172. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandl. von hirnorganisch bedingten Leistungsstör. im Rahmen eines therapeut. Gesamtkonzeptes bei dementiellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstör., Konzentrationsstör., depressive Verstimmung, Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen. Zur primären Zielgruppe gehören dementielle Syndrome bei primär degenerativer Demenz, vaskulärer Demenz und Mischformen aus beiden. Das individuelle Ansprechen auf die Medikation kann nicht vorausgesagt werden. Bevor Behandl. begonnen wird, abklären, ob Krankheitssymptome nicht auf einer spezifisch zu behandelnden Grunderkrankung beruhen. Bei häufig auftretenden Schwindelgefühlen und Ohrensausen Abklärung durch Arzt. Bei plötzl. auftretender Schwerhörigkeit bzw. Hörverlust sofort Arzt aufsuchen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. Ginkgo-biloba od. einen der sonst. Bestandt., Schwangerschaft. **Warnhinw. und Vorsichtsmaßn.:** Keine Anw. bei Kdrn. und Heranwachsenden unter 18 J. Vorsichtshalber vor einer OP absetzen (wg. Gefahr der Blutungsbereitschaft). Pat. mit hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses AM nicht einnehmen. Währ. Stillz. nicht anw. **Nebenwirkungen:** Blutungen an einzelnen Organen, allergischer Schock, allergische Hautreaktionen (Hautrötung, Hautschwellung, Juckreiz), leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, Verstärkung bereits bestehender Schwindelbeschwerden, Dosierung: Erw. ab 18 J.: 2-mal tgl. ½ Filmtbl. (entspr. 240 mg Ginkgo-Extrakt pro Tag), und zwar morgens und abends ½ Filmtbl.. **Wechselwirkungen:** Blutgerinnungshemmende AM (wie z.B. Phenprocoumon, Warfarin, Clopidogrel, Acetylsalicylsäure und andere nichtsteroidale Antirheumatika). Stand: 3/11. **ratiopharm GmbH,** 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

Assekuranz

Ein Beitrag von Wolfgang Schweikert

Vermögenssicherung: Im Alter gehegt und gepflegt

Pflegebedürftigkeit gehört zu den meist unterschätzen Risiken in Deutschland, obwohl laut einer GfK Umfrage drei Viertel der Befragten glauben, dass der Staat das Pflegeproblem nicht lösen kann.

Staatliche Hilfe mit Teilkasko-Charakter

Wenn eine schwere Pflegebedürftigkeit eintritt, kommen erhebliche finanzielle Belastungen auf den Betroffenen und seine Angehörigen zu – ganz gleich, ob durch Kosten für das Pflegeheim oder die Betreuung zu Hause. Auch werden die engsten Familienmitglieder werden nach § 94 Absatz 1SGB XII bzw. §§ 1601 f. BGB für die Finanzierung der Pflegekosten herangezogen. Weil sich Berichte über Kinder häufen, die ihre pflegebedürftigen Eltern im sechsstelligen Eurobereich finanzieren müssen, wäre der **Vermögensschutz im Pflegefall, für Betroffene und die Erben** eine sinnvolle Lösung.

Drastische Zunahme der Pflegefälle

Mit der steigenden Lebenserwartung erhöht sich auch die Zahl der Menschen, die gepflegt werden müssen. Vor allem Frauen sind betroffen. In den nächsten zwanzig Jahren wird eine Zunahme von über 50% erfolgen und die Kosten werden explodieren. Auch privaten Pflegezusatztarifen könnte eine chronische Unterfinanzierung und für die Versicherten massive Beitragserhöhungen drohen.

Nicht mit unserem empfohlenen Konzept. Hier ist der zu zahlenden Beitrag und die spätere Pflegerente garantiert. Die Ersparnisse und andere Besitzwerte, z.B. das hart erarbeitete Haus, sind aus diesem Grund nicht gefährdet und bleiben genauso erhalten wie der Lebensstandard.

Leistungen in allen Pflegestufen und bei Demenz

Sie entscheiden sich mit diesem Konzept für eine Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit und für ihren Vermögensschutz.

Kombinierbare Beitragszahlung aus laufendem und einmaligem Beitrag oder aus unregelmäßigen Zuzahlungen.

Optionen stehen zur Auswahl:

Im Prinzip wird vorerst nur ein verzinstes Pflegekonto abgeschlossen und erst später, wenn die persönliche Situation dann eher abschätzbar ist, kann entschieden werden, wie damit verblieben wird. Beispielsweise sind bis zu 100 Prozent der eingezahlten Beträge rückerstattungsfähig.

Ja auch bei Beitragsfreistellung bleibt die Pflegerente erhalten.

Weltweiter Versicherungsschutz und Wechseloptionen bei Änderung der gesetzlichen Pflegedefinition gehören ebenso zum Vertragsinhalt wie die Pflegeplatzgarantie.

Aktiv vorsorgen und entspannt genießen – ohne Wartezeiten.

Garantiezinsabsenkung

Wie sicher inzwischen allseits bekannt, wird zum 01.01.2012 der Garantiezins für Vorsorgeprodukte gesenkt. Wissen Sie auch, dass der höhere Garantiezins auch nach 2011 gesichert werden kann? Unmöglich!? Aber nicht bei uns:

Noch bis 01. März 2012 (Eingangsdatum bei der Versicherung) können wir bestimmte private Altersvorsorgeverträge weiterhin mit dem 2,25% Garantiezins dokumentieren. Sichern Sie sich so auch noch nach dem 31.12.2011 die ursprüngliche Rechnungsgrundlage!

☐ Ja, ich möchte ein persönliches Angebot zur Vermögenssicherung vor dem Pflegefall

Zur unverbindlichen Angebotsanforderung genügt es, wenn Sie uns diese Seite mit Ihrem Praxisstempel ergänzt zufaxen.

Refax an 07391-5865451

Praxisstempel

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

Ein Beitrag von Dorothee Enderle

Nachfrage nach Praxisnachfolgern größer als erwartet!

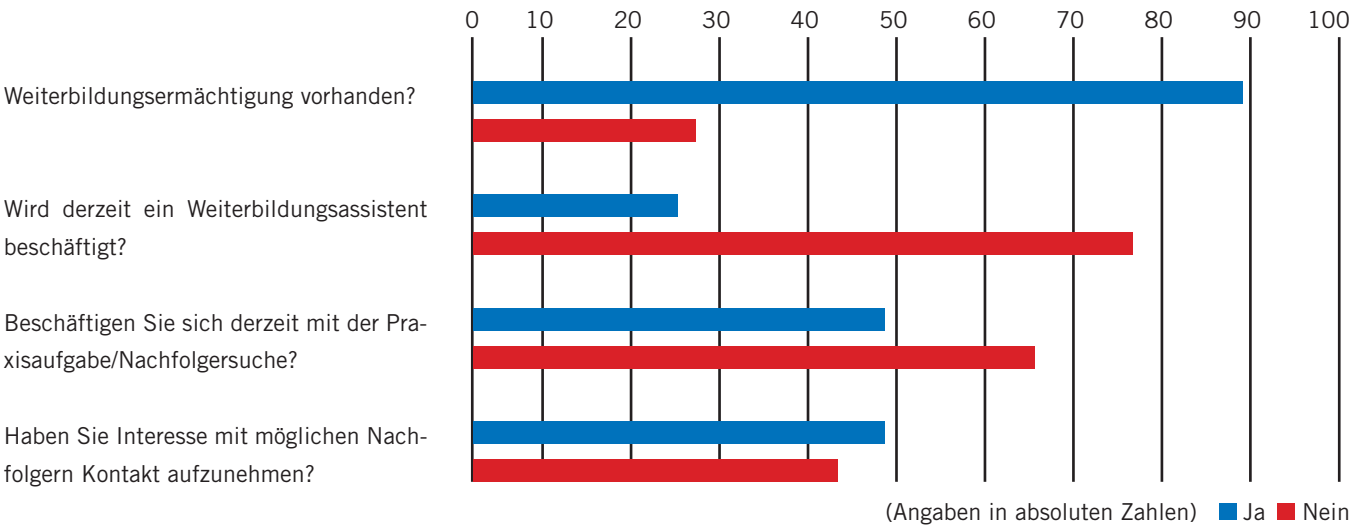
Eine Umfrage im GNS-Gebiet machte deutlich, dass der Bedarf nach Praxisnachfolgern noch größer ist als bisher angenommen. Trotz vielfältiger Möglichkeiten der Weiterbildung im Niedergelassenen Bereich zeichnet sich auch im Süden Baden-Württembergs der Ärztemangel ab.

Im Oktober war GNS erstmals mit einem Stand an der PJ-Informationsveranstaltung der Universität Ulm vertreten, um den Medizinstudenten die Möglichkeiten einer Niederlassung nahezubringen und bereits jetzt schon Wege der Weiterbildung aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang startete GNS vorab eine kleine Umfrage zur Weiterbildungsmöglichkeit und Nachfolgersuche in der Region. Überaschenderweise gingen bereits innerhalb der ersten Stunden zahlreiche Rückantwortfaxe in der GNS-Geschäftsstelle ein. Dies zeigt, dass das Thema rund um den „medizinischen Nachwuchs“ zahlreiche Kollegen im Niedergelassenen Bereich beschäftigt. Mittlerweile sind rund 120 Rückmeldungen eingetroffen, davon haben mehr als 40% der Ärzte angegeben, dass sie sich aktuell mit dem Thema Praxisaufgabe – Nachfolgersuche beschäftigen und sich über eine Kontaktaufnahme zu jungen Nachwuchsmediziners freuen würden.

Zudem besitzen über 75% der Ärzte eine Weiterbildungsermächtigung, von denen mehr als 50% aktuell auf der Suche nach Weiterbildungsassistenten sind und diese Möglichkeit auch sofort zur Verfügung stellen könnten. Die Weiterbildungspraxen haben einen breiten Streuungsgrad über das gesamte GNS-Gebiet hinweg und erstrecken sich von Heidelberg, Heilbronn, Stuttgart, Reutlingen, Schwäbisch Gmünd, Ulm, Leutkirch bis hin nach Konstanz.

Als Genossenschaft von Ärzten für Ärzte sehen wir es als unsere Aufgabe an nach verschiedenen Möglichkeiten zu suchen, um dieser Problematik rechtzeitig entgegen zu wirken. Sowohl das Einrichten einer Online-Praxisbörse als auch Stammtische und Veranstaltungen sind Möglichkeiten beide Seiten Praxisabgeber und Nachwuchsmediziner an einen Tisch zusammen zu führen. Weitere Ideen und Vorschläge können Sie uns über die GNS-Geschäftsstelle service@gnsued.de mitteilen.

Wenn auch Sie sich mit dieser Thematik befassen und nach Weiterbildungsassistenten suchen oder gar mit dem Gedanken spielen Ihre Praxis in den nächsten Jahren abzugeben, können Sie uns dies via Umfrage auf der Rückseite dieser Zeitschrift mitteilen.



Gesundheitspolitiker betonen Wert der Ärztevernetzung für die Patientenversorgung

Weiterentwicklung zur regionalen Vollversorgung gewünscht – doch finanzielle Förderung „fällt schwer“

■ Das zweite „Parlamentarische Frühstück“ des BVÄG in Berlin mit dem anschließenden Workshop war wieder eine hochkarätige Veranstaltung. Am 27. und 28. Oktober konnten die Spitzenvertreter von Genossenschaften und Ärztenetzen untereinander ihre gemeinsame Position festigen sowie miteinander ihre hier und da unterschiedlichen Meinungen diskutieren. Ein solcher offener Dialog ist absolut wertvoll und wichtig für den Zusammenhalt der Ärzteschaft generell und für die Stabilisierung ihrer immer notwendiger werdenden Vernetzung.

Dr. Gunnar Herberger

Ärztegenossenschaften und Ärztenetze sind heute aktiv mit der Problematik der Versorgungs- und Vertragslandschaft konfrontiert. Die Bündnisse der niedergelassenen Ärzte seien dazu bereit, entsprechende Initiativen weiterhin zu verfolgen, weiter zu entwickeln und neue Projekte zu entwerfen. Das machte BVÄG-Vorsitzender Dr. Gunnar Herberger (GO Rhein-Saar) in seiner Einleitung zum Parlamentarischen Frühstück deutlich. Deshalb sei es wichtig, wenn die Ärztenetze bei der anstehenden Änderung des Versorgungsstrukturgesetzes darin als Akteure der Patientenversorgung enthalten sind. Die Diskussion ergab, dass die Wertigkeit der Netze in der regionalen Patientenversorgung von den Gesundheitspolitikern als unbestritten gesehen und eine Weiterentwicklung in Richtung einer regionalen Vollversorgung gewünscht wird.

„Wir würden gerne in die Verantwortung, auch in die Vertragsverantwortung kommen. Da gibt es viele Punkte, die von der politischen Seite diesen Umstand begleiten, doch teilweise auch aus unserer Sicht behindern“, sagte Herberger zur Bedeutung der Ärztenetze in der regionalen Versorgung. Wird es der Politik gelingen, uns als kooperativer, lokaler regionaler agierende Ärzteverbände zu unterstützen, wird eine Nachhaltigkeit für uns drin sein , können wir uns darauf verlassen auf das, was drin steht. Haben Sie das Gefühl, dass es sich nach einem Jahr wieder ändert?“

MdB Michael Hennrich (CDU): Im Versorgungsstrukturgesetz sei unter anderem als Regelung im 87 aufgenommen, wodurch Ärztenetze in Zukunft die Möglichkeit haben, eigenverantwortlich Honorare festzulegen und zu verteilen. Wörtlich: „Vorgeschaltet ist, das halte ich auch für vernünftig, dass die KBV per Satzung einen Rahmen setzen muss, in welchem sich das bewegt. In dem können dann die Ärztenetze eigenverantwortlich Honorar verteilen und gestalten. Das ist ein vernünftiger Kompromiss zwischen den Interessen der Netze und der KV. Ich sehe das nicht als Kontrolle, was da etabliert wird. Es wird also eine Sache der Selbstverwaltung sein.“

MdB Dr. Harald Terpe (Bündnisgrüne): „Mit Änderungen können sie schon rechnen, die Frage ist nur, in welche Richtung. Ärztenetze sind nicht erst jetzt entstanden und die gesetzliche Reaktion darauf baut auf ihre Geschichte auf. Diese heißt, dass es vor gut zehn Jahren die Möglichkeit gegeben hat, IV-Vertragsabschlüsse zu machen. Man hätte in den zehn Jahren insgesamt schon weiter sein können. Insofern ist das zu begrüßen, dass die Möglichkeit zumindest eröffnet wird, vertraglich vereinbart mit Krankenkassen über selektivvertragliche Regelungen hinaus zu kommen. Zielstellung muss sein, dass man das weiterentwickelt, hin zu regionalen Vollversorgungsverträgen mit jeweils mehr als einer Krankenkasse.“

Moderator Christoph Meyer im Gespräch mit MdB Michael Hennrich und Dr. Harald Terpe (v.li.)

Regress – Bedrohung der niedergelassenen Ärzte muss weg!

Einmalig auf der Welt, indem Ärzte persönlich für Versorgung von Patienten mit Medikamenten haften

■ Klare Worte an die Gesundheitspolitiker beim Parlamentarischen Frühstück in Berlin: „Die Regresse schweben in der Tat wie ein Damoklesschwert über uns. Wenn es letztlich auch nur einen kleinen Teil von Ärzten betrifft, doch die existentielle Bedrohung ist da. Und die muss schlichtweg weg.“ Das sagte Dr. Jörg Berling (ÄG Niedersachsen/Bremen). Er drückte damit die Sorgen der niedergelassenen Ärzteschaft aus. Es sei „einmalig auf der Welt, dass ein Berufsstand mit seinem persönlichen Vermögen dafür haftet, indem er Patienten mit Medikamenten und Heilmitteln versorgt. Die Regressandrohung, also die finanzielle Bestrafung beim ungewollten Überschreiten von Verordnungsgrenzen, sei eines der größten Hindernisse für Niederlasswillige, vornehmlich auf dem Land. Zwar werde die Beratung vor einem Regress zwar jetzt ins neue Versorgungsgesetz hineingeschrieben, doch sei diese bereits Praxis, so Jörg Berling. Die Beratung ändere nichts an der Androhung und Bedrohung. „Wir wären froh, wenn die Regresse schlicht gestrichen werden.“

Diese Forderung unterstrich Georg Müller (Vorstand A.N.R. Lahn-Dill e. V.). Als Arzt habe er in seiner Funktion für die Hilfsorganisation „humedica international“ sehr viele Staaten kennengelernt. „Und ich stehe für diese Feststellung - es gibt kein Land auf der Welt, wo niedergelassene Ärzte mit ihrem Vermögen haften. Diese Regress-Regelung ist verfassungswidrig. Ich bitte die Politik, angesichts der Tatsache des Hausärztemangels nicht nur Erleichterungen zu schaffen, sondern den Regress abzuschaffen.“ Auch Müller meinte: „Es dreht sich nicht um die geringe Anzahl der durchgeführten Regresse, sondern um die Bedrohung.“

MdB Harald Terpe (Bündnisgrüne) wollte sich der Forderung nicht gänzlich verschließen: Natürlich stecke hinter dem Regress ein Grund. „Doch so gut wie ich Ihre Argumente finde, über den Tellerrand zu sehen – unser Gesundheitssystem ist mit dem anderer Länder nur bedingt vergleichbar. Wir müssen im Rahmen dieses Systems versuchen, etwas anders zu machen. Vielleicht gibt es hier indikationsbezogene Möglichkeiten.“

Impressum

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

eCard bringt elektronische Netzprojekte zu Fall

Politik hält an bundeseinheitlichem System fest: Schrittweise geht's weiter

■ Beim Berliner „Parlamentarischen Frühstück" wurde die einzuführende eCard von Sprechern der Ärztegenossenschaften und Netzen erneut heftig kritisiert. Durch die Milliardenausgaben für das seit vielen Jahren projektierte einheitliche Gesundheitskartensystem in der Krankenversorgung werden erheblich kostengünstigere regionale elektronische Vernetzungsprojekte zu Fall gebracht oder verhindert, machten die Ärzte an Beispielen deutlich.

Dr. Stefan Pollmächer

„Das ist ein großes Problem für die Niedergelassenen – wir reden von einem Volumen von mehreren Milliarden! Wie stehen Sie dazu, dass da ohne Nutzen in der Versorgung so viel Geld in die Hände genommen wird?", fragte Dr. Stefan Pollmächer, Vorsitzender der DOXS eG die Gesundheitspolitiker. Einerseits werde von ihnen gesagt, die Politik verteile kein Geld, aber es finde mit der eCard-Technologie eine Umverteilung statt, „indem sehr viele Ressourcen aus dem Gesundheitssystem heraus genommen werden, die keine Verbesserung ärztlicher oder medizinischer Leistungen bringt und die andere kostengünstigere und effektivere Möglichkeiten der Vernetzung behindert". Pollmächer erwähnte, dass netzeigene, selbst finanzierte und von Softwareherstellern unterstützte IT-Systeme dagegen dem öffentlichen Gesundheitssystem kein Geld entziehen. „Solche Projekte werden jetzt sterben, aufgrund der Tatsache, dass sich alles auf eCard konzentriert." Von Effizienzreserven in der Versorgung könne also keine Rede sein, „denn da wird sehr viel Geld an einer Stelle gebunden und der Output ist nur sehr gering".

Der grüne Politiker Dr. Harald Terpe zur eCard: Die Erwartungen seien schnell starker Ernüchterung gewichen. „Wir sind an dem Punkt angelangt, jetzt zu fragen, was ist dann an dieser Card-Entwicklung der richtige Kern und was ist falsch?" Vernetzung gehe nur mit IT-Anwendung. „Das ist in den Praxisnetzen eher in den Köpfen als in vielen anderen ärztlichen Strukturen." Doch mit der eCard seien „wir da im Grunde genommen nur langsam vorangekommen", auch sei mit der Gematik nicht die richtige Entscheidung getroffen worden. In der derzeitigen Einführung sei „im Grunde ein Rudiment, wobei ich mich frage, was hat es gebracht?" Natürlich könne sich jedes Praxisnetz irgendeinen Anbieter suchen, möglicherweise auch ohne Kosten für die Allgemeinheit, „aber da müssen wir bei jeder elektronischen Anwendung von Patientendaten darauf achten, dass die nicht zweckentfremdet in andere Hände kommen".

Christdemokrat Michael Hennrich hat das Thema eCard seit 2002, seitdem er im Bundestag ist, „nie mit großer Leidenschaft verfolgt". Doch es könne „durchaus ein sinnvoller Ansatz sein, um Strukturen der Vernetzung hinzubekommen". Man habe, so wörtlich, „sich behutsam vorgetastet und versucht, die Selbstverwaltung mit ins Boot zu nehmen; deshalb hat man auch die Gematik auf den Weg gebracht."

Hennrich: „Es war wichtig, einen gewissen Druck in das System zu geben – und zwar durch die Krankenkassen. Wir wollen schrittweise, dieses System etablieren. Die jetzigen Grundfunktionen rechtfertigen die eCard nicht, das ist vollkommen klar. Wir versuchen das mit einer gewissen Ruhe und Gelassenheit voran zu bringen. Es müssen Probleme gelöst werden, doch das Projekt abzusetzen, nur weil es Schwierigkeiten gibt, kann nicht die Lösung sein."

Dialogpartnerinnen

Und was machen wir, wenn's mal richtig knallt?

Konfliktmanagement in der Arztpraxis
Dritter und letzter Teil der Lehrheft-Staffel 2011

■ Auf dem Weg zu einem guten Team liegen, wie überall im Leben, auch einmal dicke Stolpersteine. Das können verschiedene Konflikte

sein, die sich auf die Zusammenarbeit im Praxisteam und auf das so genannte Betriebsklima störend, wenn nicht zerstörend auswirken. Dagegen gibt es aber Strategien, die sowohl im Konfliktfall selbst, davor und danach eingesetzt werden sollten.

Den ungeahnten Möglichkeiten von Konfliktlösungen widmet sich der letzte Teil der diesjährigen Lehrheft-Staffel zur effizienten Teamarbeit in der seit 2006 laufenden Dialogpartnerinnen-Reihe „Praxis-Profi". Das gut 30-seitige Lehrheft wurde im Oktober versandt. Wer es dennoch verpasst hat, kann im Internet unter www.dialogpartnerinnen.de nachblättern.

Und falls eine Dialogpartnerin oder eine andere Praxismitarbeiterin Fragen zu Angeboten der Ärztegenossenschaften oder zum Arzneimittelmanagement hat, falls Sie Anregungen, Ideen haben sollten oder Wünsche mitteilen möchten, dann stehen Helga Schilk (E-Mail: helga.schilk@q-pharm.de) und Birgit Barth (E-Mail: b.barth@mediageno.de) gerne Rede und Antwort. Telefonieren ist selbstverständlich auch möglich: 04551 9999 16.

Neues von Q-Pharm

Besonderer Service: „Geriatrie kompakt"

■ Q-Pharm bietet das neue Praxisbüchlein „Geriatrie kompakt" als besonderen Service kostenfrei an. Interessenten können – falls sie nicht bereits Mitte September ein Exemplar erhalten haben - das handliche kleine Buch in der Marketingabteilung von Q-Pharm anfordern, solange die Freiexemplare aus dem Pool des Unternehmens ausreichen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, wenn jeweils nur ein Exemplar abgegeben werden kann. Darüber hinaus kann „Geriatrie kompakt" gegen Bezahlung - bei der ärztegenossenschaftlichen mediageno Verlags GmbH (E-Mail: kontakt@mediageno.de) bestellt werden. Hier die Adresse für das Freiexemplar:

Q-Pharm AG, Marketingabteilung,
Gutenbergstr. 13,
24931 Flensburg,
Tel. 0461 315 59 56
Fax 0461 315 59 57
E-Mail: mbrodersen@q-pharm.de

Neueinführung: Valsartan

■ Unmittelbar nach Patentablauf des Originators hat Q-Pharm Valsartan als Mono- und Kombipräparat eingeführt. Damit können nun ab sofort als **zuzahlungsbefreites** Generikum verordnet werden:

Valsartan-Q 80 mg, 160 mg, 320 mg Filmtabletten

Valsartan-Q comp.® 80 mg/12,5 mg,
160 mg/12,5 mg, 160 mg/25 mg Filmtabl.

Die tägliche Praxis zeigt: Der Vorteil dieser AT_1-Antagonisten gegenüber ACE-Hemmern ist eine bessere Verträglichkeit und die daraus höhere resultierende Einnahmetreue der Patienten.

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

Das nächste Heft erscheint im März 2012

Kurzumfrage
Weiterbildungsmöglichkeit/Nachfolgersuche

Die Nachfolgerproblematik macht sich zunehmend auch im GNS-Gebiet bemerkbar. Aus diesem Grund suchen wir als GNS nach verschiedenen Möglichkeiten, dieser Problematik rechtzeitig entgegen zu wirken.

Damit wir zukünftige Studienabgänger über regionale Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Niederlassung informieren können, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns in der nachfolgenden Kurzumfrage Angaben zu Ihrer Weiterbildungsmöglichkeit und/oder geplanter Praxisabgabe/Nachfolgersuche geben könnten.

1) Besitzen Sie eine Weiterbildungsermächtigung? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Wenn ja, ...

1 a) ... in welchem Fachbereich können Sie dies anbieten?

_____

1 b) ... beschäftigen Sie derzeit einen Weiterbildungsassistenten? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

1 c) ... ab wann könnten Sie diese Weiterbildungsmöglichkeit anbieten?

_____

2) Beschäftigen Sie sich derzeit mit der Thematik der Praxisaufgabe/Nachfolgersuche? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

2 a) Wenn ja, haben Sie Interesse mit möglichen Nachfolgern in Kontakt zu treten? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Praxisstempel

_____

Ort, Datum Unterschrift

Ausgefüllten Bogen bitte per Fax an **07391 5865451**

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