GNS – Im Bundesverband der ärztlichen Genossenschaften

im dialog 32 Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

im dialog

Ärzte für Ärzte mit Praxisteam

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

32. GNS-Magazin **März 2012**

Neuordnung der Notdienstbezirke

Pilotprojekt G‘sundregion: Eigenes Modell für moderne ambulante Gesundheitsversorgung

Vorwort

Vorwort von Dr. Klaus Lenz

Zukunftssicherung durch Wandel

Die Notdienst-Reform der KV BW findet nicht überall Zuspruch. Die Abkehr von langjährig vertrauten Regelungen stößt bei vielen Betroffenen erfahrungsgemäß auf Ablehnung.

Die Beweggründe, die die Delegiertenversammlung die Notdienst-Reform beschließen ließ, stützen sich auf auch für Skeptiker kaum wiederlegbare Fakten: In fünf Jahren fehlen in Baden-Württemberg rund 500 Allgemeinärzte. Außerdem gehört die geringe Zahl der Bewerber einer Ärztegeneration an, die auf geregelte Arbeitszeiten und freie Wochenenden für die Familie großen Wert legen.

Eine der effektivsten und kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen ist die Senkung der Dienstbelastung durch Verringern der Zahl der Notdienstbezirke. Der Erfolg der Reform hängt von einer weiteren Veränderung ab, die in vielen, von der Neuordnung besonders profitierenden ländlichen Regionen auf heftigen Widerstand der Beteiligten stößt: Wenn möglich, sollte der Bereitschaftsdienst künftig in einer zentralen Notfallpraxis an einem Krankenhaus durchgeführt werden. Hierdurch ließen sich die Ressourcen des ambulanten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser effizienter auslasten.

Die KV ist gut beraten, die einschneidenden Veränderungen vor Ort zu erläutern, um möglichst viele Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zu der notwendigen Bereitschaftsdienst-Reform mitzunehmen.

Inhalt

Titelthema

Neuordnung der Notdienstbezirke – Seite 3-4

Redaktioneller Beitrag

Telemedizin fällt in der Zukunft Schlüsselrolle zu – Seite 6-7
To App or not to App – Seite 9
Was Medien verbreiten – und was tatsächlich stimmt – Seite 12
perspektiv im dialog – Seite 14-15

Praxis

Steigende Nachfrage nach Praxisnachfolgern – Seite 5

Assekuranz

Schenken und Vererben | Rechtsstreit – Seite 13

GNS – Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Anmeldung – Seite 4

GNS Aktuell

Pilotprojekt G'sundregion – Seite 8-9
Neue Kooperationspartner – Seite 7

Akademie Gesundheitsnetz Süd

Aktuelle Kurstermine – Seite 16

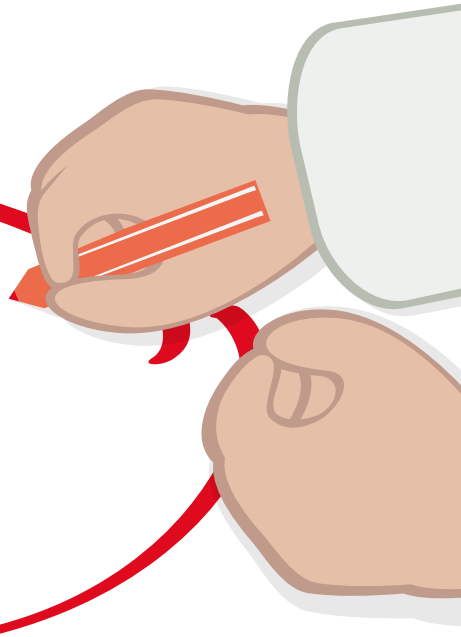
Termin:
Generalversammlung des GNS
Mi, 13.06.12, 17 Uhr
Allgäuer Terrassen Hotel, Alpenblickweg 3, Isny

Impressum

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

Ein Beitrag von Dr. Hans-Michael Walter

Neuordnung der Notdienstbezirke



Früher war Alles viel besser!

Bis 2004 war die Notdienst-Welt noch in Ordnung: Alles war kollegial geregelt, jeder machte seinen Dienst so gut er konnte, die Dienstplaneinteilung erfolgte in der Regel kollegial mit vernünftigen Befreiungsregeln. 2005 kam die Fusion und damit die Konfusion. Vier unterschiedliche Notdienst-Regelungen mussten unter einen Hut gebracht werden, die regionalen Regelungen sollten beachtet werden und dennoch eine gewisse Einheitlichkeit erreicht werden. Das BSG-Urteil vom 6.2.08, nach dem grundsätzlich alle Ärzte am Notdienst selbst teilnehmen oder einen Vertreter stellen müssen, brachte enorme Unruhe, ja Streit in die Ärzteschaften. Mit dem Wegfall der bisherigen Befreiungen wurden auch einige Privilegien beseitigt, was zu Dauerbrennern bei den Notfalldienst-Kommissionen wurde.

Nun stehen erneut Änderungen im Notdienst an, die umfassender und eingreifender sind als alle bisherigen Änderungen. (In der Kürze des Artikels kann ich nicht auf alle Einzelheiten eingehen, ich bitte dies zu entschuldigen.)

Was sind die Gründe für diese Änderungen?

Wir haben derzeit rund 500 Notdienst-Bezirke, in denen Ärzte in unterschiedlicher Häufigkeit in unterschiedlicher Belastung mit unterschiedlichen Umsätzen ihren Dienst versehen. Manche Dienstbezirke sind überschaubar klein, andere enthalten große Entfernungen in schwächer besiedelten Gebieten. In einigen Regionen gibt es bereits Notdienst-Praxen, in denen auch nicht-niedergelassene Ärzte Dienst tun, in anderen finden sich keine Vertreter, weil die Umsätze keinen Vertreter finanzieren können.

Ziel der Veränderungen ist es, eine möglichst gleichmäßige Dienstbelastung über alle Regionen und Fachgruppen zu erreichen. Profitieren werden dabei vorwiegend diejenigen, die bisher viele Dienste machen mussten, also die Ärzte auf dem Land. Damit soll auch die Attraktivität einer Landarztpraxis (hausärztlich wie fachärztlich) gesteigert werden. Eine Verschlechterung ihrer persönlichen Situation werden die erleben, die bisher nur gering belastet waren.

Es soll eine (Mindest-)Umsatzgarantie geben, um auch in weniger frequentierten Gegenden einen finanziellen Ausgleich für die Stellung eines Vertreters zu erhalten. Gedacht ist an eine Umsatz-Mindestgarantie in Höhe von 400 – 600 € an Wochenendtagen bzw. 200 € an Werktagen. Zusätzlich soll eine Strukturpauschale von 7,50 € pro Fall gezahlt werden, allerdings nur dann, wenn der Notdienst im Rahmen einer Notfallpraxis am Krankenhaus erfolgt. Diese Strukturpauschale soll außerhalb der MGV von den Kassen gezahlt werden, während die Umsatzgarantie von uns selbst über eine „Notdienstabgabe“ getragen wird.
Die Gegenfinanzierung wird sich in ihrer Höhe nach der Notwendigkeit richten, wie oft die Umsatzgarantie anfällt.

Weiterhin soll die Anzahl der Dienstbezirke mehr als halbiert werden, was allgemein zu einer geringeren Häufigkeit von Diensten führt, die dann zwar anstrengender, aber seltener sind. Logischerweise führen größere Bezirke zu mehr Umsatz und im Fahrdienst zu mehr und weiteren Fahrten. Folgerichtig ist dann die Überlegung, eine Zentrale Notfallpraxis ans Krankenhaus zu

Titelthema

verlegen, denn dorthin wendet sich schon jetzt jeder zweite Patient im Notdienst – an uns vorbei! Damit lassen sich die Hausbesuche auf ein notwendiges Maß reduzieren, denn am Krankenhaus lässt sich, wenn nötig, mehr Diagnostik betreiben als im Hausbesuch – allerdings gilt auch hier: ausreichend, zweckmäßig und notwendig!

Damit müssen sich Patienten – und Ärzte! – daran gewöhnen, dass es den Notdienst um die Ecke, der immer und jederzeit vor Ort ist und vorbeikommt, nicht mehr geben wird. So gibt es keine zeitliche Limitierung, bis wann ein Arzt bei einem Patienten sein muss, in dringlichen Fällen (Beispielsweise akutem Herzinfarkt) muss gegebenenfalls der Notarzt/Krankenwagen informiert und gerufen werden!

Dies steht so bereits in der Präambel der derzeitigen Notfalldienst-Ordnung:
"Die Behandlung im Notfalldienst, die der gesamten Bevölkerung zugänglich ist, ist darauf ausgerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen ambulanten oder stationären Weiterbehandlung ärztlich zweckmäßig wie ausreichend zu versorgen."

Die Notfalldienst-Ordnung soll in „Notfall- und Bereitschaftsdienst-Ordnung" umbenannt werden, um klar zum Ausdruck bringen, dass wir nicht der Notarzt sind.

Die Ausgestaltung und Neuformierung der Notdienst-Bezirke und die Anbindung ans Krankenhaus ist noch im Fluss. Wenn eine Zentrale Notfallpraxis am Krankenhaus eingerichtet ist, müssen die Dienst habenden Ärzte in den Präsenzzeiten (z.B. 9-12 Uhr und 15-18 Uhr) dort anwesend sein. Dazwischen können sie gegebenenfalls Hausbesuche machen, im Bedarfsfall auch noch einmal in die Klinik fahren, oder sich rufbereit zuhause aufhalten.

Die Einteilung Fahrdienst / Sitzdienst soll durch die Ärzte vor Ort erfolgen, ein Fahrdienst muss sichergestellt sein (§ 8 Abs. 3), das heißt in kleinen Bezirken reicht ein Arzt für Sitz- und Fahrdienst aus, in sehr großen Bezirken benötigt man unter Umständen mehrere Sitz- und Fahrdienstärzte.

Die Präsenzzeiten in der Notfallpraxis sind, abhängig von der Größe des Dienstbezirks, mit den Krankenhausträgern zu vereinbaren. Grundsätzlich soll auch an Werktagen nach 19 Uhr eine Bereitschaft am Krankenhaus erfolgen. Allerdings kann der Bereitschaftsdienst ab 22/23 Uhr an den Wochentagen wie an den Wochenenden auf das Krankenhaus übergehen. Die nächtliche Hausbesuchsbereitschaft bleibt wie bisher unverändert.

Die logistische Unterstützung durch das Krankenhaus, die Übernahmezeiten, die Rechtsform der Notfallpraxis, die Gestellung von nichtärztlichem Personal usw. ist alles vor Ort regelbar und sollte von den Betroffenen soweit wie möglich auch organisiert werden. Natürlich ist da auch juristischer Beistand erforderlich, der ja durchaus von der KV geleistet werden kann.

Wir müssen die neuen Regeln aktiv und konstruktiv debattieren. Ich bitte daher die Kolleginnen und Kollegen, nicht über verloren gegangene Vorteile zu klagen, sondern sich aktiv an der Verbesserung zu beteiligen. Das hilft einige tatsächliche Verschlechterungen abzufangen und die neue Situation insgesamt zu unserem Vorteilen zu gestalten.

Früher war nicht „Alles viel besser" – man hatte sich nur daran gewöhnt.

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 Dorothee Enderle

Steigende Nachfrage nach Praxisnachfolgern und Weiterbildungsassistenten in ganz Baden-Württemberg

Die Umfrage nach Praxisnachfolgern und Weiterbildungsassistenten im GNS-Gebiet haben wir in unserer letzten Ausgabe „im dialog“ auf ganz Baden-Württemberg ausgedehnt. Auch hier zeigt sich nun die gleiche Tendenz, wie sie sich bereits im GNS-Gebiet abzeichnete.

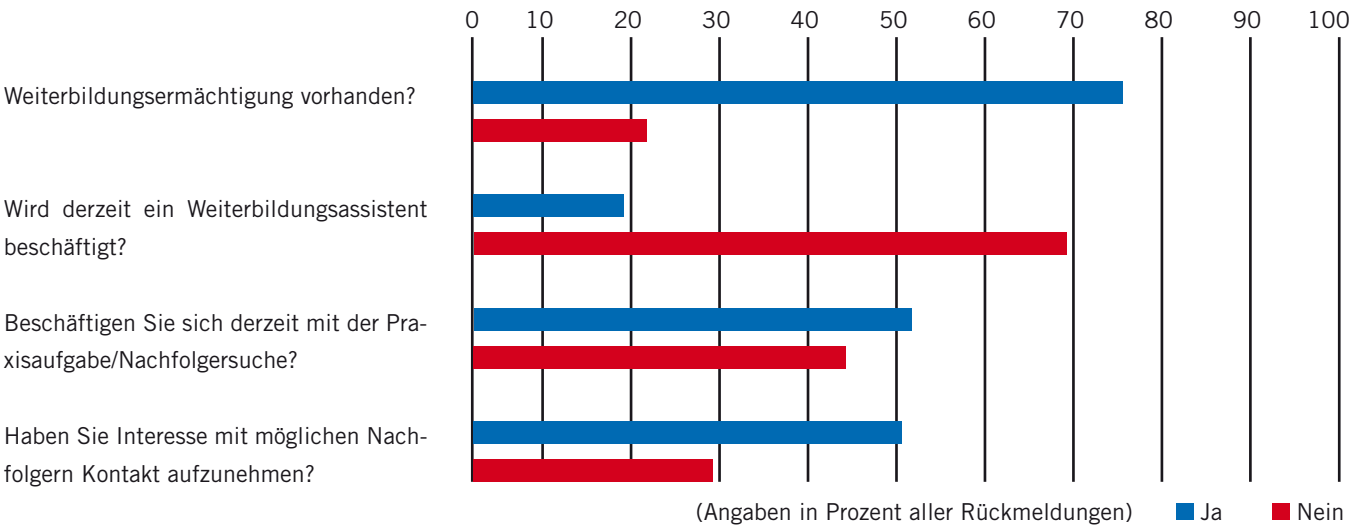
Wie wir bereits in der Dezemberausgabe berichtet hatten, war die Nachfrage nach Praxisnachfolger doch größer als erwartet. Dies war für uns Anlass die Umfrage nochmals auf ganz Baden-Württemberg auszudehnen.

Von insgesamt 175 Rückmeldungen gaben 52% an, dass sie sich derzeit mit der Paxisaufgabe bzw. Nachfolgersuche beschäftigen. Dies sind mehr, als wir bei der Umfrage im GNS-Gebiet als Rückmeldung erhalten hatten. Hier waren es rund 40% der zurückgemeldeten Ärzte. Ebenso viele geben gleichzeitig an, dass sie Interesse daran haben, auch mit möglichen Nachfolgern Kontakt aufzunehmen. Dass sich laut unserer Umfrage, gemessen an der Anzahl an Rückmeldungen, die Hälfte mit diesem Thema beschäftigt, bildet die aus den Medien immer wieder thematisierte Problematik des zunehmenden Ärztemangels ab.

Der prozentuale Anteil an Ärzten, die eine Weiterbildungsermächtigung besitzen, liegt, unabhängig vom räumlichen Einzugsgebiet, unverändert bei 75 % der eingegangenen Rückmeldungen. Davon wiederum beschäftigen rund 92 % aktuell keinen Weiterbildungsassistenten, 66% würden aber gerne einen Weiterbildungsassistenten noch im Jahr 2012 einstellen. Aktuell haben wir bereits vereinzelte Anfragen von jungen Studienabgängern erhalten, die sich über Möglichkeiten zur Weiterbildungen in der Region erkundigt haben. Sie empfanden unsere Hilfestellung als eine wesentliche Erleichterung bei der Suche nach Weiterbildungsmöglichkeiten.

Daher sehen wir es als Genossenschaft von Ärzten für Ärzte als unsere Aufgabe an, diese Möglichkeiten der Kontaktvermittlung und Unterstützungsleistung weiter auszubauen, um so dieser Problematik rechtzeitig zu begegnen. Wie bereits angekündigt, planen wir derzeit eine Online-Praxisbörse einzurichten und zu Stammtischen sowie Veranstaltungen rund um dieses Thema einzuladen.

Bei Interesse oder weiteren Ideen können Sie sich gerne jederzeit an die GNS-Geschäftsstelle service@gnsued.de wenden.



Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Wolfgang Schmid

Telemedizin fällt in der Zukunft Schlüsselrolle zu

ERWARTUNG: TELEMONITORING SICHERT IN LÄNDLICHEN REGIONEN DIE HOHE QUALITÄT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Das Spektrum der Telemedizin reicht von der Gesundheitskarte bis zu eher exotischen High-End-Produkten wie Robotern für die Pflege. So intensiv und breit die Debatte über die Möglichkeiten der Telemedizin gegenwärtig geführt wird, so einmütig wird versichert, dass sie erst ganz am Anfang ihrer Entwicklungsmöglichkeiten stehe. Hervorgehoben wird auch, sei es in der Fachpresse wie der Tagespresse, dass die Telemedizin Instrumente und Verfahren für eine verbesserte Patientenversorgung in strukturschwachen Regionen bietet. Ein Thema, dem wir „Im Dialog“ in jüngster Zeit mit Blick auf die Ärzteversorgung unsere besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben. In der Tat, einer absehbaren Unterversorgung mit Ärzten in einigen Regionen kann auch durch den Einsatz telemedizinischer Instrumentarien begegnet werden.

Bedient sich ein Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister der Instrumentarien, die ihm die Informations- und Kommunikationstechnologie an die Hand gibt, kann von Telemedizin gesprochen werden. Diese Definition zeigt, dass einerseits die Telemedizin längst Alltag in den Praxen ist, oder wie es in einem Papier des Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestags heißt, seit der Erfindung der Telefonie praktiziert wird und andererseits im Gefolge der rasanten IT-Entwicklung die technischen Möglichkeiten und speziellen Anwendungsbereich sprunghaft zunehmen. Sind Patient und Arzt oder dessen Mitarbeiter oder Kollege nicht am selben Ort, bedienen sie sich der Hilfsmittel der Telemedizin insbesondere der Fernübertragung von Text, Ton und Bild in beide Richtungen. „Elektronische Hausbesuche“ rücken genauso in den Bereich des Machbaren wie Videokonferenzen zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen vom häuslichen Krankenzimmer aus.
Angesichts der wachsenden IT-Hilfsangebote gehört es dazu, sich der Ziele aus medizinischer Warte zu versichern, die diese Entwicklung rechtfertigen, vielleicht auch wünschenswert machen:
Ziel ist eine ortsunabhängige Versorgungsqualität, die letztlich selbst in ländlichen Regionen eine medizinische Versorgung in höchster Qualität ermöglicht. Dazu trägt seitens des Arztes ein verbesserter Zugriff auf bereits existierende Patientendaten bei. Und in einem weiteren Schritt gehört dazu, durch einen umfassenden Datenaustausch die Zweitmeinung etwa eines fachärztlichen Kollegen zur Absicherung einer Diagnose einholen zu können. Ziel dürfte es auch sein, dem mündigen Patienten im Sinn einer präventiven Gesundheitsvorsorge einen gezielten Zugriff auf medizinisches Wissen anzubieten. Dass sich daraus Effizienzsteigerungen und letztlich ökonomische Vorteile ergeben können, ist auch aus medizinischer Sicht nicht unerheblich, weil über eine Kostenreduktion das Gesundheitssystem stabilisiert würde.

Ein Ausbau der Telemedizin eröffnet insbesondere auch im ländlichen Raum eine neue Qualität der häuslichen Betreuung von Patienten. Für diesen Anwendungsbereich hat sich der Begriff Telemonitoring eingebürgert. Gemeint sind damit telemedizinische Dienstleistung zur Fernüberwachung des Gesundheitszustands von Patienten und auch deren kontinuierliche Fernbetreuung. Dabei werden die erforderlichen Daten entweder automatisch durch beim Patienten befindliche Geräte erfasst oder von den Patienten selbst durch tägliche Messungen erhoben und in das System eingespeist. Zielgruppe sind chronisch kranke Patienten. Derzeit besonders im Fokus stehen hier Diabetiker und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Das Telemonitoring kann in diesen Fällen helfen, schwere Komplikationen frühzeitig zu vermeiden. Es bietet aber auch den ganz praktischen Vorteil, dass unnötige Arztbesuche eher vermieden werden.

Die Industrie bietet auf dem Sektor des Telemonitoring bereits sogenannte „Systemlösungen“ an. So engagiert sich mit dem Bosch-Konzern auch ein namhafter Anbieter aus Baden-Württemberg im Bereich des Telemonitoring und nennt in einschlägigen Publikationen „die Telemedizin ein wichtiges Behandlungsinstrument der Zukunft“ und eine „Unterstützung“ für Behandelnde am Arbeitsplatz als auch für Patienten zu Hause. Was „Bosch Healthcare“ an Vorzügen seinem eigenen System

zum sogenannten Therapie-Management an Eigenschaften zuschreibt, entspricht sicher den allgemeinen Erwartungen an ein Telemonitoring in der ärztlichen Praxis: „Am Computer des betreuenden Arztes werden täglich die von den Patienten gesendeten Messwerte eingesehen. Durch die engmaschigen Vitalparameter kann der Arzt den Krankheitsverlauf kontinuierlich bewerten. Bei frühzeitiger Identifizierung von Zustandsveränderungen kann die Therapie angepasst werden."

Die Hilfsmittel der IT-Branche lassen medizinische Call-Center und Online-Informationseinrichtungen für Patienten entstehen. Im Klinikbereich bedienen sich bereits unterschiedlichste Fachbereiche moderner telemedizinscher Hilfen: Kardiologie, Radiologie, Pathologie, Chirurgie usw. In medizinischen Fachzeitschriften ist das Thema allgegenwärtig. Ingenieurwissenschaftliche Forschungseinrichtungen wie das Karlsruher Institut für Technologie (KIT) in Karlsruhe richten eigene Forschungsbereiche zur Telemedizin ein, Universitätskliniken wie etwa die Charité in Berlin gliedern sich eigene Fachbereiche für Telemedizin an.

Der Zug steht unter Dampf und die Erwartungen der Politik sind gewaltig. So heißt es in einem bereits genannten Beitrag des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags zur Telemedizin resümierend: „Anwendungen der Telemedizin vermögen entscheidende Beiträge zur Lösung der demografischen Herausforderungen zu leisten. Mit Hilfe der Telemedizin können neue Formen einer nachhaltigen Betreuung von Patienten erschlossen und ein breiterer Zugang zur medizinischen Expertise insbesondere auch in ländlichen Regionen eröffnet werden."

Um diese hohen Erwartungen umsetzen zu könne, muss die Politik für ein rechtssicheres Fundament sorgen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen. Ganz im Vordergrund steht dabei der Schutz der Patientendaten. Die elektronische Patientenkarte und insbesondere das Verfahren und die Debatte um deren weitere Ertüchtigung zeigte die Risiken und Vorbehalte, die bei einer Veränderung von Kommunikations- und Informationsverfahren besonders im sensiblen Gesundheitsbereich bedacht und ausgeräumt werden wollen. Dass diese Schwierigkeiten unterschätzt wurden, zeigt auch die schleppende Realisierung. Dabei ist die Patientenkarte längst nur ein Baustein in der schönen neuen Welt der Telemedizin.

Pflegeroboter, wie sie die Neue Züricher Zeitung kürzlich in japanischen Kliniken ausgemacht hat, werden in den nächsten Jahrzehnten exotische Erscheinungen bleiben, die bei der Nutzbarmachung moderner Informations- und Kommunikationstechnik im Bereich der Medizin keine ernst zu nehmende Rolle spielen werden. So kann ein von Honda entwickelter Roboter in einem Modellversuch Medikamente von der Krankenhausapotheke auf den Stationen verteilen. Viele andere Einsatzmöglichkeiten in einer alternden Gesellschaft sind angedacht. Aber ein Masseneinsatz liegt in weiter Ferne, heißt es. Ein nennenswerter Einsatz ist zu teuer und Sicherheits- und Haftungsfragen sind völlig ungeklärt. Zudem: Das japanische Recht verlange den Augenkontakt zwischen Arzt und Patient.

Auch als Informations- und Kommunikationshilfe etwa im Bereich des beispielhaft skizzierten Telemonitorings fallen Fixkosten an, bevor Effizienzeffekte zu Buch schlagen können. Wer übernimmt diese Kosten wird eine ganz praktische Frage sein, die von Gesundheitsdienstleistern gestellt werden wird. Manches Pilotprojekt überlebt die Förderphase deshalb nicht, ist immer wieder zu lesen. Ein größerer Datenaustausch unter verschiedenen Partnern im Gesundheitssystem erfordert passende Arbeitsstrukturen, sollen die Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Die Herausforderungen sind mannigfaltig. Die Ärzte und andere Gesundheitsberufe dürfen sich sicher auf einen langen Prozess einstellen, wenn sie die wachsenden Möglichkeiten, die die Telemedizin bietet, in ihre Alltagsarbeit integrieren müssen. Die Rahmenbedingungen sind verständlicherweise längst nicht abgesteckt.

Unser Leistungsspektrum wächst

Praxisbedarf

Autohaus Burger GmbH & Co. KG, unser neuer Kooperationspartner, ist spezialisiert auf den KFZ-Handel der Marken Audi, Volkswagen und Skoda. Darüber hinaus bieten Sie selbstverständlich Teile- und Zubehör sowie Werkstatt-Dienstleistungen, auch für Nutzfahrzeuge, an.
Sie verfügen über eine große Anzahl an Vorführwagen, die Ihnen auch gerne bei der Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen.

Autohaus Burger

Autohaus Burger GmbH & Co.KG
Ehinger Str. 21-25
89143 Blaubeuren
Fon 07344 - 96000
Fax 07344 - 960020
info@autohaus-burger.de
www.autohaus-burger.de

GNS Aktuell

Ein Beitrag von Dr. Martin Wagner

Pilotprojekt G‘sundregion

Entscheidende Mitgestaltung durch Robert Tauber

Herr Tauber hat uns im Dezember 2011 verlassen. Wir konnten ihn leider nicht halten. Das Angebot, in Oberammergau als Geschäftsführer eine Klinik leiten zu dürfen, war zu verlockend.

In der Kürze der Zeit in der er bei uns Geschäftsführer war, hat er einiges angestoßen und auf den Weg gebracht. Er hat maßgeblichen Anteil an der Entwicklung unseres Pilotprojekts „G‘sundregion“ für den Alb Donau Kreis sowie den Stadtkreis Ulm.

Dieses wichtige Pilotprojekt wird sicher auch in Zukunft mit seinem Namen verbunden bleiben.

Hier seien nochmals die Fakten erinnert, die uns bestärkt haben, ein eigenes Modell für eine moderne ambulante Gesundheitsversorgung zu entwickeln:

- Weniger und zudem überdurchschnittlich ältere Ärzte sind mit einer wachsenden Morbidität einer ebenfalls alternden Gesellschaft konfrontiert
- Eine Arbeitsteilung / Delegation auch an nichtärztliches Personal wird zunehmen müssen. Dass diese Arbeitsteilung unter ärztlicher Anleitung und Regie erfolgt, liegt in unserem Interesse und ist ein Scharniergedanke unseres Modells.
- Es fließt nicht mehr Geld in die Gesundheitsversorgung (selbst die augenblicklichen Überschüsse bei den Krankenkassen erwecken eher die Begehrlichkeiten des ewig klammen Finanzministers). Es wird allerdings eine Umverteilung von Geldmitteln in Richtung kooperativer oder zentrumsähnlicher Versorgungsstrukturen erfolgen.
- „Besser und trotzdem billiger ist geil!“.
- Auch ein wachsender Anteil der Medizinerinnen und ein verändertes Berufsverständnis prägt die Art, wie ärztliche Leistung in Zukunft erbracht wird.
- Kassen greifen eher stärker in das Versorgungsmanagement ein und entwickeln Casemanagementkonzepte etc.

Als Antwort auf die Anforderungen der Zukunft wollen wir uns zu einem regional agierenden und professionell vernetzten Gesundheitsunternehmen entwickeln, welches die Ressourcen und die Fähigkeiten der freiberuflichen Einzelakteure synergistisch zusammenführt.

Auf diesem Weg werden wir Gesundheitsversorgung aktiv gestalten und dabei die vielfältigen und neuen Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen.

Das Unternehmen G‘sundregion wird sich zu einer regionalen Marke entwickeln, die für kompetente und innovative Behandlungs- und Präventionskonzepte steht und sich künftig in anderen Teilen des GNS-Gebiets ebenfalls installieren lässt.

Mit Dorothee Enderle als Hauptkraft und einem erfahrenen Consulting Team an unserer Seite nehmen die Pläne inzwischen konkrete Formen an:

- Die Finanzierung für die nächsten 2 Jahre ist gesichert.
- Die von Aufsichtsrat und Vorstand von GNS geforderte Mindestzahl an teilnehmenden Praxen ist erreicht
- 3 Kliniken im Alb Donau Kreis beteiligen sich an unserem Modellprojekt
- die Auswahl der Anbieter für die IT Vernetzung ist abgeschlossen
- die erste Arbeitsgruppe zur Leitlinie „Wundmanagement“ arbeitet bereits und ist bereits auf Interesse bei Krankenkassen gestoßen.
- Die Anbindung zentraler Notfallpraxen an lokale Krankenhäuser, inklusive einer Neuordnung der bisher bestehenden Notfalldienstbezirke ist in Angriff genommen.

In Vorbereitung sind

- weitere Arbeitsgruppen (Asthma/COPD, IT- Vernetzung, Diab. m., KHK)
- QM Management inklusive Zertifizierung
- TV Wartezimmerfernsehen
- Telemedizin Angebote
- Praxisübernahme-/Übergabebörse
- Mitarbeiter- und Gerätepool.

Mit der Pilotregion Alb-Donau wollen wir aber auch einen Prototypen schaffen, der eine Blaupause für andere Regionen werden könnte.

Das Besondere an diesem Projekt ist die erstmalige konsequente Verknüpfung der Haus- und Facharztebenen. Es beinhaltet aber auch die Einbindung stationärer Strukturen unter Federführung der ambulanten Medizin. Der ärztliche Blick ins Krankenhaus wird direkter, der Bürokratieaufwand wird geringer, die Reaktionszeiten werden kürzer. Mehr Transparenz zu schaffen ist dabei ein wichtiges Ziel.

Einsparpotenziale sind die Honorarzuschläge von morgen. Ich will es nochmals unterstreichen: Wir dürfen uns nicht der Illusion hingeben, dass weitere Geldströme in die Gesundheitssysteme fließen. Aus diesem Grund werden die Verteilungskämpfe ums Honorar heftiger werden. Erfolgreich werden wir nur dann sein, wenn wir Politik und Krankenkassen intelligente Lösungen anbieten können.

Dem sogenannte „Hausarztvertrag“ fehlt die Möglichkeit mit den Fachärzten oder gar dem stationären Bereich zu kommuni-

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag von Dr. Friedrich Gagsteiger

„To App or not to App – das ist hier die Frage!“

Nein, ich will Sie nicht ver**app**eln! **Apps**! Diese kleinen, flinken Dinger vermehren sich rasant und schon weiß keiner mehr, wie er jemals ohne sie auskommen konnte. Während man früher mit rauchenden Köpfen versuchte, sich das Wissen anzueignen, dass man gerade in der Medizin nach wenigen Jahren wieder erneuern musste, genügt jetzt ein sanftes Tippen, ein zärtliches Wischen, ein liebevolles Streicheln, und das so liebkoste iPhone stellt uns geheimnisvoll und wie durch Zauberei all das Wissen zur Verfügung, das auf Milliarden von Seiten im Internet nur darauf wartet, endlich von uns angewandt zu werden.

Doch halt! Was ist eigentlich ein **App** konkret? Also schnell das iPhone herausgeholt und „**App**“ einget**app**t. Hier wird mir neben dem **APP** (Arbeitskreis psychologischer PsychotherapeutInnen Bielefeld e.V.), die **APP** (Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytischer Pädagogik) und die **APP** (All People’s Party) aus Namibia angeboten. Verwirrt verweile ich bei der **APP** (Arbeitsgemeinschaft für Plasmaphysik) und erfahre, dass durch die Beimischung von **APP** (Ataktisches Polypropylen) Plastomer-Schweißbahnen plastisch und elastisch werden. Dieses wiederum kann ich getrost sofort wieder vergessen, da **APP** (Amyloid-Precusor-Protein) bei Alzheimer eine wichtige Rolle zu spielen scheint.

Jetzt begreife ich die Zusammenhänge! Nichts mehr brauche ich mir merken, nichts mehr muss ich mühsam lernen! Für alles gibt es einen **App**arat wie das iPhone und ein **App**! Allgemeinbildung war gestern! Heute gibt es die gemeine **App**Bildung!

Ob Schul**app**ruch oder Hochschul**app**schluss! Es wird einfach heimlich unter dem Tisch auf das iPhone get**app**t und den verblüfften Anwesenden sofort die exakte Einwohnerzahl von Turkmenistan bis auf die 6 Stelle hinter dem Komma genannt.

Und wir Ärzte? Bis vor kurzem noch Hüter des gesamten medizinischen Wissens seit Hippokrates und gespalten in unzählige Fachärzte, bekommen nun Konkurrenz von arroganten Halbwüchsigen, die unseren Ausführungen die neuesten Leitlinien wissenschaftlicher Fachgesellschaften Wort für Wort aus ihren Wundertabletts entgegenhalten. Trotz aller **App**elle unserer altgedienten Funktionäre nach Arztvorbehalt schützt uns auch unsere **App**robationsordnung nicht davor, mit diesen unappetitlichen **Apps app**gestraft zu werden. Der britische Gesundheitsminister Andrew Lansley hat zum Beispiel Hausärzte aufgefordert, ihren Patienten statt Medikamenten „öfter Smartphone **Apps** zu empfehlen“. Lansley, für seinen Spareifer bekannt, wies auch darauf hin, dass „viele **Apps** umsonst“ erhältlich seien, während nach einem Arztbesuch Rez**app**tgebühren fällig währen. Da **APP** in der Luftfahrt für **App**roach (Landeanflug) steht, können wir Ärzte langsam erahnen, wohin die Reise geht!

Endlich und zur Rettung unseres Berufsstandes habe ich aber mein Lieblings-**App** gefunden: **APP** (African Preservation Program) steht für die Erhaltungszucht gefährdeter Tierarten oder Pflanzen mit dem Ziel, diese vor dem Aussterben zu bewahren.

Machen wir es also wie der gemeine europäische Laubfrosch auf der Balz. Wiederholen wir das charakteristische **äpp.... äpp....äpp....äpp** rhythmisch vier bis sechsmal pro Sekunde! **App** geht’s!

Da viele Kolleginnen und Kollegen schon „Smartphone-User“ sind folgende Bitte: Um im Dschungel der App-Vielfalt diejenigen herauszufiltern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern und wirklich von Nutzen sind, bitten wir unsere Leser Ihre Erfahrungen mit Apps/Ihre Lieblingsapp mitzuteilen.

Das Ergebnis werden wir in einem der kommenden Hefte veröffentlichen.

Kontakt:

Mit dem Stichwort „App“ bitte per E-Mail an: service@GNSued.de

Fortsetzung von Seite 8

zieren, er grenzt in dieser Beziehung eher aus, als dass er verbindet.

Wir erwarten von unserem Modell eine erhebliche Kostenreduzierung und Steigerung der Effizienz. Davon werden letztendlich alle Beteiligten profitieren, ob ambulant oder stationär.

Die Neuregelung des § 87 b SGB 5 bietet speziell für von der KV anerkannte Praxisnetze ungeahnte Möglichkeiten bis hin zu einem eigenen Netzbudget.

Ich denke wir sind dabei auf einem guten Weg.

An den Schluss möchte ich ein von Herrn Tauber gern benutztes Zitat von Henry Ford, dem legendären Autobauer stellen, der einst sagte: Hätte ich meine Zeitgenossen gefragt was ich bauen soll, hätten sie zu mir gesagt: “Schnellere Pferde!“

ANZEIGE

Teva ratiopharm investiert 40 Millionen Euro in die Pharmaproduktion in Ulm und Blaubeuren

Mit der Eingliederung der ratiopharm, der meistverwendeten und bekanntesten Arzneimittelmarke Deutschlands in den Pharmakonzern Teva, verfügt der Firmenverbund über eine starke Stellung auf dem Pharmamarkt.

Durch preisgünstige Generika engagiert sich Teva ratiopharm für nachhaltige Einsparungen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig erforscht und vermarktet Teva hochinnovative Therapeutika im Bereich Spezialpharmazeutika, insbesondere in der Neurologie und Onkologie. Copaxone, das erste Präparat aus der Teva-Forschung, ist Marktführer in Deutschland und den USA bei der Behandlung der Multiplen Sklerose.

Neue Produktionsanlage für sterile Arzneimittel in Bau

Mit der ratiopharm hat Teva auch Deutschlands absatzstärksten Arzneimittelhersteller im Firmenverbund, inzwischen blickt die ratiopharm auf mehr als 100 Jahre Erfahrung in der Pharmaproduktion zurück.

Die Sicherung der pharmazeutischen und therapeutischen Qualität haben für den Teva-Konzern oberste Priorität und hier kommt den Produktionsstandorten der ratiopharm in Ulm und Blaubeuren ein großer Stellenwert zu. Fast 2.000 der insgesamt über 3.000 Mitarbeiter bei Teva ratiopharm sind in Ulm und Blaubeuren in der Produktion beschäftigt.

In den beiden letzten Jahren hat sich die Produktion um 17 Prozent erhöht. Circa zehn Milliarden Tabletten, drei Millionen Liter flüssige Arzneimittel und 1000 Tonnen Salben wurden in Deutschland im Jahr 2011 produziert; darüber hinaus 165 Millionen Einheiten sterile Arzneimittel. Bei der Tablettenproduktion ist der deutsche Standort konzernweit führend, was den Ausstoß je Mitarbeiter anbelangt.
Das Werk in Blaubeuren/Weiler läuft inzwischen an der Kapazitätsgrenze. Deswegen wird das Werk für 20 Millionen Euro erweitert; eine neue Halle für die Produktion von sterilen Arzneimitteln ist bereits in Bau. Eine neue Pelletcoating-Anlage für die Arzneikapselproduktion wurde bereits zu Beginn diesen Jahres in Betrieb genommen. Insgesamt beabsichtigt Teva ratiopharm für das Jahr 2012 Investitionen von 40 Millionen Euro in die Pharmaproduktion an den Standorten Ulm und Blaubeuren.

Weltweit eines der 15 größten Pharmaunternehmen

International zählt Teva zu den fünfzehn größten Pharmafirmen und ist Weltmarktführer unter den Generikaunternehmen. Der global agierende Konzern, mit Firmensitz in Israel, ist spezialisiert auf die Entwicklung, Produktion und den Vertrieb von Generika und innovativen Arzneimitteln sowie pharmazeutischen Wirkstoffen. Weltweit in über 60 Ländern tätig, beschäftigt Teva Pharmaceutical Industries Ltd. über 42 000 Mitarbeiter und erzielte im Jahr 2011 einen Umsatz von über 18 Milliarden US-Dollar.

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

Redaktioneller Beitrag

Ein Beitrag der Uro-GmbH Nachrichten/Frielingsdorf Consult

Was Medien verbreiten – und was tatsächlich stimmt

Die medizinische Versorgung in Deutschland wird in den letzten Jahren zunehmend kritisch diskutiert. Die Ärzteschaft wird dabei von vielen Seiten angegriffen: Insbesondere von Politik und Kassen. Dazu werden in gut vorbereiteten medialen Kampagnen Zahlen und Untersuchungen kolportiert, die ein Bild der übermäßig teuren Medizin mit schlechtem Ergebnis zeichnen. Die Ärzteschaft wird nicht selten als geldgierig und korrupt dargestellt. Zum Beweis werden Zahlen aufgeführt, die (einmal ausgesprochen) als Wahrheit geltend gemacht werden. Eine Überprüfung dieser Aussagen anhand der im Jahr 2011 erschienenen OECD-Studie „Gesundheit auf einen Blick 2009, OECD-Indikatoren" fördert teilweise Überraschendes zutage:

Behauptung: „Deutschland hat weltweit eines der teuersten Gesundheitssysteme"
In der Tat steht Deutschland mit einem Ausgabenanteil in Höhe von 10,4 % vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) weltweit an vierter Stelle der Gesundheitsausgaben (GKV + PKV). Dieser Wert hängt jedoch nicht nur von den Gesundheitsausgaben, sondern selbstverständlich auch von dem erwirtschafteten BIP ab. Betrachtet man lediglich die Gesundheitsausgaben pro Kopf, so liegt Deutschland mit $ 3.588 pro Kopf und Jahr auf einem ähnlichen Niveau wie andere europäische Staaten und keineswegs mehr an der Spitze. Der Anteil des ambulanten Sektors an diesen Ausgaben ist mit 29 % sogar international unterdurchschnittlich.

Behauptung: „Die Gesundheitskosten in Deutschland explodieren"
Im Zeitraum von 1997 bis 2007 gibt es kein anderes Gesundheitssystem in der 30 Industrie-Staaten umfassenden OECD, das eine niedrigere Kostensteigerungsrate aufweist, als Deutschland!

Behauptung: „Nirgendwo sind die Arzneimittelkosten so hoch wie in Deutschland"
Der OECD-Vergleich der Arzneimittelausgaben in 2007 zeigt für Deutschland mit einem Betrag von 542 $ pro Kopf auch hier einen Wert, der im Durchschnitt der europäischen Staaten liegt. In Griechenland, Frankreich, Belgien und Spanien liegen die Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben zum Teil deutlich höher als in Deutschland.

Behauptung: „Nirgendwo gibt es mehr Großgeräte in der Medizintechnik als in Deutschland"
Der Blick in die OECD-Daten zeigt genau das Gegenteil. Die Daten sind für MRT und CT differenziert ausgewiesen und zeigen bezogen auf 1 Mio. Einwohner für Deutschland in beiden Fällen eine geringere Großgeräte-Dichte als im OECD-Durchschnitt.

Behauptung: „Das deutsche Gesundheitssystem bietet nur durchschnittliche Leistungen"
In der OECD-Studie werden für verschiedene besonders häufige Erkrankungen Studien-Ergebnisse verglichen. Für Urologen ist bspw. der Vergleich der Prostatakrebsmortalität besonders interessant. Es zeigt sich, dass sowohl die Krebssterblichkeit insgesamt, als auch die Prostatakrebsmortalität in Deutschland niedriger liegt als im OECD-Durchschnitt. Solche Schlussfolgerungen zum Leistungsvergleich müssen natürlich sehr vorsichtig gezogen werden, da gerade die Krebsmortalität von vielen Faktoren und nicht nur von der Qualität der jeweiligen Leistungserbringer abhängt.

Fazit: Die OECD-Daten zeigen insgesamt, dass die wichtigsten Kennzahlen des deutschen Gesundheitssystems keineswegs so negativ sind, wie die öffentliche Diskussion teilweise glauben machen will. Der Diskurs wird offensichtlich häufig eher von politischen Interessen und von Lobbyinteressen getrieben, als von tatsächlich belegbaren Fakten.

Redaktion: Uro-GmbH Nachrichten IV/2011, in: Frielingsdorf Consult GmbH Newsletter 01/2012

Ein Beitrag von Wolfgang Schweikert

Themen:

- Lebensversicherung kommt zur Auszahlung – Schenken und Vererben?

- Ein Rechtsstreit lässt sich manchmal nicht verhindern!

Schenken und Vererben

Für den Einzelnen ist das Erreichen des rentennahen Lebensalters, oftmals verbunden mit der Auszahlung einer in jungen Jahren abgeschlossenen Lebens- oder Rentenversicherung.

Sofern der Auszahlungsbetrag nicht verplant ist, gilt es eine sinnvolle Wiederanlage zu finden, denn schließlich soll mehr Geld zurückfließen, als investiert wurde. Unabhängig davon, ob der freiwerdende Anlagebetrag für den Eigengebrauch (bspw. Erhöhung des Renteneinkommens, Vorsorge vor dem Pflegefall), oder als vorgezogene Erbschaft (steuergeminderte Übertragung) eingesetzt wird.

Die sicherste Sparform ist das klassische Sparbuch, dabei halten die Renditen sich in Grenzen, liegen die Zinsen in der Regel doch sogar unter der Inflationsrate. Anderes sieht es mit Einzelaktien aus, diese versprechen hohe Gewinne, bergen aber ebenso ein Verlustrisiko, Aktienfonds sind etwas sicherer. In der Vergangenheit waren auch Immobilien oder der Kauf von Gold sichere Alternativen.

Was spricht gegen eine Einmalzahlung in eine Rentenversicherung oder in ein Pflegevorsorgekonto?

Hier kann beispielsweise bestimmt werden, ab wann und in welchen Abständen die lebenslange Rente bezogen werden soll. Bei Tod während der Rentenzahlung wird das noch nicht verbrauchte Kapital an die Hinterbliebenen zurückgegeben. Beim Pflegevorsorgekonto sind auch individuelle Zuzahlungen möglich.

Weitere Vorteile

Sicherheit ein Leben lang:

Das eingezahlte Kapital ist nicht, wie bei einem Auszahlplan der Bank, irgendwann aufgebraucht. Damit ist ein Vermögensschutz für den Anleger und die Hinterbliebenen im Fall der Pflege gewahrt.

Günstige Besteuerung:

Ausgezahlte Renten werden bei der Einkommensteuer nur mit einem Bruchteil, dem Ertragsanteil, bei der Steuererklärung herangezogen.

Eine sehr clevere Alternative ist die Übertragung des Anlagebetrags zu Lebzeiten an die Kinder oder Enkelkinder. Durch die richtige Vertragskonstellation bleibt der Geldgeber zu Lebzeiten verfügungsberechtigt und im Todesfall der Fiskus teilweise außen vor.

Nicht nur die Einzahlungssumme, sondern auch die Erträge sind später auch für die Erben bei Auszahlung als einmalige Summe nur zur Hälfte steuerpflichtig, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.

Rechtsstreit

Ein ganz anderes Thema, das mehr und mehr den niedergelassenen Arzt betrifft, sind immer neue Gesetze und Verordnungen und eine erhöhte Prozessbereitschaft der Menschen.

Schnell kann aus einer Alltäglichkeit ein kostspieliger und langwieriger Rechtsstreit werden.

Ohne die Hilfe eines Anwalts und den finanziellen Rückhalt einer Rechtsschutzversicherung kann daraus ein Abenteuer mit hohem Risiko werden. Oftmals sind es auch nur kleine Unannehmlichkeiten, die man vom Hals haben möchte und durch einen Anwaltsbrief erledigt werden können.

Das GNS bietet zudem leistungserweiterte und beitragsreduzierte Kollektivverträge für Arztpraxen.

Ja, mich interessiert das Thema:

- ☐ Einmalanlage
- ☐ Rechtsschutzversicherung
- ☐ Kollektivverträge

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

Refax an 07391-5865451

Praxisstempel

Schwerpunktthema: Nutzung der im ambulanten medizinischen Bereich erhobenen Daten

Aktuelle Datensammlungen und deren Analyse sind zur Vorbereitung von Vertragsverhandlungen und Gespräche über Versorgungsprojekte wichtig

■ Der Umgang und die Nutzung der im ambulanten medizinischen Bereich erhobenen Daten wird ein Schwerpunkt der ärztegenossenschaftlichen und vernetzten Arbeit sein. Hierzu der Vorsitzende des

Dr. Gunnar Herberger

Bundesverbandes der Ärztegenossenschaften e. V. (BVÄG), Dr. Gunnar Herberger: „Über Daten, über Nachweise, über Wirtschaftlichkeitsbeweise und über Leitlinientreue wird in unserem Berufsfeld viel gesprochen und diskutiert. Neben der guten und engagierten Versorgung unserer Patienten, für die allein wir anständig honoriert werden wollen, wird zunehmend von allen Seiten, nicht zuletzt auch aus unseren eigenen Reihen ein erweitertes Datenmanagement gefordert." Die Kontrolle und letztlich auch die Steuerung des ärztlichen Handels durch die Möglichkeiten der Datenerhebung und Verarbeitung würden immer stärker postuliert.

Ärztenetze und -Genossenschaften beschäftigen sich schon einige Zeit mit diesem Thema und sind zum Teil sehr unterschiedliche Wege gegangen. „Wir haben versucht, uns grundsätzlich mit dieser Problematik auseinander zu setzen und zu klären was notwendig, was machbar und was praktikabel ist", so Herberger. „Wir werden nun versuchen für unsere Mitglieder einer Plattform zu arbeiten, die den Anforderungen genügt, die in einheitlicher Form für alle nutzbar ist und deren ökonomische Umsetzung darstellbar ist."

Möglichst aktuelle Datensammlungen sowie deren Analysen sind insbesondere für die Vorbereitung von Vertragsverhandlungen bzw. Gespräche über Versorgungsprojekte absolut bedeutsam. Das wurde auf dem Berliner BVÄG-Workshop Ende Oktober 2011 deutlich. Ein ganzes „Data Warehouse" sei dafür notwendig, erläuterte Susanne Guthoff-Hagen, Geschäftsführerin der sgh-consulting (Hamburg): „Gute Entscheidungen brauchen als Basis verlässliche Informationen." Strukturverbesserungen erforderten auch Investitionen, sagte sie. Deshalb dürfe die Formel der Krankenkassen, dass die Kosten sinken und gleichzeitig die Qualität steigen müssten, nicht als Voraussetzung für Vertragsgespräche haltbar sein.

Die Bestandsaufnahmen von Daten umfassen in erster Linie die Arzneimittelkosten, KV-Einzelfallnachweise, Krankenhausrechnungen, Morbi-RSA-Bescheid, die Statistik der AU-Fälle, das KV-Formblatt 3, die Ausgaben für Krankengeld sowie eigene Auswertungen von Einzelpraxen und Ärztenetzen, listete Susanne Guthoff-Hagen auf. Überhaupt sollten als Ziele für Netze neben der Verbesserung der Patientenversorgung die bessere kollegiale Zusammenarbeit und weniger Bürokratie stehen, d. h. es müsse auch ein effizienter Informationsfluss entstehen. Das treffe gerade auch auf den Einsatz der Daten zu. Die Erkenntnisse daraus machten den ambulanten ärztlichen Sektor sowie dessen Vernetzungen als „Steurer der Versorgung interessant".

Sinnvolle und zwingend notwendige Informationen, die von den Kassen und Netzen als Datengrundlage erfasst sein sollten, sind laut Referentin Guthoff-Hagen diese: Versichertenstruktur, Morbidität, Versorgungsstruktur, Ablaufprozesse, Kosten (bezogen auf die Fälle, die Versicherten, die Prozesse) sowie Informationen zur Ergebnisqualität, zum Verbesserungspotenzial, zur Intervenierbarkeit und zu den Ressourcen. Dabei sollten die ICD-Codes allein nicht das Mittel der Wahl sein, um verlässliche Daten zu erhalten. „Defizite in der Versorgungsqualität hängen überwiegend von Prozessen ab, die in der Medizin am schwierigsten zu erfassen und zu systematisieren sind." Ein Problem sei auch, dass bei den meisten Daten ein erheblicher, extrem ärgerlicher Zeitverzug vorherrsche, sagte Guthoff-Hagen. Sie nannte diese Fakten: bei Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln sind es drei bis sechs Monate, bei der gruppen- und fallbezogenen Gesamtvergütung der Ärzte rund neun Monate.

„Neue Chancen nutzen!"

Foto: Hans-Jürgen Wiedl

■ Rund 500 Akteure des Gesundheitswesens aus dem gesamten Bundesgebiet nahmen am 19. Januar am 3. Kongress „Vernetzte Gesundheit" in Kiel teil. Der Schwerpunkt der Vorträge und Workshops mit rund 50 Referenten lag auf der Umsetzung des neuen Versorgungsstrukturgesetzes. „Das Gesetz eröffnet eine Reihe neuer Chancen, um die Gesundheitsversorgung zu sichern. Angesichts des demographischen Wandels, vor dem Hintergrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen, muss den Menschen dauerhaft der Zugang zu guten ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen ermöglicht werden", so der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg (Bild li.). Sein FDP-Kollege Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erläuterte in einem Kongress-Vortrag die Position des Bundes zur vernetzten Versorgung.

Anzeige

Foto: iStockphoto

„Teambildung im Zeitraffer“ ... und dazu wurden sogar echte Filme gedreht

Seminarwochenende für die 18 besten Dialogpartnerinnen der Lehrstaffelreihe 2011

Die Seminarteilnehmerinnen im Studio der TVN Group Film & TV Production in Hannover.

■ Unter dem Motto „Teambildung im Zeitraffer“ fand am 6. und 7. Januar in Hannover ein Seminar für die 18 besten Dialogpartnerinnen der interaktiven Fortbildung 2011 „Der Weg zum Team 2011“ statt. Die Autorin der Lehrhefte und Referentin Elke Stoll – sie ist u. a. Kommunikationstrainerin und zertifizierte Mediatorin – brachte die Seminarinhalte und die Zielsetzung mit hohem Praxisbezug und viel Humor den anwesenden Dialogpartnerinnen näher.

Das Seminar wiederholte und vertiefte wesentliche Elemente der Lehrstaffel. Aufgeteilt in drei Teams erfolgte ein Austausch über Teamverhalten, Alltagssituationen in Arztpraxen wurden behandelt und Expertenwissen weitergegeben. So wurden am ersten Seminartag z. B. Begriffe den Gruppenbildungsphasen zugeordnet, Rollenspiele (typische Rollen mit entsprechenden Verhaltensweisen) durchgeführt und die Eskalationsstufen bei Konflikten erörtert.

Nach der Arbeit das Vergnügen: Am Abend erlebten die Dialogpartnerinnen im englischen Pub eines der schönsten Gewölbekeller Hannovers ein „Whisky-Tasting“. Eine weitere nette Geste der Seminarveranstalter war das liebevoll ausgesuchte Geschenk der Ärztedienstleistungsgesellschaft ädg. Die Kosmetika und Pflegeprodukte wurden mit dem Kommentar „Ist ja wie Weihnachten!“ bedacht.

Das eigentliche Highlight gab es dann am Samstag: Bei der TVN Group Film & TV Production, wo auch die SAT1 News für Niedersachsen/Bremen aufgezeichnet werden, durfte jedes der drei Teams einen Trainingsfilm zu den Lehrheften drehen. Hierzu wurden drei Darstellerinnen in der Maske für ihren Auftritt vorbereitet, während sich weitere Dialogpartnerinnen die „Jobs“ als Studioregisseur, Bildtechniker und Kamerafrau aneignen durften.

Unter professioneller Begleitung der Studio-Belegschaft entstanden wunderbare Trainingsfilme zu den Lehrheftthemen „Und was machen wir, wenn es knallt“, „Bloß nicht aus der Rolle fallen“, und „Gemeinsam sind wir noch stärker“. Die Ergebnisse konnten sich wahrhaftig sehen lassen! Wie reale Filmdarsteller vor und hinter der Kamera zu stehen, war schon ein unvergessliches und prägendes Erlebnis!

Elke Stoll und ihr „IKF Institut für Kommunikation und Führung“ in Undeloh (Kreis Harburg/Niedersachsen) werden einen ergänzenden Leitfaden zum Film erstellen, so dass sich dieser für Fortbildungen in der Dialogpartnerinnen-Betreuung in Bad Segeberg sowie auch für die Weiterbildung in den Praxen eignet. Alle Dialogpartnerinnen waren sich einig: Die „Teambildung im Zeitraffer“ ist an diesem Wochenende mehr als geglückt.

Beim Schminken in der „Maske“

Für Augenärzte: Jetzt Latano-Q® 50 Mikrogramm/ml Augentropfen

■ Neueinführung der Q-Pharm AG direkt nach Patentablauf von Xalatan®: Den augenärztlichen Praxen empfiehlt Q-Pharm zur Verordnung eine gewohnt kostengünstige Therapie mit Latano-Q® Augentropfen:

1 x 2,5 ml Augentropfen zu 50 Mikrogramm/ml (N1) 16,86 Euro
3 x 2,5 ml Augentropfen zu 50 Mikrogramm/ml (N2) 29,39 Euro

Bundesweit wurden rund 5.000 Augenärzte über diese Q-Pharm-Neueinführung per Brief informiert. Übrigens: Bereits seit einem Jahrzehnt bietet Q-Pharm preiswerte Qualitäts-Generika und entlastet damit die verordnenden Ärzte zuverlässig in deren Budget-Verantwortung!

Indikationsausweitung für Losar-Q® 50 mg u. 100 mg Filmtabl.

■ Die zuzahlungsbefreiten Losar-Q® 50 mg und 100 mg Filmtabletten (Wirkstoff: Losartan-Kalium) können ab sofort entsprechend des Originals Lorzaar Protect® für ein weiteres Indikationsgebiet verordnet werden. Die Arztpraxen wurden kürzlich von Q-Pharm in einem Rundbrief über Einzelheiten entsprechend informiert.

Wichtiges Ziel erreicht!

■ Die erste aktualisierte Q-Pharm-Arzneimittelliste (AML) des neuen Jahres liegt den Arztpraxen seit Mitte Januar vor. Im Jahr 2011 habe Q-Pharm ein wichtiges Ziel mit Hilfe der ärztegenossenschaftlichen und vernetzten Ärzte erreichen können, nämlich den sinnvollen Umgang mit einem medizinisch indizierten „Aut-idem“-Kreuz. Darauf wies Q-Pharm-Vorstand Christoph Meyer in seinem Begleitschreiben zur AML hin. Diese wurde an bundesweit rund 15.000 Genossenschafts- und Netzpraxen sowie an Ärzte diverser Fachgruppen versandt. Meyer: „Das Kreuzchen ist zweifellos nach wie vor ein wichtiges Element des Qualitäts- und Arzneimittelmanagements, das jeder Arzt in seiner Praxis zu verantworten hat.“ Deshalb geht auch der Textteil der Arzneimittelliste erneut auf die anhaltende Diskussion um Aut-idem ein.

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

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

Das nächste Heft erscheint im Juni 2012

Akademie Gesundheitsnetz Süd Termine 2012

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und med. Fachpersonal

Kurs 1
Qualitätsoptimierung der Arztpraxis
Entwicklung professioneller Handlungskompetenz zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Praxisreflektion – Fehlerquellen erkennen und handeln.
Mi 18.04.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 2
Ressourcen der Praxis nutzen
Widererkennungswert und Identifikation mit dem Unternehmen Arztpraxis – ein Wechselspiel von Erscheinungsbild, Sprache und Verhalten. Mit System und Konzept die Ressourcen der Praxis nutzen. Wirtschaftlich denken und handeln.
Mi 25.04.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 3
Konflikt- und Beschwerdemanagement
Konflikte im Team erkennen und konstruktiv lösen. Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit durch ein geregeltes Beschwerdemanagement. Erarbeiten von Konfliktlösungsstrategien – die Rolle der Führungskraft bei der Konfliktregelung.
Fr 04.05.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 4
Kommunikative Fähigkeiten
Kommunikationsfähigkeit eine Schlüsselqualifikation im Beruf der MFA. Durch offene und wertschätzende Kommunikation das Miteinander am Arbeitsplatz verbessern. Souveräner Umgang mit Stresssituationen im Team und mit Patienten.
Sa 19.05.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 5
Teamentwicklung | Teamarbeit | Teamkultur
Wer alleine arbeitet addiert – wer zusammenarbeitet multipliziert. Entwicklungsmöglichkeiten zu einem Spitzenteam durch Potentialerkennung und Selbstmotivation. Regeln und Rituale – die geklärte „Rangordnung“ schafft die Voraussetzung für ein partnerschaftliches Verhalten und Fairness am Arbeitsplatz.
Fr 15.06.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 6
Teambesprechungen
Professionell geplante und regelmäßige Teambesprechungen sind unverzichtbar für ein erfolgreich arbeitendes Team.
Sa 16.06.12, 9.30 bis 13 Uhr

Kurs 7
Führungs- und Leitungsaufgaben
Die richtigen Dinge tun – statt Dinge nur richtig tun. Durch geeignete Führungsstile und -methoden Führungserfolge erreichen. Mitarbeiterpotenziale erkennen und fördern – Motivation durch Personalgespräche.
Fr 06.07.12, 9.30 bis 17 Uhr

Kurs 13
Hygiene
Hygienemanagement ist ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements. Folgende Inhalte werden erarbeitet: Hygieneplan, Händehygiene, Haut- und Flächendesinfektion, Sterilisation, Schutzmaßnahmen
Mi 18.07.12, 14 bis 18 Uhr

Veranstaltungsort
Kinderwunschzentrum Ulm,
Einsteinstr. 59

schon vormerken:
DMP-Quattro
Beinhaltet alle zur Sicherstellung der Abrechnung notwendigen Fortbildungs-Bestandteile (KHK, Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma/COPD).
Sa 13.10.12, 9 bis 16 Uhr, Friedrichshafen

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

Heidelberger Medizinakademie bietet an:
Notdienst-Seminar
11.-13.05.12 in Konstanz
GNS-Mitglieder erhalten eine Ermäßigung

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