im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

Viel besser als sein Ruf:
Der niedergelassene Allgemeinmediziner

Klinik vs. Niederlassung:
Wahrnehmung und Realität

Projektförderung für das **PatientMobil** durch das Land Baden-Württemberg

Klinik **Niederlassung**

Die Geister, die gerufen wurden...

Die Welt ist im Ausnahmezustand: Das Klima wandelt sich, der islamistische Terror hält uns alle in Atem, die Finanzkrise ist längst nicht ausgestanden und der Flüchtlingszustrom ist ungebremst. Die Nachrichtendienste überschlagen sich täglich mit neuen Superlativen. Und was passiert bei den Menschen? Die meisten antworten mit Rückzug und innerer Emigration. „Ich kann doch sowieso nichts ändern“, ist einer der meistgebrauchten Sätze dieser Zeit.

Die Hochzeit der Ärzteproteste liegt jetzt zwischen fünf und fünfzehn Jahren zurück. Ich kann mich gut erinnern, dass der Beruf des niedergelassenen Arztes damals als nicht erstrebenswert dargestellt wurde. Die Funktionäre und Standesvertreter geißelten die Arbeitszeit, den geringen Verdienst, die überbordende Bürokratie und die Übermacht der Kostenträger. Insgesamt ist es ruhiger geworden an der Protestfront. Dennoch haben die Botschaften gewirkt und wirken noch immer nach.

Ich hatte im vergangenen Juli Gelegenheit, mit einer Gruppe von Medizinstudentinnen (es war ein Mann dabei) zu sprechen. Anlässlich einer Exkursion besuchte diese Studentengruppe die Praxis eines unserer Mitglieder. In dieser Praxis findet derzeit gerade ein Generationswechsel statt. Die Studentinnen befragten den Juniorpartner in der Gemeinschaftspraxis nach seinen Erfahrungen im ersten Jahr der Niederlassung. Die Intention der Fragen offenbarte die Väter der Gedanken: „Wie viele Stunden pro Tag müssen Sie mit Bürokratie verbringen?“, „Können Sie von dem Einkommen, das Sie hier haben, leben?“, „Haben Sie Familie – wie bringen Sie diese mit den ständigen Notdiensten unter einen Hut?“, „Können Sie den Patienten mit den eingeschränkten Mitteln, die Sie in der Allgemeinmedizin zur Verfügung haben, überhaupt helfen?“

Glauben Sie mir: Ich war schockiert. Und glauben Sie mir weiter: Ich war begeistert. Schockiert hat mich die Erkenntnis, dass das Problem der mangelnden Niederlassungsbereitschaft zu einem guten Teil ein Imageproblem ist und zwar ein hausgemachtes. Begeistert war ich von den Antworten des jungen Praxisinhabers, der alle Fragen äußerst positiv und authentisch beantwortete: „Die Bürokratie haben unsere Mitarbeiterinnen hier gut im Griff und ach ja, mein Kollege hilft mir da sehr, dass ich mich nicht verirre.“ „Geld? Ja, ich verdiene hier mehr als Doppelte als zuvor.“ „Dienste? Wir haben hier in Baden-Württemberg eine Notdienstreform gehabt. Dienste sind für mich kein Problem mehr“. „Und die eingeschränkten Möglichkeiten der Allgemeinmedizin? Ich weiß nicht was Sie meinen. Ich begleite hier Menschen und das über eine lange Zeit. Was Sie da zurückbekommen geht tief. Ich habe den schönsten Beruf, den ich mir vorstellen kann!“

Ich appelliere an Alle, die in der Öffentlichkeit stehen und alle die sich öffentlich äußern: Achten Sie auf Ihre Gedanken, denn sie werden zu Worten. Achten Sie auf Ihre Worte, denn sie werden zu Taten. Achten Sie auf Ihre Taten, denn sie werden zu Gewohnheiten. Achten Sie auf Ihre Gewohnheiten, denn sie werden Ihr Charakter. Achten Sie auf Ihren Charakter, denn er wird Ihr Schicksal.

Stellt sich nun noch die Frage, was hat der Klimawandel mit den Problemen der medizinischen Versorgung zu tun? Ganz einfach: Laut Prof. Dr. Rüdiger Glaser, Uni Freiburg ist der Klimawandel zu 80% verhaltensbedingt, zu 20% unabänderlich und den Umständen geschuldet. Ob diese Verhältniszahlen für den „Versorgungswandel“ in ähnlicher Form gelten weiß ich nicht. Aber ich weiß, dass der „Versorgungswandel“ mindestens von diesen beiden Faktoren beeinflusst wird. Mir macht das Mut. Denn wir können etwas beeinflussen und sind nicht Opfer der Umstände.

Ich grüße Sie herzlich
Ihr Wolfgang Bachmann

Inhalt

Titelthema
Seite 3: Hürden und Realität der Niederlassung

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell
Seite 7: Pilotprojekt PatientMobil
Seite 9: Die Patientenkarte.Online
Seite 13: Regressvermeidung
Seite 14: KVBW-Statement zur Vergütung von Netzärzten
Seite 16: Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung
Seite 20: Termine

Laborecke
Seite 12: Beeinflussung von Laborwerten durch NOAK

Medical Management
Seite 19: Notfallorganisation

Hürden und Realität

Ein Interview von Wolfgang Bachmann und Steffen Witte

Um ein guter Arzt zu werden, muss man viele Hürden nehmen. Die Hürde in die ambulante Medizin oder gar die eigene Niederlassung überwinden zu viele Ärzte nicht. „Im Dialog“ wollte wissen warum dies so ist und was zu tun ist, um mehr junge Mediziner für eine Tätigkeit in der ambulanten Medizin zu begeistern. Um den Spannungsbogen zu schlagen, haben wir Dr. Klaus Lenz, hausärztlich tätiger Internist aus Isny im Allgäu, Holger Gast, in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Dr. Robin Obermiller, Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig, zu einem Interview eingeladen. Dr. Lenz befindet sich in der Ausstiegsphase aus einer größeren Praxisgemeinschaft. Holger Gast befindet sich an der Grenze zur Niederlassung und ist derzeit noch angestellt in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Ehingen tätig. Dr. Obermiller hat sich 2014 für die Niederlassung entschieden und ist seither in Schelklingen Mitinhaber einer Gemeinschaftspraxis.

Wir wollten mit diesem Interview Hindernisse, Hürden und Meinungen aufspüren, die den Weg in die ambulante Medizin behindern. Vor allem wollten wir aber wissen, was für eine Tätigkeit in diesem Bereich des Gesundheitswesens spricht und ob es vielleicht Aspekte gibt, die konsequent besser gemacht werden können.

Wie war Ihre Vorstellung von der ambulanten Medizin während Ihres Studiums?

Robin Obermiller (RO): Ich konnte mir während des Studiums die ambulante Tätigkeit nicht vorstellen. Ich kannte keine Hausarztmedizin und wollte „Spitzenmedizin an der Uni“ machen.

Holger Gast (HG): Während des Studiums hat man nur über Praktika Einblick in die ambulante Medizin erhalten. Ich habe 2 Wochen ein Pflichtpraktikum in einer Allgemeinarztpraxis gemacht und damit einen gewissen Eindruck vermittelt bekommen. In der Famulatur konnte ich diesen Einblick intensivieren.

Haben während der Studienzeit viele Kommilitonen mit dem Gedanken der Niederlassung gespielt? Welche Gegenargumente haben die Kommilitonen letztlich angeführt, die sie von einer Tätigkeit im ambulanten Sektor abgehalten haben?

Holger Gast (HG): Viele Kommilitonen hatten Angst vor Investitionen und vor finanziellen Sorgen bei möglichen Erkrankungen. Ein weiteres immer wieder angeführtes Argument waren zu viele Dienste.

Klaus Lenz (KL): Ich habe in letzter Zeit einige Gespräche mit jungen Ärzten geführt. Sicher spielen teilweise hohe Investitionskosten bei einem als relativ unsicher empfundenem politischen Umfeld und deshalb fehlende Planbarkeit eine Rolle. Die anhaltende Niedrigzinsphase und die steuerliche Abschreibungsmöglichkeit der Investitionskosten erleichtern aber den Schritt in die Niederlassung.

Wie beurteilen Sie das Argument der Bürokratie mit Ihren inzwischen gemachten Erfahrungen?

RO: Grundsätzlich muss ich sagen: Überschaubar! Briefe gibt es nicht, Abrechnung sind nur wenige Ziffern, insbesondere seit der HZV. Gutachten und Rehaanträge sind eher erträglich. DMP Dokumentationen sind mit entsprechender Vorarbeit überschaubar. Ich kenne das Argument der ausufernden Bürokratie, daher würde ich niedergelassenen Kollegen, die über Bürokratie klagen, empfehlen, mal wieder in der Klinik zu arbeiten. Seit Einführung der DRGs hat sich dort nichts zum Positiven entwickelt. Ich empfinde den bürokratischen Aufwand in der ambulanten Medizin entgegen meiner ursprünglichen Erwartungen überschaubar.

HG: Verglichen mit dem hohen bürokratischen Aufwand als Praxisinhaber ist eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis sicher deutlich bequemer, aber nicht unbedingt befriedigender.

KL: Ich kann beiden Kollegen nur zustimmen und biete als Lösung mehr Delegation an. Das geht und es hilft!

Wie haben Sie den Ruf niedergelassener Mediziner während Ihres Studiums erlebt?

KL: Bei uns galten sie als Selbstausbeuter mit geringer fachlicher Kompetenz.

RO: Der Ruf war eher mäßig. Es herrschte das Vorurteil des eher wenig kompetenten „Rezepte-Onkel“, der alles Schwierige in die Klinik schicken muss.

Stimmt dieses Bild und was schätzen Sie an der Tätigkeit als Niedergelassener Arzt?

KL: Dieses Image ist eine grobe Fehleinschätzung und eigentlich eine Respektlosigkeit. Ich schätze exakt vier Dinge besonders: Meine unternehmerische Entscheidungsfreiheit. Das positive Echo durch ein gewachsenes Arzt-Patienten-Verhältnis. Mein guter Verdienst. Die geringe Dienstbelastung.

RO: Ich bin mein eigener Herr und kann mir Arbeitsabläufe einteilen, wie ich möchte. Ich kann eigene Schwerpunkte kultivieren und Dinge, die mir weniger liegen an andere überweisen. Ich schätze die kontinuierliche Betreuung. Man muss nicht immer bei null anfangen und kennt auch das Umfeld seiner Patienten. Die Arbeit ist extrem abwechslungsreich. Die Arbeit im kleinen Team macht Spaß. Der Nachteil

ist, dass man nicht den kollegialen Austausch wie in der Klinik hat.

HG: In der Klinik gibt es eine sehr Fallbezogene Tätigkeit. Es werden nötige Untersuchungen festgelegt und durchgeführt um womöglich Krankheitsursachen erkennen und behandeln zu können, alles in möglichst kurzer Zeit. In der Praxis läuft das Geschehen deutlich Patientenzentrierter ab, die Arzt- Patientenbeziehung ist natürlich deutlich enger. Ich schätze an meiner Tätigkeit, dass ich meine Patienten über lange Zeiträume begleite, ihre Geschichte und Eigenheiten in der Regel gut kenne und so Gesundheitsstörungen schneller verstehen und behandeln kann.

Die Dienstbelastung wird immer wieder gerne als Gegenargument gegen eine Tätigkeit im ambulanten Sektor angeführt. Zu Recht?

KL: Ich habe Ihnen einmal eine kleine, subjektive Einschätzung der Unterschiede zwischen ambulanter und Kliniktätigkeit mitgebracht (zeigt nebenstehende Abbildung). Hier können Sie erkennen, dass in der Klinik eine viel höhere Anzahl an Diensten zu leisten ist. Ich komme seit der Notdienstreform aktuell auf 6 – 7 Dienste im Jahr.

RO: Es gibt nahezu keine Nacht- und Wochenenddienste. Das Arbeitspensum unter der Woche ist allerdings relativ hoch (ca. 55h). Wir haben jedoch eine recht hohe Arbeitsdichte.

Ist es Zufall oder eine klare Entscheidung. Sie alle arbeiten in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften. Warum? Wo liegen die Vorteile?

HG: Die Arbeit in einer Einzelpraxis kann ich mir kaum vorstellen. Die Vorteile einer BAG bzw. einer Praxisgemeinschaft sehe ich im kollegialen Austausch, Versorgung der eigenen Patienten bei Abwesenheit und einer besseren betriebswirtschaftlichen Auslastung der Praxis.

KL: Die Vorteile in einer gemeinsam geführten Praxis sehe ich in der Möglichkeit zur gegenseitigen Vertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten, dem fachlichen Austausch „auf dem kurzen Dienstweg“, in der gegenseitigen Ergänzung von Spezialisierungen und der besseren betriebswirtschaftlichen Auslastung der Praxis. Und: Der Jahresurlaub in einer BAG ist in der Regel deutlich länger.

RO: In einer Einzelpraxis wollte ich nur im äußersten Notfall tätig sein. Ich stimme den Kollegen völlig zu.

Keiner von Ihnen scheint den Schritt in die Niederlassung bereut zu haben. Was raten Sie jungen Kollegen, die noch unschlüssig sind?

HG: Vergessen Sie erst mal alles, was Ihnen wer auch immer über die Niederlassung an Negativem erzählen will und verschaffen Sie sich einen eigenen Eindruck. Hospitieren Sie was das Zeug hält und besuchen Sie alle Veranstaltungen, die im Ruf stehen, ehrliche Informationen über die ambulante Medizin zu vermitteln.

RO: Aus meiner Sicht ist das Niederlassungsklima eher günstig. Lassen Sie sich zuerst in einer Praxis anstellen. Eine mehrjährige Übergangsphase bei der Praxisübernahme ist sicher sinnvoll. Es braucht ein wenig, bis man alle Besonderheiten und Fallstricke z.B. beim Verordnen einmal gesehen hat.

KL: Der Königsweg ist die Hospitation in der Arztpraxis. Ich habe bisher keine(n) Kollegin(en) gesehen, der seine anfänglichen Vorurteile nach seiner persönlichen „Fronterfahrung“ nicht revidiert hätte. Als Student identifiziert man sich doch auch mit den Lehrenden und die sind an der Uni ja fast ausschließlich im stationären Bereich tätig, das prägt. Ein Ansatz könnte sein, besonders die Allgemeinmedizin als fächerübergreifendes Begleitangebot auch über mehrere Semester hinweg anzubieten.

Alles in allem. Wie sehen Sie die Zukunft der ambulanten Medizin?

HG: Hier habe ich unternehmerische Entscheidungsfreiheit. Das positive Echo durch ein gewachsenes Arzt-Patienten-Verhältnis bekomme ich nur hier in dieser Form und die Dienstbelastung ist erträglich.

RO: Die Arbeit ist extrem abwechslungsreich. Die Arbeit im kleinen Team macht Spaß. Ich sehe die Zukunft positiv. Ich sehe in der Selbständigkeit eine verlässliche Perspektive. In der Regel habe ich ein höheres Einkommen bei jedoch deutlich mehr Verantwortung und „Zuständigkeit für alles“.

KL: Auch ich sehe die Zukunft in Bezug auf die Arbeits- und Dienstbelastung sowie den Verdienst äußerst positiv. Eine Niederlassung in einer ärztlichen Kooperationsgemeinschaft ist seit Beginn der beruflichen Laufbahn mein Ziel gewesen. Ich stehe jetzt so langsam vor der Abgabe meines Sitzes. Ich freue mich darauf mit Lesern dieses Interviews darüber zu sprechen. Rufen Sie mich an.

Vielen Dank!

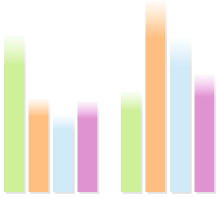
Dr. Klaus Lenz, *hausärztlich tätiger Internist aus Isny im Allgäu*

Holger Gast, *Facharzt für Allgemeinmedizin*

Dr. Robin Obermiller, *Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig*

Vergleich Klinik vs. Niederlassung*

	Klinik	Praxis
Arbeitsdichte	wechselnd	hoch
Abeitszeit	8 Std./Tag; 40 Std./Woche	8–10 Std./Tag; 40–50 Std./Woche
Dienste	ca. 5/Monat	6–7/Jahr
Urlaub	30 Tage/Jahr	60 Tage/Jahr
Verdienst (vor Steuer)	Assistenzarzt 5. Jahr: 57.600 € Facharzt 4. Jahr: 66.000 € Oberarzt 3. Jahr: 87.000 €	180.000 – 210.000 €



Die Tabelle wurde aufgrund von Expertenschätzungen erstellt. Die Praxisdaten orientieren sich an einem der Redaktion vorliegenden Praxisabgabe-Angebot.

Der Geschäftsführer der GNS eG Herr Steffen Witte führte am Rande eines Kooperationsgesprächs ein Interview mit der Ärztlichen Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen Frau Prof. Dr. med. Joos und den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Frau Dr. Haumann und Frau Dr. Sturm. Wir danken Frau Prof. Dr. Joos und Ihren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen für das aufschlussreiche Gespräch.

Was für einen Ruf genießen die Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich bei den Studenten?

Frau Dr. Haumann: Das Bild der Studierenden von der ambulanten Medizin ist häufig durch die eigene Erfahrung als Patient geprägt, nicht aber durch das Studium. Die Studierenden müssen besser über die ambulante Medizin informiert werden, um ein klares und transparentes Bild zu erhalten. Der Ruf der ambulanten Medizin und der Allgemeinmedizin unter den Studierenden hat sich aber, aus meiner Sicht, verbessert.

Was könnten die Verbände tun, um die ambulante Medizin zu fördern?

Frau Dr. Sturm: Es muss eine stärkere Zusammenarbeit der Fachgruppen untereinander geben. Häufig steht nicht der Patient im Mittelpunkt, sondern die Blickrichtung und Interessen der jeweiligen Fachgruppe. Die Fachgruppen müssten sich stärker miteinander vernetzen, auch um bei politisch-strategischen Zielen und bei der Versorgung den Patienten wieder ins Zentrum zu rücken.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, wie man das Gesundheitswesen verbessern könnte, welcher wäre das?

Frau Prof. Joos: Ich würde mir eine richtige Primärversorgung wünschen. Der Zugang zum Fachspezialisten muss über den Allgemeinarzt laufen, denn ein Großteil der Behandlungen kann vom Allgemeinarzt gemanagt werden. Nur durch die Koordination des Allgemeinarztes auch im Hinblick auf andere Gesundheitsberufe, kann die Versorgung effektiv gestaltet werden.

Frau Dr. Sturm: Es muss eine andere finanzielle Anreizstruktur geben. Die Aufteilung der separaten Budgets der jeweiligen Fachgruppen und auch die Aufteilung in stationäre und ambulante Töpfe muss aufgeweicht werden. Nur durch andere Anreizstrukturen kann man die Kooperation und die intersektorale Zusammenarbeit fördern

Frau Dr. Haumann: Es bestehen noch große Barrieren bei der Vernetzung sowohl technischer, als auch bürokratischer Natur. Die Förderung der Kooperation muss gestärkt werden, damit die Zusammenarbeit der Fachgruppen verbessert wird. Außerdem wünsche ich mir, dass die Rolle der nichtärztlichen Praxismitarbeiter gestärkt wird.

Machen die Studenten ausreichende Erfahrungen in der ambulanten Medizin bzw. wie bereitet das Studium auf die Tätigkeit in der ambulanten Medizin vor?

Frau Prof. Joos: Die Studierenden haben aus meiner Sicht viel zu wenig Kontakt mit der ambulanten Medizin, fast die gesamte Ausbildung findet im universität-stationären Bereich statt. Wir als allgemeinmedizinisches Institut bringen die Studierenden daher im Rahmen des Kurses zur Berufsfelderkundung im ersten Semester mit niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen zusammen. Dann haben die Studierenden während der neu eingeführten Pflichtfamulatur Kontakt mit der allgemeinmedizinischen Praxis und im Rahmen des allgemeinmedizinischen Blockpraktikums für 2 Wochen, welches an der Universität Tübingen erst im 10. Semester terminiert ist. In den anderen Fachgebieten findet meines Wissens kaum ein Kontakt zur ambulanten Versorgungsebene statt.

Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Ärztliche Direktorin
Institut für Allgemeinmedizin
und Interprofessionelle Versorgung
Universitätsklinikum Tübingen

Dr. med. Hannah Haumann
Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Vorstandsmitglied Junge Ärzte Deutschland

Dr. med. MPH, PhD Heidrun Sturm
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

PatientMobil

Einfach zum Arzt

Pilotprojekt PatientMobil – Förderbestätigung durch das Land Baden-Württemberg

Wolfgang Bachmann, Steffen Witte

Das Leben auf dem Land ist idyllisch, mitunter aber auch anstrengend. Im Gegensatz zur Großstadt mit ihren kurzen Wegen lassen sich auf dem Land Ärzte, Apotheken und andere Einrichtungen der Daseinsvorsorge in zumutbarem Zeitrahmen oft nur schwer zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit dem öffentlichen Personennahverkehr erreichen. Chronisch Kranke sind meist zusätzlich eingeschränkt und der Besuch des Facharztes, der häufig in der Stadt niedergelassen ist, wird zur echten Belastungsprobe für die Familie und die Nachbarschaft.

Die GNS eG hat es sich zum Ziel gesetzt, gute Medizin zu fördern und die dafür notwendige Infrastruktur zu schaffen. Deshalb wurde das Projekt PatientMobil – Einfach zum Arzt entwickelt, das nachhaltig die Versorgung verbessern soll. Die demographische Entwicklung führt dazu, dass die Arztkontakte pro Patient im ländlichen Raum zunehmen. Außerdem können viele Arztsitze nicht mehr nachbesetzt werden und damit verlängern sich die Fahrtstrecken zum Haus- und Facharzt. Die Grundlage für eine gute Versorgung im ländlichen Raum ist der Zugang zum Arzt. Besonders Patienten, die eingeschränkt mobil sind, nur erschwert den ÖPNV nutzen können, keine qualifizierte Pflegestufe und damit kein Anrecht auf einen Personenbeförderungsschein haben, nicht durch Verwandte oder Bekannte unterstützt werden, können einen Arztbesuch nur erschwert oder gar nicht in Anspruch nehmen. So unterbleiben regelmäßig hunderte Arztbesuche, die eigentlich unaufschiebbar sind. Mit Hilfe des Projekts PatientMobil sollen diese Patienten zum Facharzt transportiert werden.

Das Projekt PatientMobil wird von GNS gemeinsam mit dem Hartmannbund und der G'sundregion Alb-Donau & Ulm umgesetzt. Voraussetzung für die Umsetzung war die Förderung durch das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz. Am 27.11.2015 wurde dieser Förderbescheid in Höhe von 100.000 € bei einer Auftaktveranstaltung von Herrn Minister Bonde an den Vorstand der GNS eG übergeben.

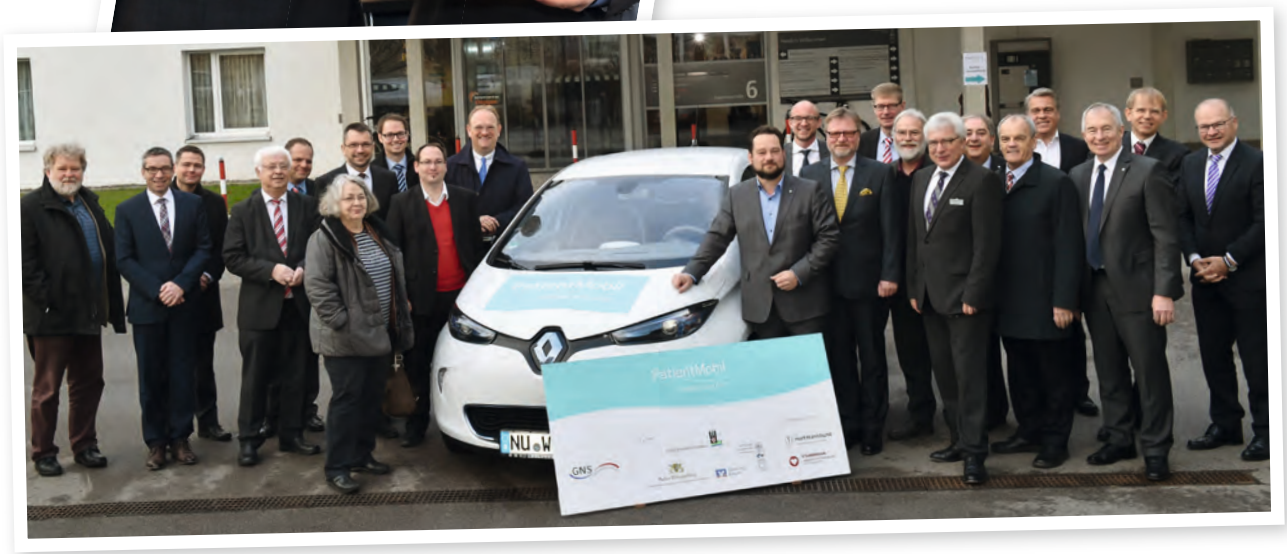
Herr Alexander Bonde betonte in seiner Rede, dass es ihm ein ganz besonderes Anliegen ist, dieses Mobilitätsprojekt zu fördern, da gleich mehrere positive Effekte erreicht werden: Menschen werden medizinisch besser versorgt, die Elektromobilität wird gefördert und die Infrastruktur im ländlichen Raum wird gestärkt. Da es gerade älteren Menschen besonders wichtig ist, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu leben und eine dauerhafte Ortsveränderung zu den Dingen zählt, die ältere Menschen am wenigsten suchen, ist dieses neue Angebot ein aktiver Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität. „Einfach zum Arzt", so der Slogan zum Projekt, ist einfach eine gute Sache.

Auch der Oberbürgermeister der Stadt Ehingen erklärt in seiner Ansprache, dass das Projekt einen wichtigen Beitrag zur Vereinfachung der Erreichbarkeit der Ärzte leisten kann.

Die Projektlaufzeit ist auf drei Jahre angelegt. Um das Projekt umsetzen zu können, war es notwendig, dass verbindliche Strukturen vorhanden sind. Diese Voraussetzungen haben wir durch den Aufbau der G'sundregion im Alb-Donau-Kreis bereits geschaffen. Wie das Projekt der G'sundregion, kann auch das Projekt des PatientMobils in andere Regionen übertragen werden.

www.patientmobil.de

Übergabe der Förderbestätigung an das GNS durch Minister Bonde



Die Patientenkarte.online.

Die GNS eG vertritt einen innovativen, kostengünstigen und praktikablen Ansatz bei der Vernetzung von Behandlungsdaten

Wolfgang Bachmann, Steffen Witte

Die Akteure im Gesundheitswesen werden sich in Zukunft vernetzen müssen. Um die Versorgung aufrecht zu erhalten, die Patientenbedürfnisse zu befriedigen und um effizient arbeiten zu können, müssen die Ärzte, die Krankenhäuser, die Apotheken und die Patienten sich gegenseitig austauschen. Es gibt eine Vielzahl von Vernetzungslösungen auf dem Markt. Diese vernetzen aber in erster Linie die Ärzte untereinander. Die zentralen Probleme liegen dabei im Datenschutz, in der Inkompatibilität der Arztinformationssysteme und in der Ausgrenzung des Patienten. Die GNS eG geht mit Ihrem Projekt der „Patientenkarte.online“ einen anderen, praktikablen und innovativen Weg.

Die „Patientenkarte.online“ verfügt über eine Vielzahl von durchdachten Funktionen. Zentrales Element ist die konsequente Patientenzentrierung. Der mündige Patient möchte in Zukunft immer häufiger Einsicht in seine Gesundheitsdaten erhalten. Dies ist mit den aktuellen Systemen nicht oder nur sehr umständlich möglich. Bei der „Patientenkarte.online“ entscheidet der Patienten welche Akteure Zugriff auf seine Daten haben. Damit sind sämtliche Datenschutzprobleme gelöst. Alle Akteure, die durch die Patienten dafür vorgesehen werden, nutzen gemeinsam die gleiche Datenplattform.

Das Ärztenetz Reutlingen (ÄRT) hat sich dazu entschlossen die „Patientenkarte.online“ umzusetzen. Die „Patientenkarte.online“ bietet dem Ärztenetz die Möglichkeit eine IT-Vernetzung kostenlos und Datenschutzkonform umzusetzen, indem alle Akteure untereinander vernetzt und der Patient in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt wird. Im Gegensatz zu vielen anderen Vernetzungslösungen, hat man mit der "Patientenkarte.online" auch keinerlei Schnittstellenprobleme zwischen den Arztinformationssystemen, da die „Patientenkarte.online“ ein Onlinebasiertes System ist. Des Weiteren ist dieses System für den Arzt und den Patienten kostenlos. Teure Softwareanschaffungen oder Systemumstellungen entfallen durch dieses System.

Die GNS eG verfolgt diesen innovativen Ansatz konsequent, indem sie über Workshops, Printmedien, Veranstaltungen etc. die Mitglieder informiert und in einer Pilotregion testet.

Wir werden Ihnen in den nächsten Ausgaben das System und seine Funktionen näher erläutern. In dieser Ausgabe fangen wir mit dem gemeinsamen Medikationsplan an.

Der gemeinsame Medikationsplan von Arzt, Patient und Apotheke

Der Gesetzgeber schafft mit dem E-Health-Gesetz diverse neue Sachverhalte. So erhalten Patienten, die regelmäßig mindestens drei Medikamente gleichzeitig einnehmen, ein Recht auf einen gedruckten Medikationsplan. Hierbei wird in erster Linie der Hausarzt in die Verantwortung genommen. Die „Patientenkarte.online“ bietet mit dem gedruckten Medikationsplan eine einfache, kostengünstige und sektorenübergreifende Möglichkeit die Anforderungen des Gesetzgebers zu erfüllen.
Viele Ärzte stellen chronisch erkrankten Patienten schon heute Medikationspläne zur Verfügung. Leider sind diese aufgrund mangelnder Vernetzung häufig eindimensional. Wie ist sichergestellt, dass der Hausarzt über Kenntnisse der Verordnungen der fachärztlich ambulant tätigen Kollegen verfügt? Woher kennt der Hausarzt die lückenlose Medikation aus stationären Aufenthalten? Welche frei verfügbaren Medikamente wendet der Patient darüber hinaus an?

Mit der „Patientenkarte.online“ macht die GNS eG erstmals in Deutschland den gemeinsam von Arzt, Patient und Apotheke erstellten Online-Medikationsplan möglich. Alle Akteure haben Zugriff auf den Medikationsplan und können diesen ergänzen. Der Hausarzt kann den Medikationsplan bei Bedarf ausdrucken und dem Patienten zur Verfügung stellen. Es ist zu erwarten, dass der Medikationsplan vergütet werden wird.

Info-Box: Wer ist vitabook?
Vitabook ist in Deutschland führend in der technischen Vernetzung von Arzt, Patient und Apotheke. Gleichzeitig betreibt vitabook die dafür erforderliche Infrastruktur, damit alle Behandler eines Patienten sich patientenzentriert optimal miteinander austauschen können. Die Lösung Patietenkarte.Online wurde basierend auf dem vitabook-Netzwerk mit dem GNS entwickelt und an die spezifischen Bedürfnisse der Netzwerkpartner angepasst

vitabook | MEDIKATIONSPLAN

PFLEGEDIENST HÜLSMANN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Abteilung	Zimmernummer	Krankenkasse	Ausgedruckt von
Putzer, Natalie Manuela	01.11.1977		201	HUK	Dr. Prof. Muntermacher am 20.07.2015

Patientenanschrift	Apotheke	Notfallkontakt	Hausarzt	Pflegedienst
Natalie Manuela Putzer Große Straße 226 22927 Ahrensburg	Bluemen Apotheke Aststraße 98 22926 Hamburg Tel.: 040 12345678	Peter Schuhmacher Baumstraße 5 22089 Hamburg Mobil: 01761245678	Dr. Brusewitz Gründerstraße 123 a 22035 Hamburg Tel.: 040 5567869	Pflegedienst Hülsmann Allestraßen-Stieg 2 22304 Hamburg Tel.: 0401234567

Dauermedikation

Erstellt am	Einnahme seit	Medikamentenname	Wirkstoff	Verordnet von	Morgens V	Morgens Z	Morgens N	Mittags V	Mittags Z	Mittags N	Abends V	Abends Z	Zur Nacht zN	Einheit	Grund	Hinweis
20.07.2015	01.04.2001	AHEXAL 20MG PZN: 059971	Ramipril	Dr. med. Sonja Reitz	1/2						1/2			Stück	Schmerzen im Unterkiefer	In Wasser auflösen
20.07.2015	01.04.2001	AHEXAL 20MG PZN: 059971	Ramipril	Dr. med. Sonja Reitz	1/2						1/2			Stück	Schmerzen im Unterkiefer	In Wasser auflösen
20.07.2015	01.04.2001	AHEXAL 20MG PZN: 059971	Ramipril	Dr. med. Sonja Reitz	1/2						1/2					
20.07.2015	01.04.2001	AHEXAL 20MG PZN: 059971	Ramipril	Dr. med. Sonja Reitz	1/2						1/2					

Seite 2 von 2

V Vor der Mahlzeit Z Zur Mahlzeit N Nach der Mahlzeit zN zur Nacht

Datum und U
(Erstatzweise Inform

PATIENT CARD // CARTE DU PATIENT // TARJETA DEL PACIENTE
Patientenkarte
Gesundheitsdaten abrufen mit QR Code oder auf:
For health information scan QR code or visit:
www.patientenkarte.online
Kartennummer
Card number
Sicherheitscode
Security code
GNS

Meine Gesundheits- und Notfalldaten (Allergien, Vorerkrankungen, Medikation, Medizinische Bilddokumente) finden Sie in meinem Gesundheitskonto auf
www.patientenkarte.online
GNS
vitabook

Zeitgleich mit unserem Redaktionsschluss ist der „Spiegel“ 50/2015 erschienen Die Titelgeschichte ist dem „Gläsernen Patienten“ gewidmet. Im Wesentlichen geht es um die Bereitschaft vieler Menschen, Daten über den eigenen Gesundheitszustand und den individuellen Lebensstil zu dokumentieren und unterschiedlichen Interessenten zur Verfügung zu stellen. Es geht aber auch darum, wie die Profis, nämlich Ärzteverbände, Körperschaften, der Gesetzgeber u.a. mit der Anforderung nach vernetzten Strukturen umgehen. So viel sei dazu verraten. Die Beurteilung ist wenig schmeichelhaft. Zum kürzlich verabschiedeten E-Health-Gesetz etwa lautet der Kommentar: „Was das Ministerium vvollmundig wie antiquiert als digitale Datenautobahn feiert, ist kaum mehr als eine Verlegenheitslösung.“ Die Gesundheitskarte wird als kaum mehr „als ein schlechter Witz“ bezeichnet. Die Verantwortlichen für die Umsetzung seien die Organe der Selbstverwaltung und effektiv einzig darin, das Projekt Gesundheitskarte zu blockieren. Zu Wort kommt in diesem Beitrag auch Silke Lüder, Hausärztin.

Sie warnt vor der Datenspeicherung in einer zentralen Datenbank. Dabei ist sie keineswegs technikfeindlich. Auch ihre Patienten sammeln Daten in digitalen Patientenakten. Und genau darin sieht sie den entscheidenden Unterschied: „Die Patienten könnten jederzeit auch von zu Hause überprüfen, welche Angaben gesammelt würden. Und könnten die Daten selbst nutzen. Und vor allem: Sie entschieden sich ganz freiwillig dafür.“

Mit dem Projekt „Patientenkarte.online“ befördern wir die Vorteile einer freiwilligen, gänzlich patientenzentrierten Lösung. Die Möglichkeiten der vernetzten Kommunikation nutzen wir hier unter Beachtung strengster Datenschutzrichtlinien.

Besuchen Sie unsere Informationsveranstaltungen. Dort erfahren Sie mehr. Experten beantworten Ihre individuellen Fragen.

Neu von ratiopharm

XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray für gereizte Schnupfnasen

Einer aktuellen Emnid-Umfrage zufolge ist jeder Deutsche Haushalt jährlich rund fünf Mal von Schnupfen betroffen. 86,5 Prozent der Schnupfnasen empfinden die ständig laufende und zugleich verstopfte Nase und die damit einhergehende eingeschränkte Atmung als besonders störend. Mit 72 Prozent liegt die gereizte und dadurch brennende Nasenschleimhaut auf Platz zwei der ungeliebten Symptome.* Ab sofort gibt es von ratiopharm das *Nasenspray XyloDuo-ratiopharm®*, das in beiden Fällen Linderung verschaffen kann. Mit den Wirkstoffen Xylometazolin und Dexpanthenol wirkt das neue rezeptfreie Präparat abschwellend und unterstützt gleichzeitig die Heilung der gereizten Nasenschleimhaut.

Zwei Symptome, zwei Wirkstoffe – eine Lösung

Die in *XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray* enthaltene Wirkstoffkombination Xylometazolin und Dexpanthenol macht das neue Präparat zu einem zuverlässigen Helfer bei Schnupfen. Xylometazolin wirkt lokal in der Nase, indem es die angeschwollene Nasenschleimhaut abschwellen lässt und so das Durchatmen ermöglicht. Das zusätzlich enthaltene Dexpanthenol fördert die Zellerneuerung und somit den Heilungsprozess der Nasenschleimhaut.

Hilfe für kleine und große Schnupfnasen

Damit kleine und große Schnupfnasen gleichermaßen schnell wieder durchatmen können, gibt es *XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray* in unterschiedlichen Dosierungen: *XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray* Erwachsene ist für Schulkinder ab sechs Jahren und für Erwachsene geeignet (enthält 0,1 % Xylometazolin). *XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray Kinder* ist niedriger dosiert (0,05 % Xylometazolin) und somit für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren zu empfehlen. Ein zusätzlicher Vorteil beider Nasensprays ist, dass sie keine Konservierungsstoffe enthalten. Dies ist besonders wichtig, da Konservierungsmittel in Nasensprays die Schleimhäute zusätzlich austrocknen, mitunter irreversible Schäden der Nasenschleimhaut hervorrufen und langfristig Allergien auslösen können.

* Umfrage des Marktforschungsinstituts TNS Emnid im Auftrag der Teva GmbH, n = 1.000 Männer und Frauen ab 14 Jahren, Mai 2015

Neu: Food Trends-Rezeptheft

Mit Veganismus, Paleo & Co. gegen Sodbrennen

„Allen Sodbrennen-Betroffenen bietet das Food Trends-Rezeptheft Inspiration und Abwechslung in der Küche“, verspricht der ernährungsmedizinische Wissenschaftler Sven-David Müller. Der Autor zahlreicher Ernährungsratgeber hat die Food Trends und Rezepte gemeinsam mit ratiopharm zusammengestellt. „Wir verraten unter anderem, was hinter Paleo und Grünen Smoothies steckt. Die ausgewählten Rezepte sind einfach nachzukochen und schmecken toll.“ Bei ‚Rotem und weißem Quinoa mit Gemüse, Koriander und Sesam‘ oder ‚Wildlachs auf Zucchini-Sellerie-Gemüse mit Ingwer und Kokosmilch‘ lässt sich gleichzeitig genießen und Sodbrennen vorbeugen. „Wir haben alle Rezepte so zusammengestellt, dass sie für Menschen, die unter Sodbrennen leiden, gut verträglich sind“, betont Müller den Grundgedanken des Food Trends-Rezepthefts. Denn nicht alle Speisen aus den jeweiligen Food Trends sind geeignet. Sehr fleischlastige Gerichte aus dem Paleo-Trend können beispielsweise bei Sodbrennen kontraproduktiv sein.

Praktische Tipps über die Ernährung hinaus

Ursachen für Sodbrennen gibt es viele. Neben „falscher“ Ernährungsweise können zum Beispiel auch Übergewicht, Rauchen oder Stress die Beschwerden hervorrufen. „In dem Rezeptheft haben wir deshalb auch Do’s und Don’ts bei Sodbrennen aufgeführt. Das soll Betroffenen helfen, ‚Sodbrennen-Fallen‘ zu identifizieren“, erklärt Müller. Wer auch nachts unter den Beschwerden leidet, sollte sich beispielsweise nicht auf die rechte Seite legen. Denn dann liegt der Magenverschluss unten und die Magensäure kann leichter in die Speiseröhre gelangen. Für Betroffene empfiehlt es sich also, auf der linken Seite zu schlafen, damit der Magenverschluss oben liegt. Zudem sollte der Kopfteil des Bettes hochgelagert werden, empfiehlt Müller.

Das ratiopharm-Rezeptheft „Food Trends-Rezepte bei Sodbrennen“ kann ab sofort kostenlos unter www.ratiopharm.de, bei der ratiopharm GmbH, Marketing OTC, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm sowie über die Telefonnummer 0800-6020400 oder Faxnummer 0800-6020401 angefordert werden.

XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray.

Die 2-in-1-Lösung gegen Schnupfen

- ✓ Befreit verstopfte Nasen
- ✓ Fördert die Wundheilung
- ✓ Pflegt die Nasenschleimhaut
- ✓ Konservierungsmittelfrei

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray 1 mg/ml + 50 mg/ml Nasenspray, Lösung
XyloDuo-ratiopharm® Nasenspray Kinder 0,5 mg/ml + 50 mg/ml Nasenspray, Lösung
Zusammensetzung: Eine Sprühdosis (entspr. 0,1 ml Lösung) enth. 0,1 mg; 0,05 mg Xylometazolinhydrochlorid und 5,0 mg Dexpanthenol. 1 ml Lösung enth.: 1 mg; 0,5 mg Xylometazolinhydrochlorid und 50 mg Dexpanthenol. Dieses Nasenspray enth. kein Konservierungsmittel. **Sonst. Bestandt.:** Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur Abschwellung der Nasenschleimhaut bei Schnupfen und zur unterstützenden Behandl. der Heilung von Haut- und Schleimhautschäden (Läsionen), anfallsw. auftretendem Fließschnupfen (Rhinitis vasomotorica) und zur Behandl. der Nasenatmungsbehinderung nach operativen Eingriffen an der Nase. -Nasenspray 1 mg/ml + 50 mg/ml Nasenspray ist für Erw. und Kdr. ab 6 J. -Nasenspray Kinder 0,5 mg/ml + 50 mg/ml Nasenspray ist für Kdr. zw. 2 und 6 J. bestimmt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. die Wirkstoffe od. einen sonst. Bestand. Trockene, entzündete Nasenschleimhaut (Rhinitis sicca) – außer zur Vorbereitung der Diagnosestellung einer Rhinitis sicca od. einer atrophischen Rhinitis. Nach transsphenoidaler Hypophysektomie od. and. operativen Eingriffen, die die Dura mater freilegen. -Nasenspray Kinder darf bei Kdrn. unter 2 J. nicht angewendet werden. -Nasenspray 1 mg/ml + 50 mg/ml darf bei Kdrn. unter 6 J. nicht angewendet werden. **Schwangerschaft/Stillzeit:** AM kann bei bestimmungsgemäßem Gebrauch währ. der Schwangerschaft für nicht mehr als eine Wo. angewendet werden (Vorsicht bei Hypertonie od. Anzeichen einer vermind. Uterusdurchblutung). Nutzen-Risiko-Abwägung währ. der Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Überempfindlichkeitsreaktionen (Angioödem, Hautausschlag, Juckreiz). Unruhe, Schlaflosigkeit, Halluzinationen (insbes. bei Kdrn.). Müdigkeit (Schläfrigkeit, Sedierung), Kopfschmerzen, Konvulsionen (insbes. bei Kdrn.). Herzklopfen, Tachykardie, Arrhythmien. Hypertonie. Nach Absetzen der Behandl. verstärkte Schleimhautschwellung, Nasenbluten, Brennen und Trockenheit der Nasenschleimhaut, Niesen. Kdr. und Jugendl.: NW ähneln denen von Erw. Von Säugl. und Neugeborenen sind Fälle einer unregelmäßigen Atmung bekannt. **Wechselwirkungen:** Nicht in Komb. mit blutdrucksenkenden Wirkstoffen (z. B. Methyldopa) anw., AM mit potenziell blutdrucksteigernder Wirkung (z. B. Doxapram, Ergotamin, Oxytocin, Monoaminoxidase Hemmern vom Tranylcypromin Typ od. trizyklischen Antidepressiva). **Dosierung:** -Erw. und Kdr. ab 6 J.: Dosis nach Bedarf, jedoch höchstens 3 mal tgl. 1 Sprühstoß in jede Nasenöffnung. -Nasenspray Kinder: Kdrn. zw. 2 und 6 J.: Dosis nach Bedarf, jedoch höchstens 3 mal tgl. 1 Sprühstoß in jede Nasenöffnung. **Apothekenpflichtig. ratiopharm GmbH**, 89070 Ulm. Stand: 6/15.

MVZ Labor Ravensburg
Labor Dr. Gärtner

Direkte orale Antikoagulantien und Gerinnungstests

Die in steigendem Ausmaß verordneten *neuen direkten oralen Antikoagulantien* (NOAK) beeinflussen alltäglich verwendete Laborparameter der Hämostase. Hier stellen wir Ihnen die verschiedenen Wirkstoffklassen, die unterschiedlichen Auswirkungen auf die gängigen Gerinnungstests und das labormedizinische Monitoring vor.

Die NOAK werden in zwei verschiedene Wirkstoffklassen unterteilt:

1. Direkte Faktor Xa-Inhibitoren: Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) und Edoxaban (Lixiana®)
2. Direkte Thrombin-Inhibitoren: Dabigatran (Pradaxa®).

Aus labormedizinischer Sicht sind die Einflüsse auf die Gerinnungstests von sehr großer Bedeutung, da die Interpretation von Gerinnungsanalysen ohne Kenntnis einer möglichen NOAK-Therapie zu Fehlinterpretation führt.

Tabelle: Einflüsse auf Gerinnungsmethoden

Aus dieser Übersicht ist abzuleiten, dass zur Vermeidung von Fehlinterpretationen bei Gerinnungsanalysen Angaben über den Wirkstoff, die Dosis und den Zeitpunkt der letzten Einnahme zwingend notwendig sind.

Gerinnungstest	Rivaroxaban	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban
Quick/INR	↓ / ↑	↓ / ↑	↔	↓ / ↑
aPTT	↑	↑	↔	↑
Fibrinogen nach Clauss	↔	↔	↔*	↔*
Fibrinogen abgeleitet	↑	↑	↔*	↑*
Thrombinzeit	↔	↑↑	↔*	↔*
D-Dimere	↔	↔	↔*	↔*
Faktor VIII	↓	↓↓	↓*	↓*
Faktor IX, XI, XII	↓↓	↓↓	↓*	↓↓*
Faktor II, V, VII, X	↓	↓	↓*	↓*
Faktor XIII	↔	↔	↔*	↔*
Antithrombin (Xa-basiert)	↑	↔	↑	↑*
Protein C	↔	↔	↔	↔*
Protein S Aktivität	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑*
Freies Protein S	↔	↔	↔	↔*
Lupusantikoagulanz	↑↑ (falsch pos.)	↑↑	↔	↑↑*
Von-Willebrand-Faktor Antigen/ Aktivität	↔	↔	↔*	↔*
APC-Resistenz	↑ (falsch neg.)	↑	↑*	↑*

*nach Lit.: Roche Diagnostics; *vorläufige eigene Einschätzung, entsprechende Literatur noch nicht vorhanden*

Indikation/Monitoring zur Spiegelbestimmung

In bestimmten klinischen Situationen kann es notwendig sein, ein Monitoring der Antikoagulanzien durchzuführen. Zum Beispiel bei

- Verdacht auf Über- oder Unterdosierung bei Nierenfunktionsstörungen (Bestimmung im Talspiegel, d.h. direkt vor der nächsten Tabletteneinnahme)
- Ausgeprägtes Über- und Untergewicht
- Überprüfung der Patienten-Compliance
- Perioperativen/periinterventionellen Kontrollen zum Ausschluss eines Blutungsrisikos
- Blutungen oder Thrombosen unter der Therapie

Labordiagnostik

Für alle NOAKs sind mittlerweile spezifische Testsysteme etabliert. So können für Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban kalibrierte Anti-Xa-Aktivitäts-Teste bzw. eine verdünnte Thrombinzeit-Messung für die Dabigatran-Bestimmung durchgeführt werden. Die Bestimmung der antikoagulatorischen Aktivität ist in der Regel für die meisten klinischen Fragestellungen ausreichend. Bei Einsendungen bitte die Aktivität unter Angabe des Präparate- oder Wirkstoff-Namens (z.B. Eliquis-Aktivität oder Rivaroxaban-Aktivität) anfordern.

Präanalytik

Die Blutabnahme sollte in der Regel vor der nächsten Einnahme des Präparates (Talspiegel) erfolgen, d.h. bei einmaliger täglicher Gabe: 20 – 24 Std. nach letzter Einnahme; bei zweimaliger täglicher Gabe: 10 – 16 Std. nach letzter Einnahme.

Antidote gegen NOAK

Idarucizumab (gegen Dabigatran) und Andexanet alfa (gegen Xa-Inhibitoren) befinden sich im Zulassungsverfahren oder in Phase III.

Autorin: Dr. med. Sabine Drache, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin – Hämostaseologie, MVZ Labor Ravensburg

www.labor-gaertner.de

Veranstaltungsreihe „Rational verordnen – Regresse vermeiden!“

Steffen Witte

Nach den ersten beiden erfolgreichen Veranstaltungen unserer Veranstaltungsreihe „Rational verordnen – Regresse vermeiden!“ am 24. März in Reutlingen/Eningen (ÄRT) und am 28. April in Ehingen (A.I.D.A.) fanden zwei weitere Veranstaltungen am 06. Oktober in Sigmaringendorf (SIG-NAL) und am 20. Oktober in Biberach (GNBC) statt.

Arzneimittel-Regressgefahr

Im Jahr 2014 lagen von den 10.577 verordnenden Praxen in Baden-Württemberg 1.589 Praxen mit einer Überschreitung des Arzneimittel-Richtgrößenvolumens von über 25 % im Arzneimittel-Regressbereich. Nach Abzug der Praxisbesonderheiten („KVBW-Filtersystem“) wurde gegen 187 Praxen (1,77 %) eine „Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln nach Richtgrößen für das Jahr 2012“ von den „Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg“ eingeleitet. Hierbei erfolgten bei 82 Praxen keine Maßnahmen, gegen 77 Praxen wurde eine „Beratung vor Regress“ und gegen 28 Praxen ein Arzneimittel-Regress in Höhe von durchschnittlich 15.000 Euro festgesetzt.

Was tun bei einer Prüfung? Ruhe bewahren!

Bei Eingang eines Prüfbescheides sollte bei der zuständigen Bezirksprüfungsstelle fristgerecht Widerspruch eingelegt und mitgeteilt werden, dass eine „ausführliche Stellungnahme“ folgt. Damit erkennen Sie eine ggf. anstehende Rückforderung nicht an, gewinnen aber Zeit, sich mit der Situation professionell auseinander zu setzen. Fordern Sie die aktuelle Prüf- und Richtgrößenvereinbarung an. Dort finden Sie Vorschriften über das Verfahren, Anhörungsmöglichkeiten, wichtige Fristen, Veröffentlichungsdatum und Rechtsmittel.

Praxisbesonderheiten finden

Nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei Praxisbesonderheiten um in der Struktur der Arztpraxis liegende objektive Gegebenheiten, die für die Fach- beziehungsweise Prüfgruppe von Art oder Umfang her atypisch sind und mit ursächlich höheren Verordnungskosten verbunden sind. Als Praxisbesonderheit kommt auf jeden Fall eine besondere Ausrichtung der Praxis in Betracht, die einer besonderen Patientenstruktur entspricht.

Vergleichsdaten über die Alters- und Geschlechtsstruktur sowie zur Häufigkeit der wichtigsten Diagnosen nach ICD-10 können Sie in Form der sog. Panel-Basisstatistik beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, E-Mail: zi-berlin@kbv.de, www.zi-berlin.de) anfordern. Die Verwendung dieser Statistiken ist in der Rechtsprechung mittlerweile anerkannt (SG Berlin vom 22.06.2011 – S 83 KA 443/09).

Beratung vor Regress

Seit dem 01.01.2012 gilt, dass der erste Regress erst für den Prüfzeitraum nach einer verpflichtenden Beratung ausgesprochen werden darf. Trotzdem ist diese Beratung eine „Maßnahme“. Legen Sie daher Widerspruch gegen die Beratung ein, auch wenn diese nicht mit einer Regress-Summe verbunden ist.

Regressfreie Zone Baden-Württemberg

Die KVBW geht mit Ihrem Projekt der RPK – „Rationale Pharmakotherapie spezifischer Krankheitsbilder“ einen neuen Weg. Für bestimmte Krankheitsbilder wird es Therapieleitfäden geben. Die Ärzte, die analog dieser Leitfäden verordnen sind in der Regel per se wirtschaftlich. Für die Indikationen Chronische Hepatitis C, Demenz, Osteoporose und Nicht-neoplastisch bedingtes chronisches Schmerzsyndrom existieren bereits Leitfäden. Laut Herrn Dr. Viapiano wird angestrebt 3-4 Leitfäden pro Jahr zu veröffentlichen.

Die KVBW unterstützt und berät Sie dabei, Regresse zu verhindern. Viele nützliche Hinweise finden Sie im „Wegweiser Wirtschaftlichkeitsprüfung“. Konkrete Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise haben die „Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg“ für jede Fachgruppe unter www.gpe-bw.de zusammengestellt.

Finanzielle Förderung der Praxisnetze in Baden-Württemberg

GNS stellt eine Anfrage an die KVBW

Die Netzkonferenz der GNS eG ist eine Plattform auf der sich alle freien Netze in Baden-Württemberg austauschen. In regelmäßigen Treffen diskutiert man u.a. über die Rahmenvorgaben der Netzanerkennung, über Organisationsentwicklungsprozesse und über aktuelle Versorgungsprojekte. In der letzten Netzkonferenz wurden den Vertretern der GNS eG der Auftrag erteilt, von der KVBW eine Stellungnahme zur Finanzierung der Netze gem. §87b zu erhalten. Die Anfrage der GNS eG und die Positionierung der KVBW haben wir Ihnen im Folgenden dargestellt.

Sehr geehrter Herr Dr. Metke, sehr geehrter Herr Dr. Fechner,

Im Auftrag der Mitglieder der Baden-Württembergischen Netzkonferenz wenden wir uns mit diesem Schreiben an Sie. Es ist der Netzkonferenz ein besonderes Anliegen, darauf hinzuweisen, dass die unabhängigen Ärzte- und Gesundheitsnetze in Baden-Württemberg zum Teil seit über 15 Jahren ein enormes zeitliches und inhaltliches Engagement aufbringen, um die lokale und regionale Gesundheitsversorgung zu sichern und weiterzuentwickeln. Dies geschieht seither unentgeltlich.

Beginnend durch das Versorgungsstrukturgesetz und fortgesetzt durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurde zuerst die Rolle und Bedeutung der Ärztenetze gestärkt und in einem zweiten Schritt festgelegt, dass anerkannte Ärztenetze zu finanzieren seien.

Wir möchten an dieser Stelle den unbürokratischen und schnörkellosen Prozess, den die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württembergs auf den Weg gebracht hat, um die Zertifizierung der anerkennungswilligen und –fähigen Netze zu betreiben, besonders hervorheben. Er hebt sich wohltuend von manch anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, die bis heute keine klaren Richtlinien und Verfahren bekanntgegeben haben, ab.

Im Hinblick auf die seit dem 1. August gegebenen Notwendigkeiten der Finanzierung anerkannter Netze bitten wir Sie unsere Haltung wie folgt aufzunehmen:

Anerkannte Netze stellen einen Mehrwert für die lokale Versorgung dar. Dieser Mehrwert setzt nicht unerheblichen Aufwand voraus. Dies wird u.a. durch die Anforderung des § 3 Strukturvorgaben, Nr. 8 „Nachweis von Managementstrukturen durch eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes - einen Geschäftsführer, - einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7“ der „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ deutlich.

Die Mitglieder der Baden-Württembergischen Netzkonferenz vertreten daher die Auffassung, dass anerkannte Netze angemessen zu vergüten sind. Ausdrücklich stellen wir fest, dass die Vergütung eine neue, spezifisch auszuweisende Position der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung darstellen soll. Es soll sich hierbei um eine über die bisher mit den Kostenträgern vereinbarte Vergütungsposition hinausgehende, der Rolle und Bedeutung der verbesserten Versorgung angemessene Entlohnung handeln. Wir vertreten die Auffassung, dass entsprechend dem neuen Gesetzestext für anerkannte Praxisnetze von der KVBW gesonderte Vergütungsregelungen vorzusehen sind. Unseres Erachtens sollte dieses mit den Krankenkassen entsprechend den verbesserten Versorgungsstandards on top, also zusätzlich verhandelt werden.

Antwort der KVBW

Wir freuen uns sehr, dass Sie das Engagement unseres Vorstandes bezüglich der Förderung von Ärztenetzen sehen und anerkennen. Selbstverständlich nehmen wir Ihr Anliegen in die Honorarverhandlungsrunde 2016 mit den Kassenverbänden mit und werden dieses hinsichtlich einer angemessenen Förderung der besonderen Strukturen von Ärztenetzen nachdrücklich vertreten.
Darüber hinaus bereiten wir im Hause aktuell eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) vor: Nach der Neureglung durch das GKV-VSG in § 87b Absatz 2 Satz 2 SGB V sind für anerkannte Praxisnetze im Honorarverteilungsmaßstab nun ja gesonderte Förderungs- und Vergütungsregelungen für die kooperative Behandlung von Patienten vorzusehen. Da die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen für das Jahr 2016 aber noch im Gange sind, ist momentan unsicher, ob hierfür zusätzliche Finanzmittel außerhalb der MGV zur Verfügung stehen werden. Daher haben wir für das Jahr 2016 zunächst folgende Regelung im HVM vorgesehen:

- Zusätzliche Vergütung je Netzarzt, dessen vertragliche Tätigkeit einer Mengenbegrenzung unterliegt, durch eine pauschale Anhebung des RLV/QZV-Gesamtvolumens um 100,- €/Quartal aus der MGV

Diese HVM-Änderung wird der Vorstand am kommenden Mittwoch, den 2. Dezember 2015, in der Vertreterversammlung vorstellen und zur Abstimmung bringen. Die neue Regelung wird dann ab 2016 gelten.

Nach Abschluss der Honorarverhandlungen werden wir die Ärzteschaft dann noch einmal gesondert über die möglichen Netzförderungen für 2016 informieren.

Kommentar eines Netzvertreters

Andreas Rost, Geschäftsführer G'sundregion Alb-Donau & Ulm GbR

Sind 100 Euro RLV-Zuschlag pro Quartal, die vorher aus der MGV separiert wurden, angemessen?
Ein Honorarbescheid eines durchschnittlichen Hausarztes umfasst als Quartalshonorar in der Regel weit über 50 Tsd Euro. Davon sind abweichend von Fachärzten nur Bruchteile Gerätekosten, also ist das Honorar eigene, harte Arbeitsleistung. Damit liegt die Förderung im Bereich von höchstens 2 Promill.
In Relation zu meinem zeitlichen, beruflichen Gesamtengagement, oder zur Vergütung eines Hausbesuches im Notdienst am Wochenende (100 Euro pro Besuch), oder dem Gegenwert für 13 Grippeimpfungen erscheint es doch attraktiver, sich kassenärztlichen Pflichten zu widmen, als in Netzen zu engagieren. Der Bezug zur MGV eliminiert die letzte Illusion, dass es sich um eine „Wert"-Schätzung unseres Engagements handelt.
Welcher Personenkreis soll diese Wertschätzung nun bekommen? Ist eine Listen-Mitgliedschaft bei z.B. GNS schon ausreichend, um sich an diesem Tropf laben zu dürfen?
Mein Fazit:
Netter Versuch! Die Ausgestaltung einer angemessenen Wertschätzung sollte noch etwas geübt werden, bevor die KV uns offiziell über die Netzförderung informiert.
Meinen Kollegen kann ich es nicht verübeln, wenn sie es vorziehen, einmal im Jahr einen Wochenenddienst zu übernehmen, statt 10x im Jahr in einen späten Feierabend zu investieren.

Statement zum Schreiben der KVBW

Wie hinlänglich bekannt, halten wir es nicht für wünschenswert, Gelder der MGV zweck zu entfremden. Daher muss zunächst festgestellt werden, dass der Gesetzgeber es leider versäumt hat, die Qualitätsverbesserungen, die mit vernetzten Praxen erreichbar sind, auch zu honorieren. Gelder umzuschichten ist keine Honorierung im eigentlichen Sinn. Wir begrüßen die Aussage der KV, dass Sie unser Anliegen „in der Honorarverhandlungsrunde 2016 mit den Kassenverbänden" nachdrücklich vertreten werden. Wir hoffen sehr, dass die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV diesen Nachdruck durch geeignete Voten unterstützen. Es bleibt spannend und wir wachsam. (Wolfgang Bachmann, Vorstand GNS)

Überlegungen zur Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung

Klaus Rinkel

Die nachhaltige Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist eine entscheidenden Herausforderungen für das Versorgungssystem und darf nicht nur aus dem Blickwinkel der stationären Versorgungsplanung betrachtet werden, wie dies in den aktuellen Diskussionen Raum greift.

Die Problemstellung, dass nicht nur auf dem Land, sondern auch in einigen Stadtvierteln ärztliche Praxen nicht mehr zu besetzen sind, muss Herausforderung für neue Initiativen und Vernetzungskonzepte zwischen selbständigen Praxen, Versorgungszentren, Krankenhäusern und anderen Heilberufen sein. Wesentliches Ziel ist eine stabile Gesundheitsversorgung in allen Regionen des Landes, gestützt auf eine enge Zusammenarbeit aller im Ge-sundheitswesen Tätigen. Eine optimale Verzahnung spart im Endeffekt Ressourcen. Wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen müssen auf die Versorgung kranker Menschen fokussiert werden und kritischen Prüfungen hinsichtlich der Effizienz unterworfen werden.

Die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung müssen objektiv ermittelt werden und in die Planungen einfließen. Realistische Wege und regional adaptierte Bedarfsplanungen können nur im Dialog zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Landes- und Kommunalpolitik, Patientenvertretern, Krankenkassen und nicht zuletzt Ärzteverbänden entwickelt werden.

Ein wichtiger Aspekt in der Versorgungsplanung muss die Verbesserung der Attraktivität einer ambulant ärztlichen Tätigkeit sein, sei es als Hausarzt oder Facharzt. Dies gilt insbesondere für ländlich strukturierte und sozial schwächere Regionen.

Was sind relevante Bedingungen für die Sicherung ärztlicher Praxispräsenz (speziell im ländlichen) Raum?

An erster Stelle steht die Kommunikation mit den in den Gemeinden tätigen Ärztinnen und Ärzten, um deren mittelfristige Planungen zu erfahren. Die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung müssen ermittelt werden, da es hier deutliche Unterschiede geben kann. Eine reine Planung der ambulanten Versorgungsebene reicht nicht aus. Die stationären und teilstationären Einrichtungen der Region und deren fachliche Ausrichtung sind relevant. Hochspezialisierte Kliniken stehen in der Regel der Grundversorgung nicht zur Verfügung. Hohe Bedeutung kommt der Verkehrsinfrastruktur zu. Die Gesundheitskonferenzen können die Akteure zusammenführen und zu einer Optimierung der regionalen Strukturen beitragen. Entscheidend ist es aber die Wünsche der jungen Kolleginnen und Kollegen zu hören und in die Planungen einzubeziehen. Sie sind jetzt schon in Umfragen und Workshops herausgearbeitet.

In einer Umfrage des Hartmannbundes unter Assistenzärzten konnten sich 2014 knapp 27 Prozent der Kolleginnen und Kollegen eine selbständige Tätigkeit in der Niederlassung vorstellen. In der aktuellen Umfrage unter Ärztinnen steigt der Wert auf knapp 33 Prozent. Dies ist eine realistische Ausgangsbasis für die weiteren Planungen.

Wo liegen nun die Hindernisse für den Nachwuchs in der Niederlassung?

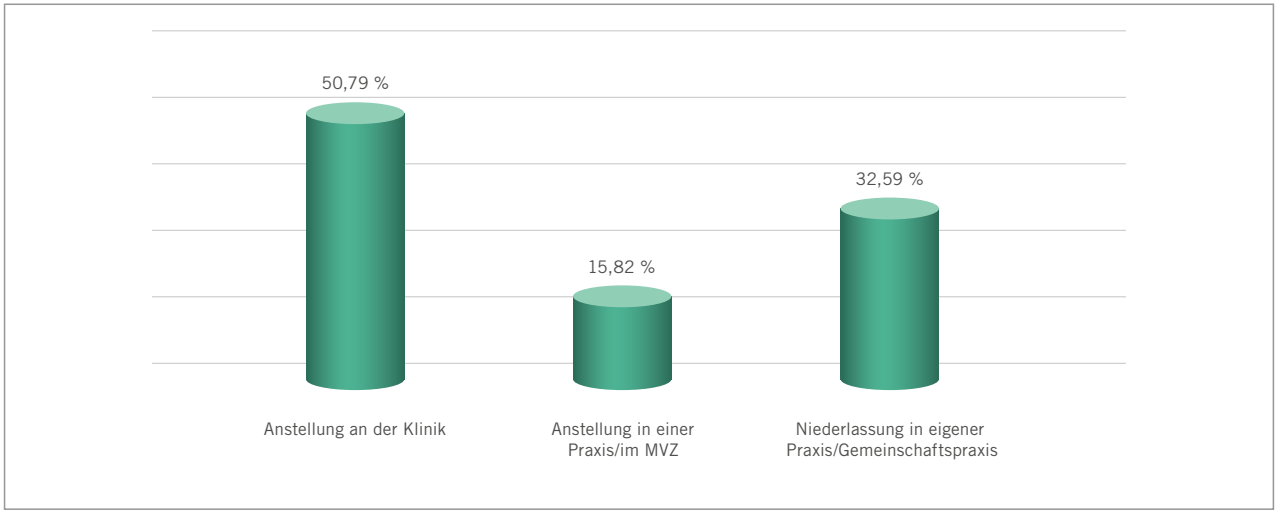
Es beginnt im Medizinstudium. Studentinnen und Studenten werden durch die Erfahrungen in Universität und großen Kliniken geprägt. Hier hat die Allgemeinmedizin und die fachärztliche Grundversorgung oft keine praxisbezogene Repräsentation. Die ärztliche Tätigkeit in ländlich strukturierten Regionen gilt zudem als unattraktiv. Dies wird verstärkt durch die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft (Krankenhäuser stellen einen wichtigen Rückhalt für den Arzt auf dem Land dar) und häufige Notdiensteinsätze. Die Situation hat sich durch die neue Notfalldienstregelung in Baden-Württemberg verbessert. Bürokratische Hürden, budgetierte Honorarsummen, wirtschaftliche Risiken sind noch immer Hindernisse auf dem Weg zur eigenen Praxis.

Im sozialen Kontext fehlen im ländlichen Raum hochwertige Arbeitsplätze für die Partner, KiTa-Plätze, Kindergärten, Schulen am Ort, kulturelle Angebote und vieles mehr. Die Vorteile der Landgesellschaft werden zu wenig artikuliert.

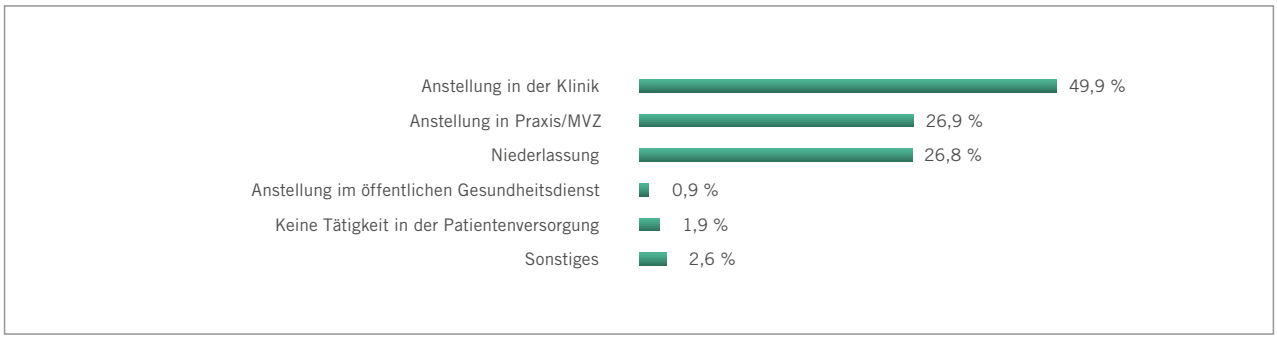
Was sagt der Nachwuchs:

Die Ergebnisse der ersten großen Medizinstudierendenbefragung des Hartmannbundes stellte der Sprecher

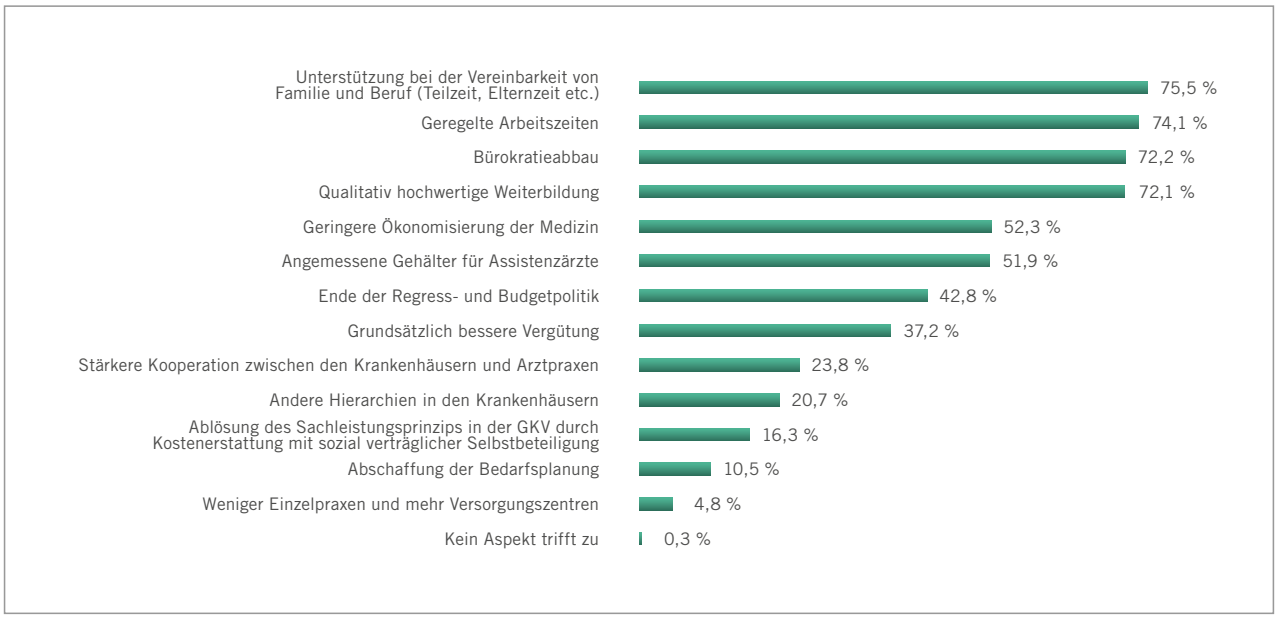
In welchem Versorgungsbereich sehen Sie Ihre ärztliche Zukunft?



Welche Form der ärztlichen Berufsausübung streben Sie nach der Facharztprüfung an?



Was müsste sich verändern, damit der Beruf des Arztes noch attraktiver wird?



Quelle: Hartmannbund

der Studierenden vor: „Die Umfrageergebnisse sind wohl ein deutlicher Weckruf an Politik und Klinikträger, endlich zu handeln und angehenden Ärztinnen und Ärzten attraktive berufliche Perspektiven zu bieten“. „Die junge Ärztegeneration tickt anders als ihre Vorgänger, sie hat ein anderes Verständnis vom Arztberuf, sie setzt andere Schwerpunkte und sie hat sehr konkrete Vorstellungen davon, wie ihr Berufsleben aussehen soll. Die klassische Einzelpraxis wird nicht mehr favorisiert. Für gerade noch zehn Prozent ist diese überhaupt eine ernsthafte Option. Im Trend liegen stattdessen Gemeinschaftspraxen und Kooperationen und die Anstellung im ambulanten Bereich. Der Wunsch nach einer zeitgemäßen Beschäftigung inklusive Teamarbeit und flexibleren Arbeitszeiten erscheint im ambulanten Setting vielen eher umsetzbar als an den großen Krankenhäusern.

Herausforderungen an die Ärzteschaft:
Wir müssen uns dem Spannungsfeld stellen, die Vorteile und Nachteile unseres Berufs darzustellen. Wir haben einen der schönsten Berufe. Die Menschen offenbaren innerste Probleme und Zusammenhänge und vertrauen sich uns an. Es entstehen gerade in der eigenen Praxis langfristige Arzt-Patienten-Beziehungen, die eine Basis für sichere Diagnostik, Therapie und präventive Maßnahmen darstellen. Hier liegt ein Kern unserer freien Berufsausübung, die wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen als erstrebenswertes Gut vermitteln müssen.

Selbstverständlich dürfen wir die kritischen Entwicklungen mit bürokratischen Ausuferungen, Budgeteinschränkungen in der Therapie, Eingriffen von Nichtärzten in die Arzt-Patientenbeziehung, intransparentem Leistungskatalog, veralteter GOÄ und vielem mehr nicht verschweigen. Wir müssen aber dem Nachwuchs klar darstellen, welche Verbesserungsmöglichkeiten sich in der Selbstverwaltung ergeben könnten, wenn wir uns auf eine einige Ärzteschaft abstützen könnten.
Mit einer Allianz vereinter Ärzteverbände werden wir wieder einflussreiche Akteure im Gesundheitswesen. Beenden wir egozentrischen Alleingänge in der Ärzteschaft. Wir müssen nicht in einem aufgedrängtem Wettbewerb gegeneinander antreten, sondern gemeinsam für freie Berufsausübung in Praxis, Klinik und Gesundheitsdiensten, Patientenversorgung auf hohem Niveau und angemessene Honorare und Gehälter einstehen.
„Der Einzelne ist Nichts, alle zusammen sind wir eine Macht“ (Hermann Hartmann)

Herausforderungen an die Politik
Die kommunale Politik sollte die Gesundheitsversorgung der Bürger in den Mittelpunkt der Planungen stellen. Hier bestehen Parallelen zur Arbeitsplatzentwicklung, z.B. der Industrieansiedelung. Im Wettbewerb um gute Ärztinnen und Ärzte müssen Gemeinden zu Anreizsystemen greifen. Entscheidend ist die Nachhaltigkeit der Angebote. Einmalwerbesummen oder Praxisausstattung sind nicht geeignet. Mehrjährige wirksame finanzielle und strukturelle Vergünstigungen sollten angestrebt werden.
Auf der Landes- und Bundesebene muss die universitäre Ausbildung auf den Prüfstand. Die Zugangskriterien zum Medizinstudium müssen überarbeitet werden. Die Zugangsberechtigung zum Medizinstudium sollte sich an der späteren ärztlichen Tätigkeit am Patienten ausrichten. Zwangsmodelle mit weiteren Pflichtabschnitten im PJ sind aber sicher der falsche Weg. Stipendien mit einer Landarztverpflichtung sind auch keine geeignete Problemlösung. Lehrstühle für Allgemeinmedizin die Praxisnähe und wissenschaftliche Grundlagen verknüpfen müssen an jeder Universität eingeführt werden. Die Weiterbildung in der Hausarztpraxis muss auf einer sicheren wirtschaftlichen Basis stehen.

Zukunftsoptionen
Es ist eine Konzentration der medizinischen Kräfte in medizinischen Versorgungseinrichtungen ambulant und stationär zu erwarten. Einzelpraxen wird es deutlich weniger geben. Gesundheitszentren mit unterschiedlichen Organisationsmodellen werden weiter ausgebaut. Ein Zusammenwirken von wirtschaftlich selbständigen und angestellten Ärzten wird in der ambulanten Versorgung selbstverständlich werden Wichtig wird eine zunehmende Durchlässigkeit der Sektorengrenzen sein. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegeberufen und anderen Heilberufen wird sich intensivieren und es werden klare Regeln hierfür vereinbart.

Mitgliedschaft leicht gemacht.

Unsere aktuelle Beitrittserklärung finden Sie auf unserer Website unter www.gnsued.de/home/mitgliedschaft als PDF zum Download und Ausdrucken. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle unter **07391 586 5458** oder unter **service@gnsued.de**

Medical Management *Your Way to Excellence*

Der Bedarf sich ständig zu verbessern, ist für engagierte Ärzte und ihre Teams ein intrinsisches Motiv. In der Wirtschaft kennt man den Begriff des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Die Japaner nennen es KAIZEN. Andere verwenden Begriffe wie Six Sigma, Balanced Scorecard, Organisationsentwicklung und viele andere. Ganz egal wie Sie es nennen. Das Ziel ist immer das Gleiche: Die Herausforderungen des Wettbewerbs annehmen, besser werden, die Mitarbeiter begeistern und die Effizienz steigern. Dass dies kein Hexenwerk, sondern konsequente, strukturierte und zielgerichtete Arbeit ist, wollen wir Ihnen nahebringen. Wir haben dazu eine neue Reihe gestartet und einen ersten Workshop angeboten. Aber lesen Sie selbst:

Warum Notfälle in Praxen triagieren?

Ganz so dramatisch, wie hier in dem Kriegsbild dargestellt ist es dann in der Praxis doch nicht. Allerdings haben die meisten Praxen ein Zeitproblem und damit automatisch ein Termintreue-Problem. Viele Patienten ertragen die langen Wartezeiten, viele aber auch nicht. Durch die „Vor-Sortierung“ der Notfälle lassen sich diese relativ gut planen. Ja, richtig: PLANEN! Durch einige Wochen Messung der Häufigkeiten der Notfälle je Kategorie, lassen sich die entsprechenden Zeitblöcke relativ genau einrichten. Nichts anderes ist der Sinn der Notfall-Triage im 1. Weltkrieg gewesen. Die ethisch sehr schwierige Aufgabe der Einteilung von Verletzten, damit diese mit den knappen Ressourcen möglichst gerecht und effektiv behandelt werden.

Was bedeutet das für die Praxis?

Für die Praxis kann die Praxismanagerin mit dem Arzt zusammen die Kriterien festlegen, nach denen Notfälle (A,B, oder C) priorisiert werden. Kommt nun ein Patient, der in die Clusterung B fällt, so wird dieser z.B. am Nachmittag behandelt – in dem dafür vorgesehenen Zeitblock für Akutpatienten B. Allerdings wird dem Patienten vermittelt, dass es sich nicht um einen regulären Termin handelt, sondern er einen kurzen Arztkontakt in der Akutsprechstunde bekommt. Es muss reizvoller bleiben, einen regulären Termin zu machen, wo der Arzt sich genug Zeit für den Patienten nimmt. Das gilt es konfliktfrei den Patienten zu vermitteln. Alle dafür notwendigen Tools haben wir in dem Training vermittelt, so dass die Praxen das sofort mitnehmen konnten und in der Praxis anwenden werden.

A, B, C - Notfälle effizient einteilen
→ Notfälle in den richtigen Zeitfenstern planen
→ Zeitfenster für Terminpatienten einhalten
→ Wartezeiten verringern → Glücklichere Patienten
→ Entspannteres Arbeiten in der Praxis….

Ihr MMP - Praxisteam.

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de, Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Vorstand** Wolfgang Bachmann, Dr. Friedrich Gagsteiger, Christoph Spellenberg **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 **Rechte** © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.** **Hinweis** Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen. **Bildquellen** Seite 7: Foto Emmenlauer, Ehingen, Seite 16: Hartmannbund, Seite 19: MMP, alle anderen Fotos GNS

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)
Das nächste Heft erscheint im März 2016

Auszug aus unseren Veranstaltungen Anfang nächsten Jahres:

Quattro DMP

Datum: Samstag 16. Januar 2016
Ort: Hotel zum Ochsen, Hauptstraße 12, 89188 Merklingen
Uhrzeit: 9:00 Uhr

Netzkonferenz

Datum: Mittwoch 20. Januar 2016
Ort: Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, (Hans-Neuffer-Zimmer)
Uhrzeit: 18:00 Uhr

Die Netzkonferenz der GNS eG ist eine Plattform, zu der alle freien Netze in Baden-Württemberg eingeladen sind. Durch die Einführung des §87b Abs. 4 SGB V ist die Versorgungsform der Praxisnetze etabliert. Durch die Rahmenvorgabe der KBV und des Spitzenverbandes der GKV sind die Bedingungen definiert. In der Netzkonferenz tauschen sich die Netze über die Anerkennungskriterien, die Organisationsentwicklungsbedürfnisse, aktuelle Versorgungsprojekte und aktuelle, spannende Themen aus dem Netzalltag aus.

Weitere Termine unter www.gnsued.de

Wir wünschen unseren Mitgliedern und den Lesern des dialog besinnliche Feiertage und einen guten Start in 2016