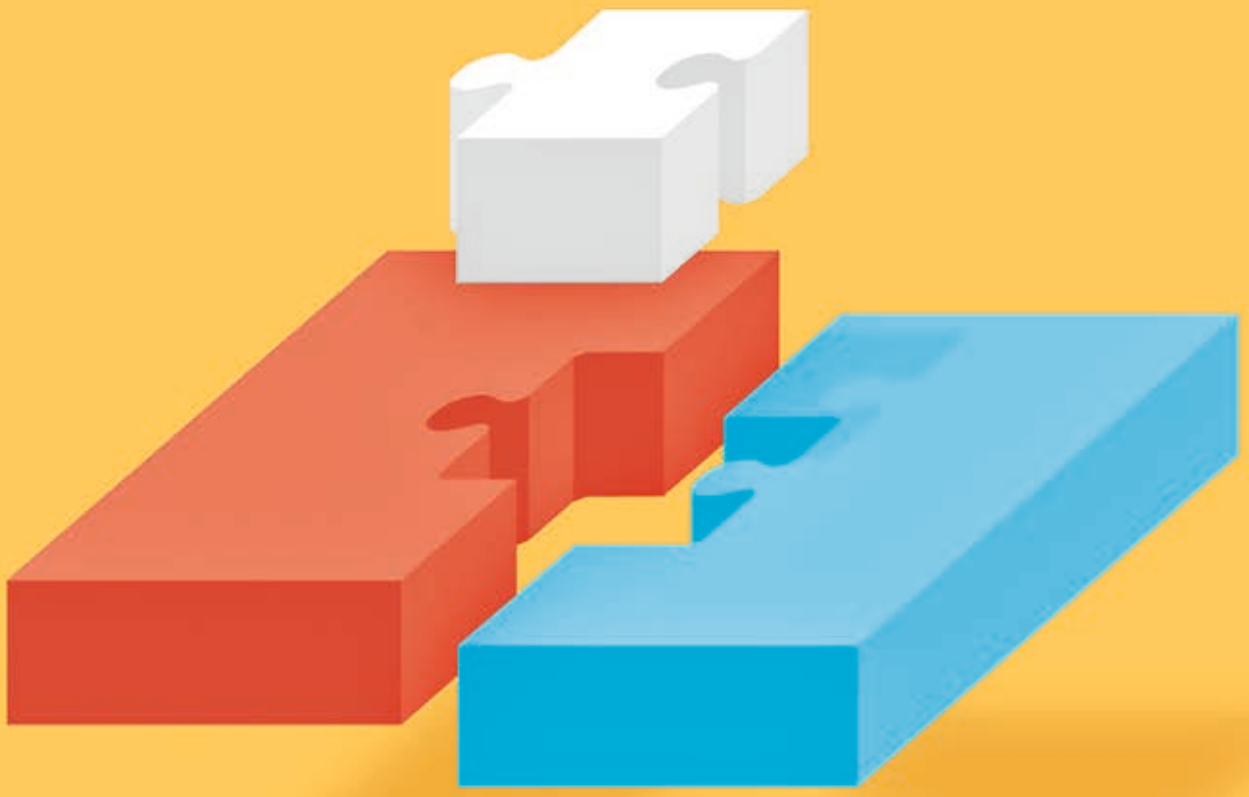
# im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

**Portalpraxen und ärztlicher Notdienst: Wie wird das?**

**Praxisnetze:** Randerscheinung oder Zukunftsmodell für die Versorgung von morgen?

**MVZ:** Die Erfolgs-faktoren



# Liebe Mitglieder, liebe Leser,

ein verregneter aber spannender Sommer geht zu Ende. Aus Sicht der Baden-Württembergischen Schüler war er im Vergleich mit anderen Bundesländern sogar noch ganz akzeptabel, gab es doch in den letzten beiden Augustdritteln Temperaturen, die den einen oder anderen Schwimmbadbesuch ermöglichten.

Aus berufspolitischer Sicht begann die Sommerpause mit einem Paukenschlag. Die Wiederholung wesentlicher Teile der KV-Wahl dürfte ein in Baden-Württemberg bis dahin einmaliger Vorgang gewesen sein. Dass es nicht bei einer einmaligen Wiederholung blieb, wird in einer späteren Rückschau möglicherweise als Treppenwitz bezeichnet werden. Während ich hier schreibe, erreicht mich der Brief des KV-Vorstandes, in dem er erklärt, dass ihm die Worte fehlen:

*„Auf einigen, der am 4.8.2016 bereits zum zweiten Mal versandten Stimmzettel sind … Fehler aufgetreten. … Die Verantwortung für den neu aufgetretenen Fehler liegt eindeutig bei der von unserem Dienstleister beauftragten Druckerei.“*

Wieder sind die Gründe für die Wahlwiederholung formaler, bzw. organisatorischer Natur. Während die erste Wiederholung von einem ununterdrückbaren Dauergrundrauschen begleitet wurde, in dem die Frage nach der Zulässigkeit und der Sinnhaftigkeit der Bündelung von unterschiedlichen Wahllisten einer Organisation im Mittelpunkt stand, geht es bei der zweiten Wahlwiederholung ausschließlich um Organisationsversagen. Eigentlich hat dies etwas Beruhigendes. Leider führt dieser erneute Wiederholungsvorgang nun dazu, dass ich dieses Editorial definitiv ohne Kenntnis des Wahlausgangs der KV-Wahl verfassen muss, so dass ich zu diesem Kapitel der Zukunft völlig „blank“ bin. Also bleibt mir nur, dem künftigen Vorstand, der aller Voraussicht nach identisch mit dem jetzigen ist, einige Themen mit auf den Weg zu geben, die aus Sicht von GNS besonders relevant erscheinen:

- Achten Sie darauf, dass der Wettbewerb zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag keine unausgewogenen Formen annimmt!
- Nehmen Sie die extrabudgetäre Netzförderung in den Verhandlungen mit den Krankenkassen ernst! Netze sind eine wichtige Versorgungsform der Zukunft.
- Sorgen Sie auf bundespolitischer Ebene dafür, dass den Netzen der Leistungserbringer- oder Gründerstatus zuerkannt wird. Netze haben das Zeug dazu, Probleme, z.B. Nachwuchsprobleme zu lösen.

Ihnen, liebe Leser wünsche ich viel Freude bei der Lektüre des neuen „dialog“. Lassen Sie sich anregen – gerne auch zum Widerspruch. Ich freue mich auf Ihre Reaktionen. Sie erreichen mich unter w.bachmann@gnsued.de.

Herzlichst
Ihr **Wolfgang Bachmann**

## Inhalt

**Titelthema**
Seite 3: Portalpraxen

**Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell**
Seite 5: PatientMobil
Seite 6: Ärztenetze
Seite 9: Assekuranz
Seite 12: Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen
Seite 14: Erfolgsfaktoren eines MVZ
Seite 16: G'sundregion
Seite 19: Gesundes Kinzigtal als Vorbild?

**Laborecke**
Seite 18: Antibiotikaresistenz

# Portalpraxen

## Notwendige Strukturreform, mangelnde Bereitschaft zur Patientensteuerung, einseitige Förderung der Krankenhäuser – oder von allem ein bisschen?

Wolfgang Bachmann

**Die Portalpraxen kommen. Soviel ist sicher. Seit Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes am 5.11.2015 sind Portalpraxen Gewissheit. Was sind Portalpraxen? Wozu werden sie eingerichtet? Wer und warum braucht man Portalpraxen?**

Portalpraxen sind Notdienstpraxen an zugelassenen Krankenhäusern. In seiner Rede zum Kranhausstrukturgesetz geht der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe wie folgt auf die Portalpraxen ein: *„Des Weiteren sind, wenn es schnell gehen muss, gut erreichbare Angebote der Notfallversorgung ganz wichtig. Wir werden daher die Notfallversorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft und das, was die Krankenhäuser in diesem Bereich leisten, besser miteinander verzahnen und zugleich den Anteil der Krankenhäuser an dieser Versorgung fairer vergüten. Es ist wichtig, dass die Menschen wissen: Wenn es schnell gehen muss – nach einem Unfall oder einem Herzinfarkt, wann auch immer – dann gehört gute Erreichbarkeit zur Qualität der Versorgung.“*

In ihrer Stellungnahme zu den Portalpraxen schreiben die FALK-KVen (Freie Allianz der Länder KVen): *„Die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen/ „Portalpraxen“ an Krankenhäusern ist als Bestandteil einer effektiven, an den Patientenbedürfnissen ausgerichteten Versorgung außerhalb der Sprechzeiten (Notdienst) sinnvoll und richtig. Dies wird insbesondere dadurch belegt, dass in allen KVBezirken auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen inzwischen an vielen Krankenhäusern solche Praxen durch die KVen eingerichtet wurden und der Ausbau dieser Strukturen geplant ist. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Krankenhäusern ist dabei, anders als in der vereinspolitischen Argumentation der Krankenhausgesellschaften häufig dargestellt, sehr gut und kooperativ.“*

Die Vertreterversammlung der KBV hingegen lehnt die Einrichtung von Portalpraxen mit einem entsprechenden Beschluss ab: *„Die Vertreterversammlung der KBV lehnt die geplanten Änderungen der Koalition zur ambulanten Notfallversorgung ab. Durch die geplanten Änderungen sollen in Zukunft alleine die niedergelassenen Haus- und Fachärzte die politisch gewollten Preissteigerungen der Krankenhausambulanzen bezahlen. Darüber hinaus tragen die Vertragsärzte das gesamte Mengenrisiko, insbesondere das durch mangelnde Erfahrung und Qualifikation bedingte Unwirtschaftlichkeitspotential der im Wesentlichen durch Ärzte in Weiterbildung geleisteten Notfallversorgung der Kliniken, zumal es nach wie vor keine sinnvolle Patientensteuerung gibt. Jeder Patient, der in Zukunft als "Notfall" in Klinikambulanz oder Praxis kommt muss zu jeder Uhrzeit zum vollen Preis vergütet werden. Dadurch schafft der Gesetzgeber ein völlig neues System mit fatalen Folgen für die haus- und fachärztliche Grundversorgung. Die Bundesregierung scheint sich nun endgültig vom Grundsatz "ambulant vor stationär" zu verabschieden und ein gigantisches Projekt der Fehl- und Überversorgung staatlich organisiert anschieben zu wollen. Insbesondere ist die geplante Abschaffung des Investitionskostenabschlages zurückzunehmen. Die VV unterstützt die Inhalte des Schreibens der KBV und aller KVen an den Bundesgesundheitsminister Gröhe vom 26.10.2015.“*

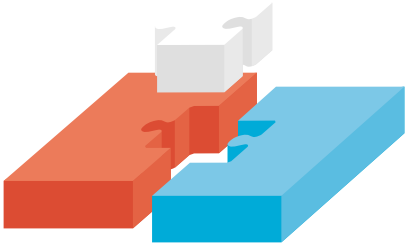
Auf ein durch das IGES-Institut angefertigtes Gutachten, in dem das Ziel war „das Potenzial prinzipiell ambulantisierbarer Fälle in der stationären Notfallversorgung zu ermitteln“, antwortet der Präsident der Deutschen Krankhausgesellschaft (DKG), Thomas Reumann wie folgt: *„Viele Notfälle müssen direkt ins Krankenhaus, weil der Weg über den Arzttermin mit Überweisung eine absolut weltfremde Fiktion ist. Auf dieser Grundlage 4,8 Milliarden Euro vermeidbare Behandlungskosten auszurechnen, ist absolut unseriös. Es ist nicht zielführend hier von einer milliardenschweren Fehlsteuerung zu reden und „ambulant vor stationär“ zu fordern.“* Laut dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum ist *„Die Kritik aus den KVen an dem Konzept der Koalition zur Weiterentwicklung*

*der Notfallversorgung substanzlos und geht eigennützig über die Nöte der Patienten, die medizinische Nothilfen suchen, hinweg. Im Mittelpunkt der dringend erforderlichen Neukonzeption kann nicht das Organisationsinteresse von KVen stehen."*

Laut Baum gehen *„10 Millionen Patienten jährlich im Notfall unmittelbar in die Ambulanzen der Krankenhäuser."*

10 Millionen Patienten, die in die Ambulanzen der Krankenhäuser gehen, sind ein zählbares Faktum. Aber wie viele von diesen 10 Millionen sind unabdingbar und es ist ihnen daher mit keiner anderen Lösung als einer veränderten Notfallsystematik zu begegnen? Dieser Frage versuchte das IGES-Institut mit der oben bereits erwähnten Studie auf den Grund zu gehen und kam zu erstaunlichen Ergebnissen. Dabei geht es um Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können. Experten sprechen von ambulantsensitiven Krankenhausfällen (ASK-Fälle). Insgesamt gab es 2013 rund 3,453 Millionen dieser vermeidbaren Krankenhausfälle. Mehr als die Hälfte - 1,765 Millionen – entstehen während der regulären Praxisöffnungszeiten. Viele Patienten suchen dabei das Krankenhaus auf Eigeninitiative auf ohne vorher bei einem Arzt vorstellig zu werden. Sie werden dann als Notfall aufgenommen, was im Jahr 2013 rund 1,8 Millionen Mal vorkam. Für die Krankenversicherungen entstanden hierdurch Kosten in einer Größenordnung von 4,8 Milliarden Euro. Die häufigsten Gründe für diese vermeidbaren Notfallbehandlungen waren Bluthochdruck (Hypertonie) bzw. hypertensive Herzkrankheit mit und ohne Herzinsuffizienz (rund 25 Prozent) sowie Lungenentzündung (rund zehn Prozent).

Es ist also festzustellen, dass in der aktuellen Notfallversorgung erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten auszumachen sind. Die Defizite, die diesen zugrunde liegen, werden dadurch erzeugt, dass



1. die Notfallversorgung zwischen den Sektoren nicht reibungsfrei funktioniert;
2. es den Patienten überlassen wird, ob sie sich als Notfall sehen und eine Notfalleinrichtung ungesteuert aufsuchen;
3. Patienten sanktionsfrei wählen, ob sie den niedergelassenen Arzt während der Sprechstunde aufsuchen, oder lieber die Notffalleinrichtung am Krankenhaus während oder außerhalb der Sprechstundenzeiten;
4. die Notfallversorgung der niedergelassenen Ärzte von der Notfallversorgung der stationären Einrichtungen unabhängig agiert und teilweise für Patienten intransparent ist.

In der nun zu führenden Diskussion über die Umsetzung der Portalpraxen sind folgende Aspekte aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft zu berücksichtigen:

1. Portalpraxen sind selektiv einzurichten. Selektionskriterien sind der Bedarf der Inanspruchnahme, die Wirtschaftlichkeit und die lokale Versorgungsinfrastruktur. Jede Einrichtung einer Portalpraxis muss das Resultat einer Abwägung der o.g. Faktoren zwischen der regionalen KV, dem oder den örtlichen Kliniken, den Krankenkassen und wenn vorhanden der lokalen Versorgerstruktur, z.B. in Form eines Praxisnetzes sein.
2. Die Finanzierung der Portalpraxen ist grundlegend neu zu regeln. Die Leistungen der Notfallbehandlung müssen unter Berücksichtigung der Strukturen und der damit verbundenen Vorhaltekosten vollkommen neu bewertet werden – und zwar unter Einbeziehung sämtlicher Forderungen der Beteiligten. Dazu zählen explizit auch die möglicherweise sehr aufwendigen Wünsche der Politik.
3. Die nun notwendige Finanzierungsrestrukturierung des Notdienstes muss eine Vergütung der unvorhergesehenen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch den Versicherten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gewährleisten, unabhängig davon, ob sie in der Krankenhausnotaufnahme, in einer Portalpraxis oder im Hausbesuch erbracht werden.
4. Die Politik muss den Mut haben, zu erkennen, dass die aktuellen Herausforderungen der Notfallversorgung auch das Ergebnis mangelnder Bereitschaft, Patienten zu steuern, sind. Es wird eine nachhaltige Problemlösung der Notfallversorgung nur unter Einbeziehung entsprechender Patientensteuerungskonzepte geben können. Da insbesondere nach Wegfall der Praxisgebühr deutlich steigende Inanspruchnahmen der Notfalleinrichtungen zu verzeichnen waren, liegt es nicht fern, anzunehmen, dass finanzielle Beteiligungen der Patienten als wirksame Steuerungsmechanismen besonders geeignet sind.

# Das PatientMobil schafft Nähe und sorgt für Aufmerksamkeit

Jörg Simpfendörfer

Wie in der letzten Ausgabe von „im dialog“ bereits zu lesen war, ist das PatientMobil in der G'sundregion angekommen. Seither verkürzt es effektiv die Wege zwischen den Ärzten der G'sundregion und ihren Patienten. Termine werden eingehalten, Wartezeiten verkürzt und die Organisation in den Praxen sowie beim Patienten verschlankt.

Nachvollziehbar, dass dieses Modellprojekt für großes Aufsehen in weiteren Regionen von Baden-Württemberg gesorgt hat. So erhielten Herr Bachmann und Herr Simpfendörfer unlängst eine Einladung von Herrn Roland Ströbele (MdL a.d.) das PatientMobil 170 Mitgliedern der CDU-Senioren Union bei einem Sommerausflug entlang der Donau in Munderkingen zu präsentieren. Neben der Möglichkeit das Projekt „PatientMobil – Einfach zum Arzt“ ausführlich darzustellen, konnten zahlreiche Fragen mit direktem und indirektem Projektbezug im Gespräch erörtert werden. Letztlich entstand die Überzeugung, dass ein „PatientMobil“ auch im Tuttlinger Raum ein begrüßenswertes Projekt darstellen würde.

Auch im Rahmen der Sommer Tour von Herrn Volker Kauder (MdB) sorgte das Projekt „PatientMobil – Einfach zum Arzt“ bei allen Anwesenden für großes Aufsehen und Zuspruch. Herr Volker Kauder lobte die Initiative und das Engagement von GNS und der G'sundregion und bezeichnete es als richtigen Schritt regionale Strukturen zu etablieren, um den zukünftigen Herausforderungen im ländlichen Raum regional zu begegnen.

Das rege Interesse am Projekt „PatientMobil – Einfach zum Arzt“ unterstreicht den regionalen Mehrwert der dadurch entsteht und zeigt anschaulich, wie sinnvoll es ist regionale Modelle als Testlabor und Zündfunke für innovative Projekte in der Fläche zu begreifen. Dass das Projekt „PatientMobil – Einfach zum Arzt“ in diesem Kontext mehrfach als nachahmungswürdig bezeichnet wurde, ist Bestätigung und Antrieb gleichermaßen.

Jörg Simpfendörfer

Bei der Darstellung eines derartigen Projekts waren und sind wir, neben dem Land Baden-Württemberg, auf die Unterstützung regionaler Partner angewiesen. Für dieses Engagement möchten wir der ADK GmbH für Gesundheit und Soziales, sowie der Stadt Ehingen besonders danken. Die Zurverfügungstellung der entsprechenden Infrastruktur, in Form von Ladestationen bzw. Parkplätzen oder das gelebte Ehrenamt, machen das „PatientMobil“ zu einem regionalen Erfolgsmodell mit überregionaler Aufmerksamkeit.

Zu Gast bei der CDU-Senioren Union

v.l.n.r.: Herr Roland Ströbele, Herr Volker Kauder, Jörg Simpfendörfer

# Ärztenetze

## Randerscheinung oder Zukunftsmodell für die medizinische Versorgung von morgen?

Wolfgang Bachmann

Der Frage, ob Ärztenetze eine Randerscheinung oder ein Zukunftsmodell für die medizinische Versorgung von morgen sind, ging Carola Herter in ihrer Masterarbeit nach. Sie hat eine empirische Analyse zur Erstellung eines Best-Practice-Modells verfasst. Der nachfolgende Beitrag baut auf den wichtigsten Ergebnissen der Masterarbeit auf und wagt sich an die praktischen Konsequenzen für die Ärztenetze heran. In einem ergänzenden Kommentar bewertet die Autorin die Ergebnisse ihrer Arbeit und gibt den Netzen ganz persönliche Entwicklungstipps.

Es hat in den letzten Jahren nicht sehr viel wissenschaftliches Material zum Stand und zu den Erfolgsfaktoren von Ärztenetzen gegeben. Umso wichtiger ist die Arbeit von Carola Herter. Dass sie noch dazu methodisch und inhaltlich außerordentlich gelungen ist, macht sie umso wertvoller.

In ihrem Abstract stellt die Autorin fest: *„Nach aktuellen Umfragen arbeitet mittlerweile fast ein Drittel der Mediziner in Deutschland in Arztnetzen. Die Netzlandschaft ist vielfältig und reicht von Qualitätszirkeln über genossenschaftliche Zusammenschlüsse bis hin zu indikationsbezogenen Netzen. Sowohl die Erkenntnisse aus der Sekundärliteratur als auch aus der Primärforschung lassen darauf schließen, dass Arztnetze, trotz bestehender Herausforderungen, durchaus als Chance gesehen werden, Versorgung regional zu steuern. Voraussetzung hierfür ist ein konkret definierter Versorgungsauftrag, der auf eine Region oder auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung begrenzt ist.*

*Arztnetze erleben derzeit eine Renaissance, die auch in den kommenden Jahren anhalten wird. Sie bieten zahlreiche Vorteile wie zum Beispiel eine strukturiertere Behandlung der Patienten, ein intensiverer fachlicher Austausch zwischen Haus- und Fachärzten sowie Kosteneinsparungen durch eine geringere Arzneimittelquote oder die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Darüber hinaus bieten Arztnetze durch Synergieeffekte und Entlastung von Verwaltungsaufgaben vor allem für angehende Mediziner attraktive Arbeitsbedingungen. Besonders in Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft, die damit einhergehende stärkere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, sowie die Zunahme an chronischen Erkrankungen, wird die populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung künftig zwingend erforderlich sein. Ärztenetze setzen genau an diesem Punkt an und bieten die Chance, Veränderungen zu initiieren, strukturelle Schwachstellen im Gesundheitssystem zu beseitigen und eine bessere Versorgung zu ermöglichen.“*

An der zusammenfassenden Darstellung sind drei Themen besonders interessant:

1. Worin bestehen die Herausforderungen für Ärztenetze?
2. Sind Ärztenetze gar die Problemlösung, um jungen Ärzten den Weg in die Niederlassung zu ebnen, weil sie die mangelnde Attraktivität der Arbeitsbedingungen mildern?
3. Haben Ärztenetze das Zeug dazu, die sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen?

Durch das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind Ärztenetze als Begriff und Gegenstand im Sozialgesetzbuch angekommen. Dort heißt es: *„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetze Praxen auch als eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und als Praxisnetz der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.“*

ad 1) Die Anerkennung von Praxisnetzen erfolgt auf Basis einer Rahmenvereinbarung, die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband geschlossen wurde und zum 1.5.2013 in Kraft trat, durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Durch die jüngste für Ärztenetze relevante Gesetzesänderung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde eindeutig festgelegt, dass für anerkannte Praxisnetze im Honorarverteilungsmaßstab gesonderte Förderungs- und Vergütungsregelungen vorzusehen sind und diese nicht mehr wie bisher über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert werden. Damit werden die Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich dazu verpflichtet, Ärztenetze zu fördern.

Die erste und gleichzeitig zentrale Herausforderung für Ärztenetze besteht

nun darin, sich der Anerkennung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu stellen. Durch dieses Verfahren, erhalten die Netze einen neuen, formal verbesserten Status. Sie verlassen den Status des Hobbyclubs, sie beginnen sowohl politisch als auch formal-juristisch zu existieren. Die Anerkennungshürden sind nicht niedrig. Vor allem die strukturell-formalen Anforderungen werden von den Netzen als hoch, aber leistbar erlebt. Die inhaltlichen Anforderungen werden meist ohne Weiteres erfüllt. Aber auch hier gilt es, den Nachweis über formale Anforderungen zu führen, was meist als Herausforderung erlebt wird. Aktuell wurden in der gesamten Republik 48 Netze durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zertifiziert (siehe Tabelle 1). Eine ganze Reihe von Netzen befindet sich in der fortgeschrittenen Phase der Zertifizierungsvorbereitung. Die Zahl liegt schätzungsweise bei 50 oder mehr Praxisnetzen.

Der Anerkennung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen folgt die Förderung der Netze. Diese ist ein Muss. Die derzeitigen Regelungen zu den Förderungen sind nicht üppig. Sie stellen allenfalls einen Anfang dar. Die Förderungen reichen von 0,–€, weil keine Regelungen getroffen wurden, über eine pauschale Anhebung für Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) um 100 Euro pro Quartal pro Netzarzt mit Mengenbegrenzung (KV Baden-Württemberg) aus der Mobiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) bis hin zu 100.000,–€ Anschubfinanzierung für anerkannte Netze der Basisstufe aus eigens dafür verhandelten Strukturmitteln außerhalb der MGV. Aus Sicht von GNS besteht in Baden-Württemberg erheblicher Verhandlungsbedarf zwischen KV und Kostenträgern. Die KV hat die Bereitschaft hierzu signalisiert. Wir sehen hier eine wichtige Aufgabe für den neuen Vorstand.
Frau Herter hat die Finanzierung sowie ein professionelles Management der Netze als zentrale Herausforderung identifiziert. Sowohl die Sekundärliteratur als auch ihre Primärstatistischen Erhebungen deuten mit einer ausgeprägten Kongruenz auf den Faktor Finanzierung hin. Gemäß dem Motto. „Geld folgt der Anerkennung“, ist die Reihenfolge klar. Unser Appell an die Praxisnetze lautet unmissverständlich: Stellen Sie sich der Anerkennungsprozedur. Machen Sie nicht nach teilweise 20 Jahren Aufbauarbeit auf den letzten Metern schlapp. Die Hürden sind niedriger, als Sie befürchten. Denn die Entscheidung über die Zukunft der Netze ist nicht zuletzt eine Frage ihrer quantitativen Bedeutung. Ob Praxisnetze eine Randerscheinung sind, oder zu einer ernstzunehmenden Versorgungsalternative heranwachsen, wird

| Region | Anzahl anerkannter Netze |
|---|---|
| Baden-Württemberg | 2 |
| Bayern | 12 |
| Berlin | 1 |
| Brandenburg | k.A. |
| Bremen | 0 |
| Hamburg | k.A. |
| Hessen | 3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | k.A. |
| Niedersachsen | 2 |
| Nordrhein | 2 |
| Rheinland-Pfalz | k.A. |
| Saarland | k.A. |
| Sachsen | k.A. |
| Sachsen-Anhalt | k.A. |
| Schleswig-Holstein | 10 |
| Thüringen | k.A. |
| Westfalen-Lippe | 16 |

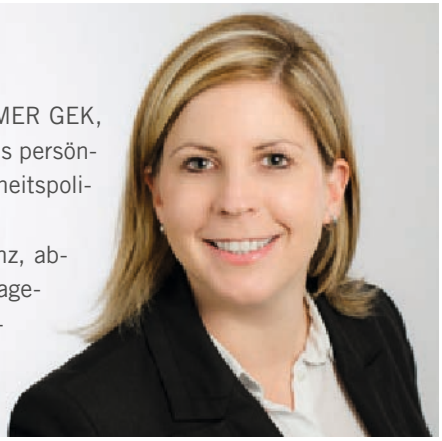
Tabelle 1: Zertifizierte Praxisnetze in den KV-Regionen
Quelle: eigene Erhebungen

auf der Ebene der Netze durch Ihr Engagement auf den letzten Metern zur Anerkennung nach § 87b Abs. 2 SGB V entschieden. Der politische Wille des Gesetzgebers ist erkennbar groß, der der KV-Organe folgt den Entwicklungen der Basis.

ad 2) Ärztenetze können einen Beitrag zur Lösung der Nachwuchsproblematik sein. Dies war und ist eine der Hauptantriebsfedern für das Engagement der Mitglieder der „G´sundegion“. Strukturierte Zusammenarbeit niedergelassener Mediziner steigert das Interesse

## Zur Person Carola Herter

Carola Herter ist seit 2012 Referentin für Gesundheitspolitik bei der BARMER GEK, Landesvertretung Baden-Württemberg. Zuvor arbeitete sie mehrere Jahre als persönliche Referentin eines Europaabgeordneten mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik im Europäischen Parlament in Brüssel.
Nach einem Studium der Politikwissenschaften an der Universität Konstanz, absolvierte sie ein berufsbegleitendes Studium im Bereich Health Care Management an der SRH Fernhochschule, das sie vor wenigen Wochen mit der Masterarbeit zum Thema „Ärztenetze: Randerscheinung oder Zukunftsmodell für die medizinische Versorgung von morgen?“ abschloss.



des Nachwuchses an der Arbeit in der Region. Die von Frau Herter für ihre Masterarbeit geführten Experteninterviews ergaben zu ausgewählten Faktoren dezidierte, klare Meinungen, in denen sich alle Experten (Netzärzte, Netzmanager, Kassenvertreter, KV-Vertreter) einig sind. Die gemeinsame Arbeit im Netz sorgt nach Meinung aller, ohne Ausnahme für eine bessere Abstimmung zwischen Hausarzt und Facharzt, was ebenso ausnahmslos zu einer besseren Versorgung der Patienten führt, der fachliche Austausch wird besser und die Attraktivität der Arbeitsbedingungen steigt. Wenn man diese Einschätzung nun mit den Forderungen von Nachwuchsmedizinern abstimmt, wird man eine hohe Deckungsgleichheit zwischen den Anforderungen und zugeordneten Eigenschaften der Netze feststellen. Also ganz offensichtlich sind Netze geeignet, einen Beitrag – und wahrscheinlich sogar einen entscheidenden – zur Lösung des Nachwuchsproblems zu leisten. Ein Thema darf dabei allerdings nicht unter den Tisch fallen: Netze brauchen den Gründer- oder Leistungserbringerstatus nach §95 SGB V. Ansonsten werden Netze niemals die volle Bandbreite ihrer positiven Eigenschaften realisieren. Wie sollen Netze die ihnen innewohnenden Strukturierungseigenschaften in lokalen Märkten auf die Straße bringen, wenn sie im Versorgungsgeschehen nur eine subsidiäre Rolle ohne Primärverantwortung wahrnehmen dürfen? Netze müssen überbetrieblich agieren können. Sofern sie nur als Zaungäste agieren, können sie nicht überleben. Es liegt doch in der Natur eines gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs, dort einzugreifen und zu handeln, wo die Lösung durch den Einzelnen nicht möglich ist. Dazu wurden Ärztegenossenschaften gegründet, um (lokale) Versorgungsprobleme durch gemeinschaftliches Handeln zu lösen. Die nächste zentrale Forderung für Netze besteht darin, dass ihnen der Gründer- oder Leistungserbringerstatus zuerkannt wird. Warum auch nicht?

ad 3) Kliniken gelten als geschlossene Einheiten, die gegenüber der lokalen niedergelassenen Ärzteschaft den Vorteil haben, unter einer einheitlichen und starken Verwaltung zu stehen. Niedergelassene Ärzte haben gegenüber dieser Eigenart zwar häufig eine differenzierte und nicht selten distanzierte Haltung, erkennen aber die Vorteile, wie Schlagkraft und Durchsetzungsfähigkeit uneingeschränkt an. Um die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern, braucht es Partner, die auf Augenhöhe miteinander verhandeln. In diesem Aspekt besteht ein weiterer, zentraler Entwicklungsbedarf für Ärztenetze. Netze müssen neben der bereits heute vorhandenen und allseits zugeschriebenen verbesserten medizinischen Versorgung der Patienten die Weiterentwicklung und Professionalisierung der kaufmännischen Verwaltung und des Managements in den Mittelpunkt der Organisationsentwicklung stellen. Netze brauchen – genau wie Krankenhäuser – neben der medizinischen Kompetenz kaufmännische und administrative Kompetenz auf gleicher Augenhöhe. Die wenig attraktive Alternative hierzu besteht darin,

## Zitate aus dem Gespräch mit Frau Herter

*„Ich war sehr beeindruckt, wie engagiert Ärzte sind, die ein Ärztenetz aufgebaut haben und führen. Größtenteils machen die Ärzte diese Arbeit ja ehrenamtlich. Da fließt enorm viel Herzblut hinein.“*

*„Netzärzte sind ständig daran interessiert, die Versorgung zu verbessern und weiterzuentwickeln. In der Netzarbeit steckt unheimlich viel Energie und Engagement. Diese Energie und die wertvollen Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen müssen künftig noch besser genutzt werden.“*

*„Gäbe es keine Netze, würde ein wichtiger Baustein und ein wichtiger Akteur in der regionalen Versorgung fehlen.“*

*„Als Krankenkassen brauchen wir Kennzahlen an denen wir Versorgung messen und Vergütungsmodelle entwickeln können. Auch für die Netze schafft das Transparenz.“*

*„Die Kommunikation zwischen Netzen und KVen sollte intensiviert werden. Beide Seiten müssen aufeinander zu gehen.“*

*„Krankenkassen schätzen das Engagement um die Verbesserung der Versorgung sehr. Netze müssen einfach noch selbstbewusster auftreten und nachweisen was sie Positives in der Region bewirken.“*

*„Die Arbeit der KVWL ist besonders bemerkenswert und ein Leuchtturm in Deutschland. Allerdings gibt es regional große Unterschiede bei der Netzförderung durch die KVen.“*

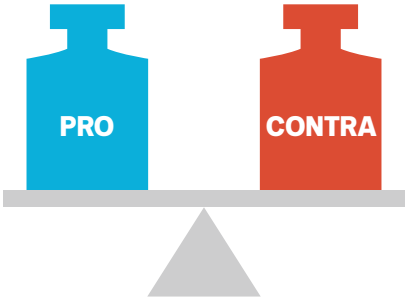
# Behalten Sie die Kontrolle über Ihr Vermögen

Wolfgang Schweikert

Medizinische Fortschritte in Form von neuen Diagnose- und Therapieoptionen tragen stark dazu bei, dass immer mehr Menschen mittlerweile ein deutlich höheres Lebensalter erreichen können wie Ihre Vorgängergeneration. Mit zunehmendem Lebensalter steigt jedoch auch die Gefahr weiterer Erkrankungen an. Dabei ist das Eintreten des Pflegefalls nicht nur ein gesundheitliches, sondern sehr oft auch ein finanzielles Risiko, das leider unterschätzt wird.

Ein gutes Beispiel für diese Entwicklung bietet die Gruppe der dementiellen Erkrankungen. Im Jahr 2015 litten in Deutschland knapp 1,6 Millionen Menschen an einer Erkrankung aus dieser Gruppe, bei einer Inzidenz von 40.000 Neuerkrankungen pro Jahr, liegt die Sterberate unter der Anzahl der Neuerkrankungen. Das bedeutet die Pflegedauer wird zunehmend länger und mir ihr der erforderliche finanzielle Aufwand.

**Ist eine Pflegeabsicherung deshalb wirklich sinnvoll?**
**Wie schwer wiegt das Risiko?**




Im Durchschnitt schlägt ein Platz in einem deutschen Pflegeheim inkl. Verpflegung und Unterkunft in der Pflegestufe III mit ca. 3.500€ zu Buche. Der Eigenanteil des zu Pflegenden beläuft sich dabei monatlich auf knapp 1.900€. Legt man eine Pflegedauer von 5 Jahren zugrunde (davon 2 Jahre in Pflegestufe 0, 1 Jahr in PS-I, 1 Jahr in PS-II und 1 Jahr in PS-III), kann sich der dadurch entstehende Vermögensschaden unter Berücksichtigung der Leistungen der gesetzlichen Pflegekasse leicht auf über 105.000 € und mehr addieren.
Mit einer Investition von einmalig ca. 20.000 € oder monatlich ca. 80 € lässt sich dieses Vermögen sichern.
Dahinter verbirgt sich ein Produkt, das den bisher gewohnten Lebensstandard erhält und gleichzeitig das Vermögen für ihre Erben schützt.

U.a. erhalten die Erben im Todesfall, ohne dass der Pflegefall eingetreten ist, die eingezahlten Beiträge zurück.

In Zeiten niedriger Zinsen auch noch mit respektabler Rendite.

Nach jetzigem Stand sinkt zum 01.01.2017 erneut der Garantiezins. Daher raten wir, wenn möglich vorher zum Handeln.

**Mich interessiert das Thema und bitte um Kontaktaufnahme.**

**Refax an: 07391-5865451**
**Oder Mail: service@gnsued.de**

*Absender/Praxisstempel*

---

dass in Verhandlungen zur Sektorenübergreifenden Versorgung die wahrscheinlichen Gewinner und Verlierer immer schon zu Verhandlungsbeginn feststehen. Der Betriebsrahmen Praxisnetz muss sich an nicht mehr aber auch an nicht weniger als an den Eigenschaften und Fähigkeiten des Betriebsrahmens Klinik messen lassen. Die beiden Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung sind neben ihrem medizinischen Versorgungsauftrag bedeutende wirtschaftliche Player. Das kann man, muss man aber nicht mögen. Es zu ignorieren ist realitätsfremd. Die künftige Rolle der Praxisnetze in der Organisation der sektorenübergreifenden Versorgung besteht in der Bündelung der ambulanten Versorgungskompetenz und in der Verhandlung von Wertschöpfung entlang strukturierter Behandlungsprozesse in Klinik und Praxis. Entwicklungsbedürfnisse für Netze gibt es sichtlich genug, mit der Anerkennung nach §87b Abs. 2 SGB V wird Netzen der Weg in eine herausfordernde, bedeutungsvolle und extrem wichtige Zukunft eröffnet. Aus momentaner Sicht besteht das nächste Etappenziel darin,

1. Netze zu wirtschaftlichen Einheiten zu entwickeln, die überbetriebliche Leistungen für die lokalen Betriebe (Praxen) erbringen;
2. für Praxisnetze den Gründungs- oder Leistungserbringerstatus zu erreichen, damit Netze in die Erfüllung des Versorgungsauftrags einsteigen können, wo selbständige Praxen es nicht mehr vermögen;
3. in Praxisnetzen einen Organisationsentwicklungsgrad zu erreichen, der das Unternehmen Praxisnetz auf einen mit einer Klinik vergleichbaren Stand bringt.

# Nimmt der Patient das Medikament auch richtig ein?

## MedHilfe – einen Erklärhilfe für den Patienten

**MedHilfe ist ein neues Serviceangebot der Arzneimittelmarke ratiopharm. Es handelt sich dabei um eine einfache und leicht verständliche Erklärhilfe, die die Kommunikation und Beratung in Praxis und Apotheke zur Anwendung von Arzneimitteln unterstützt.**

Dass die Patienten ihre vom Arzt verschriebenen Medikamente auch wirklich und richtig einnehmen, ist eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg. Nach Schätzungen nehmen jedoch circa 50 Prozent ihre Medikamente unregelmässig oder gar nicht ein. Etwa 30 Prozent der Medikamente werden dabei falsch angewendet, so dass ernste gesundheitliche Folgeschäden auftreten und gleichzeitig sind etwa 20 Prozent der Krankenhausaufenthalte auf die falsche Anwendung von Arzneimitteln zurückzuführen. Als ein wesentlicher Faktor für diese unzureichender Therapietreue wird heute in verschiedenen Studien eine mangelhafte Kommunikation in der Arzt-Apotheken-Patient-Beziehung verantwortlich gemacht. Für das Pharmaunternehmen Teva ist es wichtig, die gesamten Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. Also nicht nur die Verordnung der Arzneimittel, steht für Teva im Blickpunkt, sondern insbesondere die erfolgreiche Unterstützung der Patienten im gesamten Umfeld ihrer Behandlung.

Unter diesem Aspekt hat Teva's bekannteste Arzneimittelmarke ratiopharm zusammen mit 100 Ärzten, 50 Apothekern, 50 pharmazeutisch technische Angestellte (PTA) und 100 Patienten die ratiopharm MedHilfe entwickelt. So einfach wie möglich, hieß die Devise bei der Entwicklung. Auch um mögliche Sprachbarrieren überwinden zu können. Leicht verständliche Symbole erschienen da als ein richtiger Weg. Herausgekommen ist ein Merkblatt – verfügbar in Papier und digitaler Form – das Symbole nach Anwendungsgebiet, Darreichungsform und Einnahmehinweisen auf einem Blatt übersichtlich gruppiert. Zudem gibt es Symbole für Nahrungs- und Verträglichkeit sowie weitere Produkt- und Warnhinweise. Im Gespräch mit dem Patienten werden die wichtigsten Punkte eingekreist und erklärt. Der Patient erhält so einen einfachen Überblick über die wichtigsten Anwendungshinweise, den er immer wieder zu Rate ziehen kann. Der Arzt, der Apotheker oder auch die PTA gibt dieses individuelle Merkblatt dann im Gespräch an den Patienten ab. Damit sind gleichzeitig auch Familienangehörige und Pflegepersonal immer umfassend informiert.

### MedHilfe *digital*

Für den Arzt steht die MedHilfe auch in seiner Arztsoftware zur Verfügung. Zusätzlich gibt es eine MedHilfe App, die den Patienten die Möglichkeit bietet, Erklärungen der Symbole in 10 verschiedenen Sprachen aufzurufen. Das ist insbesondere eine Hilfestellung für fremdsprachige Patienten. Die MedHilfe App archiviert die Einnahmehinweise aller Medikamente in einer Historie, so sind sie für den Patienten dauerhaft abrufbar und eine besonders nachhaltige Unterstützung.

**Die ratiopharm MedHilfe kann angefordert werden unter der Telefonnummer: 0731/402 02.**

# 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.

# Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeheimen gem. „§ 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen“

## Neue extrabudgetär vergütete Leistungen ab 1. Juli 2016 im EBM (Kapitel 37)

Wolfgang Bachmann

Ärzte können die neuen Möglichkeiten des Vergütungssystems nutzen und über Kooperationsverträge mit Pflegeheimen die ärztliche Betreuung von Heimbewohnern verbessern.

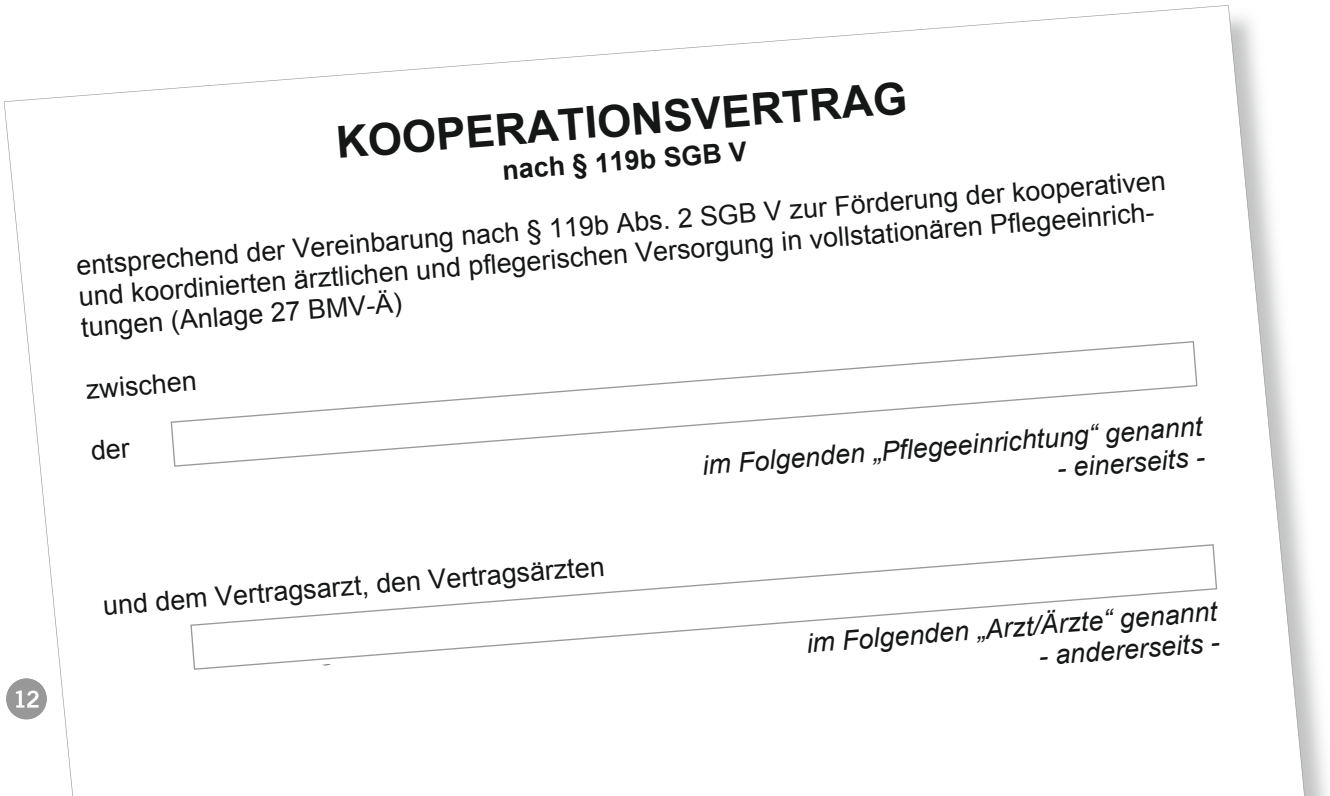
Die Förderung der kooperativen und koordinierten Versorgung in Pflegeheimen hat der Gesetzgeber mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vorgegeben. Sie ist beschränkt auf Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 2 SGB V, die den Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte entsprechen. Die Vergütung erfolgt außerbudgetär. Für die Abrechnung der folgenden Gebührenordnungspositionen sind die jeweiligen Vorgaben einzuhalten. Eine spezielle Genehmigung ist jedoch nicht erforderlich.

Die neuen Leistungen des EBM können von Ärzten abgerechnet werden, die mit Heimen spezielle Kooperationsverträge abgeschlossen haben. Damit wird der erhöhte Aufwand der Ärzte im Kooperationsvertrag honoriert, unter anderem für die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen sowie der pflegerischen Versorgung, die Kooperation mit weiteren Ärzten und einbezogenen Pflegefachkräften, den Besuch des Patienten und die patientenorientierten Fallkonferenzen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Die Kooperationsverträge mit den Heimen müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, die in der „Vereinbarung nach Paragraf 119b Absatz zwei des fünften Sozialgesetzbuches zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen“ zusammengefasst sind. Ärzte müssen den Vertrag der entsprechenden regionalen Kassenärztlichen Vereinigung bekannt machen.

Außerdem erhalten jetzt auch Fachärzte eine zusätzliche Honorierung, wenn sie Leistungen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern an qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten delegieren. Der Einsatz des fachärztlichen Assistenten ist auf die Versorgung in Pflegeheimen beschränkt und muss, wie bei den Hausärzten, vorab von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt werden.

**Die KVBW bietet einen „Musterkooperationsvertrag“ als Vorlage an.**



KOOPERATIONSVERTRAG
nach § 119b SGB V

entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 BMV-Ä)

zwischen

der

*im Folgenden „Pflegeeinrichtung“ genannt*
*- einerseits -*

und dem Vertragsarzt, den Vertragsärzten

*im Folgenden „Arzt/Ärzte“ genannt*
*- andererseits -*

| Pflegeheimversorgung: Die neuen Leistungen im Überblick | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fachrichtungen**<br>Wer welche neuen Leistungen abrechnen kann | **Neues EBM-Kapitel 37**<br>**Kooperations- und Koordinierungsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag** | | | | |
| | **Gebührenordnungspositionen (GOP) und Bewertung** | | | | |
| | **GOP 37100**<br>**125 Punkte** | **GOP 37102**<br>**125 Punkte** | **GOP 37105**<br>**275 Punkte** | **GOP 37113**<br>**106 Punkte** | **GOP 37120**<br>**64 Punkte** |
| Hausärzte:<br>▪ FA für Allgemeinmediziner<br>▪ Internisten ohne Schwerpunkt<br>▪ Praktische Ärzte<br>▪ Ärzte ohne Gebietsbezeichnung | x | x | x | x | x |
| FÄ für Kinder- und Jugendmedizin | x | x | x | x | x |
| FÄ für Augenheilkunde | x | x | | x | x |
| FÄ für Chirurgie | x | x | | x | x |
| FÄ für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin | x | x | | x | x |
| FÄ für Hals-, Nase- und Ohrenheilkunde | x | x | | x | x |
| FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten | x | x | | x | x |
| Internisten mit und ohne Schwerpunkt (fachärztlicher Versorgungsbereich) | x | x | | x | x |
| FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | x | x | | x | x |
| FÄ für Neurologie | x | x | x | x | x |
| FÄ für Nervenheilkunde | x | x | x | x | x |
| FÄ für Neurologie und Psychiatrie | x | x | x | x | x |
| FA für Orthopädie / FA für Orthopäden und Unfallchirurgie | x | x | | x | x |
| FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie | x | x | x | x | x |
| FÄ für Urologie | x | x | | x | x |
| FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin | x | x | | x | x |

*Quelle: https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=2462*

# Sieben Erfolgsfaktoren eines MVZs.

Jörg Simpfendörfer

Vor dem Hintergrund der aktuellen ärztlichen Nachfolgesituation wird vermehrt das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Ausweg aus der Misere diskutiert und realisiert. Diese mittlerweile nicht mehr ganz so neue Organisationsform soll der klassischen Niederlassung in vielen Bereichen überlegen sein. Die Idee fachübergreifende ärztliche Kompetenz in einem MVZ zu bündeln ist sowohl medizinisch als auch ökonomisch nachvollziehbar. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten soll die Qualität der medizinischen Leistungserbringung steigern und Kosten durch gemeinsam genutztes Personal, Räumlichkeiten und Geräte einsparen. Auch für die seit Jahren stagnierende Nachfrage nach Arztsitzen, ärztlichen Praxisübernahmen oder Neuniederlassungen außerhalb der Metropolregionen, biete die Organisationsform eines MVZs zahlreiche relevante Unterschiede, die den Einstig in den ambulanten Sektor erleichtern, im Vergleich zu einer direkten Niederlassung in einer Einzelpraxis. Dazu gehören unter anderem ein sicheres Anstellungsverhältnis, diverse flexible Beschäftigungsmodelle, weitestgehende Ortsungebundenheit, fachübergreifendes Arbeit im Team etc..

Kaum verwunderlich, dass der Trend zur Gründung eines MVZs nach wie vor ungebrochen ist. Zum 31.12.2004 wurde in Deutschland mit 70 MVZs gestartet, zum 31.12.2015 belief sich die Gesamtzahl auf 2.156 (davon 40 % in Krankenhausträgerschaft; 40 % in vertragsärztlicher Trägerschaft; 20 % unter Sonstige. Diese Zahlen sind in Erhebungen der KBV zur Entwicklung und zum aktuellen Stand der MVZs nachzulesen:

- http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf
- http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf)

Trotz dieser verheißungsvollen Perspektiven schreiben MVZs in Deutschland weitgehend rote Zahlen. Vor diesem Hintergrund widmet sich die nachfolgende Betrachtung der Frage nach wichtigen Erfolgsfaktoren für den Betrieb eines MVZs:

1. **Vertragsdefinition:** Verträge stellen die Grundlage einer organisierten Zusammenarbeit in einem wirtschaftlichen Betrieb dar. Sie regeln die Rechte und Pflichten in jedem Beschäftigungsverhältnis und sind die Grundpfeiler einer klaren Organisationsstruktur. Ohne Frage müssen diese daher im Detail ausgearbeitet sein um Verantwortlichkeiten und Kompetenzen eindeutig zu regeln. Viele der MVZs, die in den vergangenen Jahren entstanden sind, beruhen auf Arztsitzen, die von Ärzten kurz vor Ihrem Ausscheiden an das MVZ übertragen wurden. Dementsprechend wurden sehr oft alte Verträge, die auf eine Tätigkeit in der Einzelpraxis ausgerichtet waren, in die neue Organisationsstruktur übernommen. Diese genügen jedoch oftmals nicht den neuen organisatorischen Anforderungen hinsichtlich der Koordination von Leistungsprozessen und Definition von Kompetenzen sowie Weisungsbefugnissen, die aus einem verbindlichen Organigramm des MVZs abgeleitet werden müssten.

2. **Management:** Die Anforderungen an das Management und den hauptamtlichen Geschäftsführer sind in einem MVZ deutlich komplexer und tiefgreifender, wie das in einer Einzelpraxis der Fall ist und war. Die eingangs beschriebenen Synergieeffekte als Resultat der fachübergreifenden Zusammenarbeit und gemeinsamen Kostenstrukturen können nur durch einen hauptamtlichen Manager gehoben werden. Auch hier ist die Definition der Kompetenzen und Weisungsbefugnisse in der Geschäftsführung von ausschlaggebender Wichtigkeit. Nur ein Manager mit ausreichenden Kompetenzen und Befugnissen wird in der Lage sein können notwendige Prozess- und Strukturanpassungen auch durchzuführen.

3. **Anreizstrukturen:** Viele MVZs wurden in der Annahme gegründet, die wirtschaftlichen Kennzahlen aus der Einzelpraxis könnten auf ein zu gründendes MVZ analog übertragen werden. Dass diese Annahme leider nicht korrekt war, zeigt sich nun schmerzlich für die Betreiber. Ein niedergelassener Arzt befindet sich selbstverständlich in einer anderen Situation wie ein angestellter Arzt. Der niedergelassene Arzt befindet sich in einem Anreizsystem. Das bedeutet, dass er das wirtschaftliche Risiko selbst trägt und dementsprechend bemüht ist, dasselbe stets gering zu halten. Dabei orientiert sich der eigene Verdienst, trotz der engen Budgetierungsregelungen, weitestgehend an den erbrachten Leistungen. Der angestellte Arzt bezieht dahingegen ein fixes Gehalt. Dieses Gehalt ist an die Bedingungen seines Arbeitsvertrages geknüpft, in dem ein gewisses Mindestleistungsspektrum definiert sein sollte. Im Gegensatz zu seiner Arbeit in selbstständiger Tätigkeit, wird ein betriebener Mehraufwand in den meisten Fällen nicht entsprechend honoriert. Die Motivation sich in einem ähnlichen Umfang zu engagieren, wie in einer selbst verantworteten Praxis, entfällt. Daher bedarf es entsprechender Anreizstrukturen, die Mehrleistung und Engagement belohnen.

**4. Zeit- und Leistungscontrolling:** Vor diesem Hintergrund sind Instrument des Zeit- und Leistungscontrolling wichtige Werkzeuge, da dadurch Mehrleistungen und Aufgabengebiete transparent gemacht werden können und zur Definierung einer leistungsbezogenen Vergütung unentbehrlich sind. Des Weiteren gehört auch die Erhebung und Auswertung von Kennzahlen wie z. B. der Patientenstruktur, des Alters, der Versicherungspopulation, etc., dazu.

**5. Etablieren von Praxis- und Casemanagern:** Ein großer Vorteil von MVZs liegt nicht nur in der gemeinsamen Nutzung des Personals, es bietet dem nichtärztlichen Personal auch interessante Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Die Rolle des übergeordneten Praxis- und Casemanagers ist von herausragender Bedeutung. Die gezielte Weiterbildung von MFAs zur Kompetenzerweiterung bietet große Potentiale bei der Erkennung welche Leistungen bei bestimmten Patienten erforderlich sind, ob eine Einschreibung in bestimmte Programme sinnvoll ist und bei der übergeordneten Organisation und Strukturierung der Prozessabläufe innerhalb des MVZs.

**6. Etablierung eines Qualitätsmanagements:** Letzteres findet wiederrum Einfluss in das bestehende oder zu etablierende Qualitätsmanagement des MVZs. Dabei bezeichnet der Begriff des Qualitätsmanagements alle Maßnahmen, die dazu dienen die Leistungs- und Prozessqualität permanent zu verbessern. Folglich müssen die Praxis- oder Casemanager in diesem Bereich entsprechend eingebunden sein, so dass sie in der Lage sind den Prozess der Leistungserstellung über das ganze MVZ hinaus zu betrachten und nicht nur die Perspektive einer einzelnen im MVZ „angesiedelten Praxis“ vertreten zu können.

**7. Vorbereitung braucht Zeit:** Viele MVZs wurden oftmals bereits nach kurzer Zeit und entsprechend kurzer Vorbereitungsdauer eröffnet. Den o. g. Punkten wurde folgerichtig nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit zuteil, die einen maßgeblichen Beitrag zum wirtschaftlichen Betrieb eines MVZs leisten können und müssen. Es ist jedoch richtig und gut sich zunächst mit diesen grundlegenden Überlegungen der Organisation und Strukturierung auseinanderzusetzen. Denn: Sind bestimmte Strukturen erst einmal etabliert, sind sie nur noch sehr schwer zu ändern.

Ein MVZ ist im Vergleich zu einer Einzelpraxis eine komplexe organisatorische Struktur mit verschiedenen Berufsgruppen, Fachbereichen und Patienten. Analog zu der Zunahme der möglichen Schnittstellen steigt naturgemäß auch der organisatorische Aufwand. Der vorliegende Artikel erhebt daher in erster Linie den Anspruch, zentrale Probleme im Rahmen des organisatorischen Betriebs eines MVZs zu benennen, zu strukturieren und somit letztlich ein größeres Sichtfeld auf die Grundbedingungen zum erfolgreichen Betrieb eines MVZs zu eröffnen.

**Im Folgenden finden Sie noch einmal die Kernfragen des Artikels in einer übersichtlichen Checkliste zusammengefasst:**

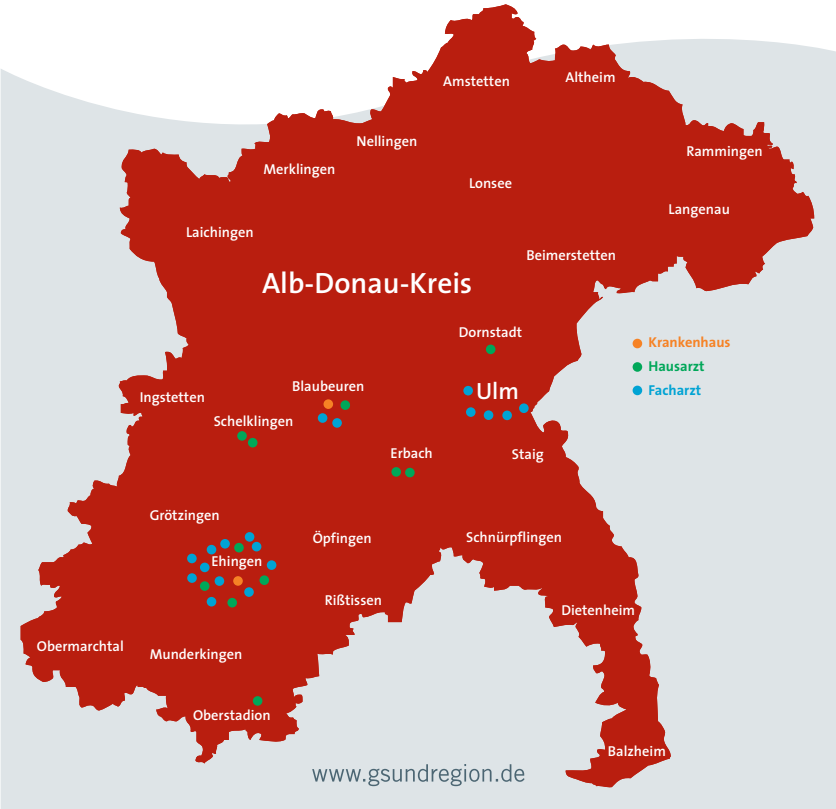
1. Sind in den zu schließenden Verträgen alle Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten klar herausgearbeitet, gibt es Überschneidungen oder Lücken in der Personalstruktur?
2. Genügen die bestehenden Verträge den Anforderungen der neuen Organisationsform?
3. Sind alle Kompetenzen und Weisungsbefugnisse eindeutig zuordenbar und für jeden transparent geregelt?
4. Lässt sich daraus ein Organigramm ableiten?
5. Ist die hauptamtliche Geschäftsführung mit ausreichenden Kompetenzen ausgestattet?
6. Welche Anreizstrukturen sind vorgesehen?
7. Welche Mitarbeiter kommen als Praxis- oder Casemanager in Frage?
8. Existiert ein Konzept zur gezielten Kompetenzerweiterung von Mitarbeitern?
9. Sind zentrale Kennzahlen definiert um ein Zeit- und Leistungscontrolling zu ermöglichen?
10. Wird das Qualitätsmanagement gelebt?
11. Wurde ausreichend Zeit in die Vorbereitung investiert?

G'SUNDREGION
MEDIZINISCHE VERSORGUNG
ALB-DONAU-KREIS

# Neuerungen in der G'sundregion und aktueller Stand

Jörg Simpfendörfer

In der G'sundregion haben sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus dem Alb-Donau-Kreis und Ulm zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, um die regionale Gesundheitsversorgung auch in Zukunft sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Das Konzept der G'sundregion geht unter anderem auf die Erkenntnis zurück, dass Patienten in einer bestimmten Region situationsbedingt in der Regel mehrere verschiedene Ärzte konsultieren müssen. Durch die enge Vernetzung der behandelnden Ärzte, den permanenten fachlichen und persönlichen Austausch und das gemeinsame Wertegerüst wird der Patient ins Zentrum des Behandlungsprozesses gerückt. Das Leitbild der G'sundregion fußt auf den folgenden vier Grundwerten: Patientenorientierung, Qualitätsbewusstsein, Glaubwürdigkeit und gemeinsames Handeln.




Dafür hat sich die G'sundregion auf den Weg gemacht, sich nach §87b SGB V von der KV Baden-Württemberg als anerkanntes Ärztenetz zertifizieren zu lassen.

Der erste Schritt auf diesem Weg ist die Erfüllung der an die Anerkennung geknüpften Kriterien. Im Folgenden lesen Sie, welche Hürden und Meilensteine genommen wurden und wie das verbleibende Stück Wegstrecke aussieht.

Die G'sundregion legt großen Wert auf das Thema Patientensicherheit, daher wurde ein netzinternes Fehlermanagementsystem etabliert und es besteht für alle Netzpatienten das Angebot eines Medikationschecks. Um Wartezeiten innerhalb des Netzes möglichst gering zu halten wurden klare Terminvereinbarungsregelungen festgelegt, die die Koordination und Kontinuität der Versorgung sicherstellen. Damit ist das Ärztenetz in der Lage einen schnellen und effizienten Behandlungsverlauf darzustellen und mögliche Fehlerquellen können frühzeitig eliminiert werden.
Um den stetigen Informationsfluss zwischen den Fachgruppen zu gewährleisten, finden regelmäßige Fallkonferenzen und Qualitätszirkel statt, bei denen sich die Mitglieder fachübergreifend austauschen. Auch die Etablierung netzadaptierter Behandlungspfade geht auf die Aktivität in diesen Gremien zurück. Zur Sicherstellung der reibungslosen Kommunikation wurde eine IT-Infrastruktur aufgebaut über die alle beteiligten Ärzte aus mindestens drei verschiedenen Fachgruppen innnerhalb eines geschützten Netzwerks in Verbindung stehen. Zentral koordiniert wird die G'sundregion über eine eigens eingerichtete Geschäftsstelle.

Blickt man nun also zurück, wird deutlich, dass auf dem ideellen Fundament der G'sundregion (Patientenorientierung, Qualitätsbewusstsein, Glaubwürdigkeit und gemeinsames Handeln) Stein für Stein ein wertvolles Haus gebaut wurde.

## Was fehlt noch?

Wie jedes andere Haus, erwacht jedoch auch die G'sundregion erst so richtig zum Leben, wenn alle Zimmer bezogen sind und genutzt werden. Der nächste große Meilenstein ist daher klar definiert. Um die bestehende Infrastruktur in der Region bestmöglich zu nutzen, bedarf es weiterer Mitglieder, die sich mit den Grundwerten der G'sundregion identifizieren und gemeinschaftlich das Projekt mittragen.

Kooperation und Vernetzung stellen in der heutigen Zeit zwei der wichtigsten Instrumente der ambulanten Medizin dar, zum schnellen und umfassenden Austausch von Informationen, der Entwicklung und Umsetzung von zeitgemäßen Behandlungs- und Präventionskonzepten, und der engen Zusammenarbeit mit dem stationären Sektor.

Wenn auch Sie sich gemeinsam mit Ihren Kollegen organisieren wollen, bietet Ihnen die G´sundregion die ideale Grundlage. Sprechen Sie einfach unsere Mitglieder oder einen Mitarbeiter der Geschäftsstelle an. Sie erreichen uns via E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de oder telefonisch unter: **07391-5865457**. Alternativ besuchen Sie uns einfach auf einer der Veranstaltungen aus dem GNS-Terminkalender und sprechen uns direkt an.

**Werden auch Sie Mitglied in der G´sundregion.**

## Wir sind bereits dabei:

Dr. med. **Michael Barczok**, Ulm
Dr. med. **Klaus Becker**, Blaubeuren
Dr. med. **Klaus Elsner**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Clarissa Flaschka**, Erbach
Dr. med. **Roland Frankenhauser**, Oberstadion
Dr. med. **Friedrich Gagsteiger**, Ulm
Dr. med. **Ulf Göretzlehner**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Hildegard Haehner-Heckmann**, Dornstadt
Dr. med. **Rolf Hiefner**, Erbach
Dr. med. **Elisabeth Ketterl**, Ulm
PD Dr. med. **Gertraud Krähn-Senftleben**, Blaubeuren
Dr. med. **Wolfgang Krück**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Rudolf Meeßen**, Schelklingen
Dr. med. **Frank Miller**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Robin Obermiller**, Schelklingen
Dr. med. univ. **Sebastian Queck**, Blaubeuren
**Andreas Rost**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Rüdiger Sauer**, Ulm
Dr. med. **Roland Schenzle**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Martin Simon**, Ehingen (Donau)
**Henning Stemann**, Ulm
Dr. med. **May Kim Tan-Rau**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Sebastian Thees**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Roland Trautwein**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Martin Wagner**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Roland Weber**, Ehingen (Donau)
Dr. med. **Stephan Wortmann**, Ehingen (Donau)

## Mitgliedschaft leicht gemacht.

Unsere aktuelle Beitrittserklärung finden Sie auf unserer Website unter
www.gnsued.de/home/mitgliedschaft-gns-eg/beitrittserklaerung
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**

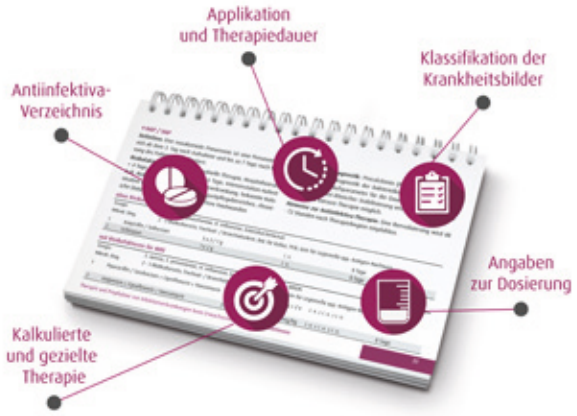
# Herausforderung Antibiotikaresistenz

Antibiotikaresistenzen stellen ein zunehmendes Problem dar. Während antibiotikaresistente Keime früher vor allem mit Krankenhäusern assoziiert waren, spielen diese Keime seit einigen Jahren auch eine immer größere Rolle in der ambulanten Praxis. Dies ist nicht verwunderlich, denn etwa 85 % der Antibiotika-Verordnungen in Deutschland stammen aus dem niedergelassenen Bereich. Antibiotika nehmen unter den fünf verordnungsstärksten Wirkstoffgruppen – mit etwa 38 Mio. Verordnungen pro Jahr – die Spitzenposition ein.

Der Zunahme von Antibiotikaresistenzen kann durch eine sachgerechte und begrenzte Antibiotikaanwendung bei Patienten im ambulanten Bereich entgegengewirkt werden.

- Es besteht eine eindeutige Beziehung zwischen der Antibiotikaexposition und dem Auftreten von Antibiotikaresistenzen. Der Gesamtantibiotikaverbrauch, wie auch die Art der Antibiotikaanwendung, haben Einfluss auf die Resistenzentwicklung. Ein Beispiel hierfür ist die Entwicklung der Fluorchinolon-Resistenz in Deutschland.
- Erfahrungen aus einigen europäischen Staaten zeigen, dass im Zuge einer Reduktion der Antibiotikaverordnungen für ambulante Patienten auch die Häufigkeit von Antibiotikaresistenzen abnahm.

Eine zielgenaue Antibiotikatherapie sollte sich an aktuellen Leitlinien orientieren und auf einer rationalen mikrobiologischen Diagnostik basieren, damit neben einer optimalen Patientenversorgung eine langfristige Vermeidung von Antibiotikaresistenzen erreicht werden kann. Ferner kann eine leitlinienbasierte Antibiotikatherapie Kollateralschäden, wie zum Beispiel eine Zunahme von *Clostridium-difficile*-Infektionen, verhindern.




## Die neue Antiinfektiva-Leitlinie der Limbach Gruppe

Als Hilfsmittel für eine leitliniengerechte, adäquate Antiinfektivatherapie im Praxis-Alltag haben erfahrene Mikrobiologen und Antibiotic-Stewardship-Experten der Limbach Gruppe, darunter auch Kollegen vom MVZ Labor Ravensburg, die neue "Antiinfektiva-Leitlinie der Limbach Gruppe" entwickelt. In diesem kompakten, hoch aktuellen und praxisnahen Leitfaden im Ringbuchformat finden Sie u.a. diese Themen:

- Über 200 Therapieempfehlungen für Erwachsene bezüglich aller relevanten Infektionskrankheiten im ambulanten Bereich, angepasst an aktuelle nationale und internationale Leitlinien
- Eine detaillierte Übersicht über alle gängigen Antiinfektiva im niedergelassenen Bereich
- Hinweise zur rationalen Diagnostik
- Kapitel zu multiresistenten Erregern
- Informationen zur Meldepflicht
- Informationen zum Umgang mit einer Betalaktam-Allergie
- Quellenverzeichnis mit über 70 Referenzen

Die neue Antiinfektiva-Leitlinie stellt das MVZ Labor Ravensburg ihren Einsendern, aber auch anderen interessierten Kollegen, gerne zur Verfügung. Sie kann unter Tel.: 0751-502-40 oder Fax: 0751-502-45 angefordert werden.

### Praxis-Tipps zur Antibiotikaverordnung:

- So oft wie notwendig, so selten wie möglich; es muss eine klare Indikation vorliegen
- Wirkspektrum des verordneten Antibiotikums: so schmal wie möglich und so breit wie notwendig
- Therapie-Dauer: so lange wie notwendig und so kurz wie möglich
- Abbruch der Therapie: sobald keine Indikation mehr besteht
- Mikrobiologische Diagnostik: wenn indiziert, dann vor Therapiebeginn; nicht (erst) bei Therapieversagen

***Autor:***
*Prof. Dr. med. Nele Wellinghausen,*
*MVZ Labor Ravensburg*
*Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin, ABS-Expertin*

www.labor-gaertner.de

Mehr zu diesem Thema erfahren Sie auch auf unserer nächsten infektiologischen Fortbildung am 28.09.2016 in Ulm: **Thema: "Herausforderungen durch alte und neue Infektionserkrankungen"** Referentin: Prof. Dr. med. Nele Wellinghausen, MVZ Labor Ravensburg

# Das „Gesunde Kinzigtal“ als Vorbild – bald „Nachwuchs“ in Sicht?

## Eine Nachlese zum Parlamentarischen Abend des Gesunden Kinzigtals.

Jörg Simpfendörfer

In Berlin fand am 6. Juni 2016 der Parlamentarische Abend des Gesunden Kinzigtals statt. Das Thema des Abends lautete: „10 Jahre Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal – Welche Erkenntnisse können wir für eine Innovationsstrategie im deutschen Gesundheitswesen nutzen?“

Gesundheitspolitiker und -experten betonten die zunehmende Bedeutung von regionalen Strukturen und innovativen Versorgungsformen wie zum Beispiel das Gesunde Kinzigtal.
Um den veränderten Herausforderungen an die medizinische Versorgung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden, sei es unabdingbar, die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden um die Patientenorientierung zu stärken.
Bärbl Mielich, die neue Staatssekretärin des Ministeriums für Soziales und Integration in Baden-Württemberg bezeichnete das „[…] Konzept einer gesundheitlichen Versorgung, die ganzheitlich, sektorenübergreifend, interprofessionell und innovativ ist […]“ als „[…] ein erfolgreiches Zukunftsmodell.“

Dass die Versorgung in innovativen Strukturen auch zu besseren Ergebnissen und einer höheren Effizienz führt, konnte anhand zweier Daten verdeutlicht werden.
Die Überlebenszeiten von Patienten, die in der Integrierten Versorgung (IV) eingeschrieben sind, ist bei den Versicherten fünf Jahre nach der Intervention signifikant höher: In einer kontrollierten Kohortenstudie an der 6.482 eingeschriebene Versicherte teilnahmen, konnten 617 weniger verlorene Lebensjahre (Years of potential life lost) nachgewiesen werden, im Vergleich zu einer entsprechenden Kontrollgruppe.

Auch das ausserordentliche Engagement der beteiligten Leistungserbringer, sowie die hohe Patiententreue tragen ihren Teil zum Gesamterfolg bei. „Wir haben gelernt, auch Therapeuten und Pflegende, die Patienten und deren Familien in die Behandlungen einzubeziehen“, so Martin Wetzel, Vorsitzender des Ärztenetzes MQNK.

Darüber hinaus wurde zum achten Mal in Folge ein positiver Deckungsbeitrag erzielt, in Höhe von knapp 5,5 Millionen € brutto für das Jahr 2015 und die insgesamt 33.0000 Versicherten der Vertragspartner. Damit kostet jede Krankenversicherung im Kinzigtal durchschnittlich 166 € weniger, als im bundesdeutschen Durchschnitt. Der Betrag errechnet sich aus der Differenz der erwarteten Kosten und den tatsächlich angefallenen Kosten. Als Berechnungsgrundlage dient dabei die Gesamtversichertenpopulation der Krankenkassen. Die dadurch erzielten Kosteneinsparungen werden zwischen den Vertragspartnern aufgeteilt und in den Bereichen IV-Management, Interventionsinstrumente und Infrastrukturen verwendet.

Der AOK Vorstandvorsitzende Dr. Christopher Hermann betonte bereits im Vorfeld zu dieser Veranstaltung, dass sich das Gesunde Kinzigtal als innovatives Versorgungsmodell in der Praxis bewährt habe. „Daher planen wir die Ausschreibung eines Versorgungsansatzes nach dem Kinzigtaler Vorbild auch in anderen baden-württembergischen Regionen.“

**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** Alle Fotos GNS

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

## Vortrag zum Thema Antikorruption mit Dr. Ulrich Clever

**Datum:** Dienstag 27. September 2016
**Ort:** Gesundheitszentrum Blaubeuren,
Ulmer Str. 26, 89143 Blaubeuren, Konferenzraum
**Uhrzeit:** 19:30 – 21:00 Uhr

## Vernetzung ambulant-stationär im Alb-Donau Kreis – sind Sie dabei? Status Quo und Möglichkeiten. inkl. Fallkonferenz

**Datum:** Dienstag 11. Oktober 2016
**Ort:** Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen
**Uhrzeit:** 19:00 – 22:00 Uhr

## Rational verordnen – Regresse vermeiden!

**Datum:** Donnerstag 13. Oktober 2016
**Ort:** Hotel Waldhorn, Marienplatz 15, 88212 Ravensburg
**Uhrzeit:** 19:00 – 20:30 Uhr

## Rational verordnen – Regresse vermeiden!

**Datum:** Donnerstag 27. Oktober 2016
**Ort:** Hotel Waldhorn, Marienplatz 15, 88212 Ravensburg
**Uhrzeit:** 19:00 – 20:30 Uhr

## DMP Quattro in Reutlingen/Eningen

**Datum:** Samstag 26. November 2016
**Ort:** H3 Büro und Schulungszentrum,
Arbachtalstr. 6, 72800 Eningen unter Achalm
**Uhrzeit:** 09:00 – 15:00 Uhr

Anmeldung und Programm über die Homepage oder per Email an die **service@gnsued.de**