

im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

Angst vor
dem großen
Kapital?

Agentur deut-
scher Arztnetze
stellt sich
neu auf

Arbeitgeber-
attraktivität
von ambulanten
Strukturen



Inhalt

Seite 2: Vorwort/Titelthema

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell

Seite 5: Kommentar TSVG

Seite 6: Die Zeit ist da – Die Hindernisse zur Gründung von überbetrieblichen Organisationsformen in mittelbarem ärztlichem Besitz sind überwindbar!

Seite 10: Schöne neue Arbeitswelt für Ärzte

Seite 12: Praxisnetzgipfel: 5 Jahre anerkannte Praxisnetze

Seite 14: Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze.

Seite 19: Agenda "Diabetesversorgung 2030"

Seite 20: Terminkalender

Laborecke

Seite 17: Indikation zur kalkulierten Antibiotikatherapie bei ambulant erworbenen Infektionen der Atemwege

Assekuranz

Seite 18: Cyberrisiken – ein Thema auch für Ärzte

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 6 Dr. Knüppel/Artemis, Seite 8 und 9 KBV/Christophers, Seite 10 Dr. Schang/AdA Alle weiteren Fotos: GNS

Liebe Mitglieder, liebe Leser,



wir greifen mit unserem Schwerpunktthema „Angst vor dem großen Kapital?“ vielleicht eines der ganz großen Themen der aktuellen ärztlichen Berufspolitik auf. Vielleicht leisten wir damit ja sogar einen Beitrag zur Orientierung der Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags, damit diese nicht länger „ratlos“ sind, wie dies Michael Hennrich, Obmann der CDU im Gesundheitsausschuss kürzlich beschrieb.¹

Derzeit durchläuft das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)“ den parlamentarischen Prozess und befindet sich aktuell in der Phase zwischen den Beratungen des Bundsrats und des Bundestags. Als Termin für das in Kraft treten dieses bislang größten Gesetzesvorhabens des Gesundheitsministers Jens Spahn ist der 1. April 2019 vorgesehen. Das TSVG hat viele Facetten. Die Erleichterungen, die der Entwurf für die Gründung von MVZ vorsieht, mögen auf den ersten Blick wenig spektakulär erscheinen. Dennoch sind sie uns eine Auseinandersetzung wert. Und nicht nur uns.

Der Bundesrat hat hierzu eine Bitte: *„Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, um den feststellbaren und für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlichen Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wirksam zu begegnen.“*²

Da die Begründung für die Empfehlung des Bundesrats für sich spricht und keiner Erläuterung bedarf, erlaube ich mir, diese hier im Originalwortlaut wiederzugeben: „MVZ leisten seit Jahren einen wertvollen Beitrag zur vertragsärztlichen Versorgung. Sie flexibilisieren die Erbringung und Organisation ärztlicher Leistungen und die ärztliche Berufsausübung als solche. Sie kommen damit dem Berufsbild und den Berufserwartungen gerade junger Mediziner sehr entgegen und tragen damit auch zur Nachwuchsgewinnung für die unmittelbare Patientenversorgung bei. Sie stellen damit eine gute Ergänzung und Alternative zur Tätigkeit in eigener Praxis dar.“

Durch die vorliegend geplante Regelung soll nun klargestellt werden, dass einzelne MVZ-Trägergesellschaften nicht auf das Betreiben eines einzigen MVZ beschränkt sind, sondern zeitgleich mehrere MVZ tragen können. Die hierdurch mögliche Vereinfachung und Entbürokratisierung der Abläufe in der Praxis wird grundsätzlich begrüßt.

Es ist jedoch zu befürchten, dass dadurch zugleich die Bildung von versorgungsschädlichen konzernartigen Monopolstrukturen in der ärztlichen Versorgung weiter begünstigt werden könnte. Denn bereits heute sind in der vertragsärztlichen Versorgung gerade im Bereich der MVZ in

einzelnen Regionen beziehungsweise Fachrichtungen bedenkliche Monopolisierungstendenzen und zunehmend konzernartig aufgebaute MVZ beziehungsweise MVZ-Ketten festzustellen.

Für MVZ wurden bereits Rechtsformen wie die Aktiengesellschaft und rein kommerzielle Gründergesellschaften ohne Beteiligung von Leistungserbringern ausgeschlossen, um einem Überhandnehmen von reinen Kapitalinteressen in der Versorgung durch MVZ zu begegnen. Einem vergleichbaren Ziel dient auch die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Beschränkung der Gründungsberechtigung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ.

Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung durch MVZ auch zukünftig ausreichende Versorgungssicherheit zu gewährleisten und Versorgungsentscheidungen von patientenschädlichen Fremdeinflüssen weiterhin freizuhalten. Hierzu sind allgemeine Regelungen erforderlich, die für die Versorgung durch MVZ insgesamt greifen – gleich in welcher Trägerschaft. Vor diesem Hintergrund wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete zusätzliche Regelungen zu schaffen, um den zunehmenden Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ verlässlich entgegenzuwirken.“

Vereinfacht gesagt möchte der Bundesrat erreichen, dass

- die in vielerlei Hinsicht bewährte Organisationsform des MVZ gestärkt wird
- Regelungen gefunden werden, die ausschließlichen Renditeinteressen von Kapitalgebern zurückzudrängen

Als geeignete Mittel hierfür werden angesehen:

- Regionale Begrenzung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern und ein
- Fachlicher Bezug des Krankenhauses zum Gegenstand des MVZ muss gegeben sein.

Wir meinen, dass die Forderungen des Bundesrates berechtigt sind und ermutigen ausdrücklich dazu, sich diese zu eigen zu machen.

Ebenso begrüßen wir ausdrücklich, dass der Bundesrat eine Erweiterung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Einschränkung des Leistungserbringerstatus von Arztnetzen fordert. Während im Gesetzentwurf die eingeschränkte Gründungsberechtigung für Arztnetze in unterversorgten Gebieten vorgesehen ist, wird in der Bundesratsfassung die Aufhebung der Beschränkung auf unterversorgte Gebiete gefordert, damit Praxisnetze zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen genutzt werden können.

Sie haben mit dieser Ausgabe des „51. dialogs“ ein Heft vor sich, das Sie gegebenenfalls überraschen wird. Vielleicht ist aber auch genau das Gegenteil der Fall und Sie fühlen sich während der Lektüre zunehmend bestätigt. Während die Organisationsform des MVZ lange Jahre intensiv bekämpft wurde, hat sie sich dennoch etabliert. Was nicht zuletzt daran liegt, dass sie ein Wunschmodell der jüngeren Ärztesgeneration bedient. Während im Jahr 2007 rund 10.000 Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Gesundheitswesen als Angestellte tätig waren, waren in 2017, also genau 10 Jahre später 36.000 Ärzte angestellt.³ Dies entspricht einem Zuwachs von 246%.

¹ <https://www.aend.de/article/191969>

² Bundesrat Drucksache 504/1/18

³ Bundesärztekammer

Dies sind Entwicklungen, die lange nicht gesehen wurden und auch nicht gewünscht wurden. Das Bild des selbständigen, niedergelassenen Arztes ist zwar sowohl wünschenswert als auch in der Realität derzeit mehrheitlich anzutreffen und dabei gleichzeitig substanziell gefährdet. Im Verhältnis waren 2017 76,68% der im ambulanten Gesundheitswesen tätigen Ärzte selbständig und 23,32% angestellt. Ich wage die Prognose, dass sich dies nicht nachhaltig ändern wird und zukünftig eher mehr Ärzte angestellt arbeiten wollen. Einer Umfrage⁴ zufolge wollen 74% der befragten Ärzte keine eigene Praxis betreiben. Lediglich 8% der Befragten streben eine eigene Praxis an. Vor dem Hintergrund, dass derzeit 30,74% aller berufstätigen Ärzte selbständig sind, erscheinen die o.g. Werte geeignet, die Entwicklung zur unselbständigen Tätigkeit zu befördern. Daraus folgt, dass insbesondere das ambulante Gesundheitswesen, welches traditionell der Ort selbständigen, niedergelassenen Arztseins ist, vor großen Umwälzungen steht, da die Ressourcen sich inmitten eines fundamentalen Wertewandels befinden und im Verhältnis zur Vergangenheit nicht mehr in gleichem Maße zur Verfügung stehen. Wenn wir das ambulante Gesundheitswesen leistungsfähig erhalten wollen, müssen wir Bedingungen schaffen, die den Erwartungen derer entsprechen, die dort arbeiten sollen. Wenn sie dies nicht mehr als Selbständige tun wollen, dann müssen wir dies emotionslos erkennen und ihnen die Möglichkeiten bieten, dies in der Form zu tun, die sie sich wünschen.

Wir stehen vor oder inmitten historischer Veränderungen. Meines Erachtens stehen wir vor nicht weniger als einem fundamentalen Umbruch der ambulanten Versorgungslandschaft. Dabei können ärzteigene überbetrieb-

liche Organisationen eine herausragend positive gestalterische Rolle spielen. Dies ist aber keineswegs schon ausgemacht. Es könnte auch genau anders kommen und das traurige Kapitel einer zentralistischen, staatlich gelenkten Medizin wird aufgeschlagen und beherrscht auf unbestimmte Zeit den Diskurs. Oder es kommt so – und auch dafür sprechen einige Anzeichen – dass Medizin in die Hände vorwiegend renditeinteressierter Geldgeber gelangt. Wir bei GNS vertreten die Interessen unserer Mitglieder. Daraus leiten wir ab, dass die ambulante Medizin auch zukünftig – zumindest der strategische Aspekt – in die Hände von selbständigen Ärzten gehört. Daher setzen wir alles daran, dass Modelle gefunden und umgesetzt werden, die vor allem den überbetrieblichen Teil der Versorgung strategisch regeln. Wir wollen Versorgungszentren gründen und betreiben, die Ärzten gehören. Wer zahlt, schafft an. Denn es besteht die Gefahr dass, wer nicht zahlt, schafft. Wir wollen nicht länger der Illusion unterliegen, dass gute Ärzte, gleichzeitig gute Unternehmer sind oder sein müssen. Sie dürfen auch einfach nur gute Ärzte sein. Und das mit aller Leidenschaft und angstfrei. Weil sie wissen, dass sie in einem ärztlichen Verbund arbeiten, in dem Versorgungs- und Renditeinteressen ausgewogen vertreten sind. Wir stellen uns ein Versorgungsmodell vor, indem selbständige Ärzte mit einem lokalen oder regionalen Bezug jeweils die Mehrheit an einer überbetrieblichen Versorgungseinheit halten. GNS selbst hält eine Minderheitsbeteiligung und stellt die Geschäftsführung. Die Hauptaufgabe dieser Gesellschaft besteht darin, die lokale und regionale Patientenversorgung in ergänzender Weise zu sichern. Sie steht also z.B. für den Fall, dass Arztsitze nicht zu besetzen sind zur Verfügung, um Sitze zu übernehmen und mit angestellten Ärzten zu

besetzen. Eine andere Spielart könnte darin bestehen, dass eine solche Gesellschaft, Ärzten, die eine Niederlassung erwägen, aber sich aufgrund der enormen verwalterischen Herausforderungen die Umsetzung nicht zutrauen, diesen Teil der selbständigen Tätigkeit in Form von Serviceleistungen abnimmt.

Bislang fehlte die Voraussetzung, um das Modell der GNS-Gesundheitszentren zu realisieren. Mit dem TSVG erscheinen diese nun greifbar nah. Dies hätte den Charme, dass GNS als überbetriebliche Organisation Versorgung mit und für ihre Mitglieder lokal und regional zukunftsicher gestalten könnte und wir das Feld der Versorgung weder staatlichen noch Kapitalinteressen überlassen würden. Ich finde, dass dies eine schöne Perspektive ist.



Herzlichst
Ihr **Wolfgang Bachmann**
Geschäftsführender Vorstand Gesundheitsnetz Süd eG

⁴ Report zur Job-Zufriedenheit: Was Ärzte in Deutschland frustriert und warum sie trotzdem ihren Beruf so lieben, Medscape

Kommentar TSVG

Jörg Simpfendörfer

Der internationale Vergleich zeigt deutlich: die Wartezeiten auf einen Arzttermin fallen in Deutschland erheblich geringer aus wie in anderen Ländern. Wir haben sogar eine Spitzenposition. Natürlich geht es immer besser und schneller, aber man könnte annehmen, dass es sich hierbei nicht um ein Problem handelt, das einer dringenden politischen Lösung bedarf. Falsch gedacht, denn wenn es um den Zuspruch der Wählerschaft geht, dann geht es nicht immer nur um Statistiken sondern auch zunehmend oft um Befindlichkeiten.

Daher erscheint der Gedankengang von Herrn Spahn zur Ausweitung der Sprechzeiten geradezu bestechend einfach und folgerichtig. Man bedient die gefühlte Problemlage zu langer Wartezeiten auf einen Arzttermin, indem man die Sprechstundenzeiten auf mindestens 25 Stunden in der Woche erhöht und die Terminservicestellen reformiert, um bisher unentdeckte Kapazitätsschätze in der vertragsärztlichen Versorgung zu heben.

Wäre da nicht die Statistik: aktuelle Befragungen legen nahe, dass die Ärztinnen und Ärzte die Schwelle von 25 Stunden ohnehin längst genommen haben, während die Terminservicestellen im ersten Jahr lediglich 0,2 Promille aller ambulanten Termine organisiert haben.

Auf den ersten Blick muss das also ein Rohrkrepieler werden. Oberflächlich betrachtet stimmt das auch.

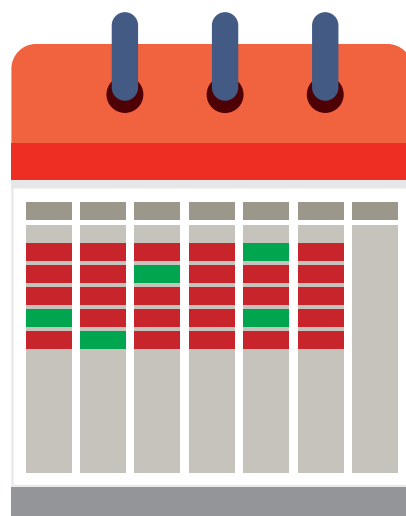
Aber vielleicht muss es das auch nicht, oder zumindest nicht so wie gedacht, denn in der Verpackung TSVG steckt noch mehr drin.

Der Ansatzpunkt ist ein vorsichtiger Schritt in Richtung Entbudgetierung ärztlicher Leistungen, als Köder wenn man so will. Wird ein "dringlicher Behandlungstermin" von einem Hausarzt erfolgreich vermittelt, erhält der Hausarzt ein "Vermittlungshonorar" von "mindestens fünf Euro" und der Facharzt kann seine erbrachten Leistungen extrabudgetär abrechnen. Für Patienten in den offenen Sprechstunden soll der Arzt die Grundpauschale extrabudgetär erhalten, aber nur wenn die Überweisung für die offene Sprechstunde von einem Hausarzt ausgestellt wurde (ein Widerspruch in Sich, aber geschenkt). Wird ein Patient über die Terminservicestelle vermittelt, soll dieser in vollem Umfang extrabudgetär vergütet werden. Für "neue Patienten" soll die Grund- oder Versichertenpauschale extrabudgetär bezahlt werden. Zieht man diese Maßnahmen einmal zusammen und richtet die Praxisführung entsprechend an den geplanten Strukturen aus, dann stellt man fest, dass die Budgetierung hier durchaus ein Stück ins Wanken geraten kann.

Der Eingriff ist tatsächlich tief, sowohl in der Praxis als auch in die Selbstverwaltung. Für die Aussicht zu einem gewissen Grad frei von Budgetierungen zu arbeiten, müsste sich die Organisation der Praxis an die Strukturen der Gebührenordnung anpassen und würde nicht mehr unabhängig von den Ärzten festgelegt.

Dadurch wird es zwar nicht mehr Termine geben, aber es wird Termine auf anderen Wegen geben. Neben den klassischen Terminen erstarken das Wartezimmer (5h offene Sprechstunde

pro Woche) und die (jetzt ebenfalls lohnende) Terminvereinbarung über eine Terminservicestelle. Auch die formale Überweisung kann wieder an Bedeutung gewinnen. Diese Strukturierung hat das Potential aus der gefühlten Problemlage "zu lange Wartezeiten auf Arzttermine" einen ebenfalls gefühlten "organisierten Zugang zu Arztterminen" zu machen. Der Preis dafür ist die Ausrichtung der Praxisprozesse an den neuen Vorgaben und die individuell zu beantwortende Fragestellung inwiefern das mit den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit vereinbart werden kann.



Die Zeit ist da – Die Hindernisse zur Gründung von überbetrieblichen Organisationsformen in mittelbarem ärztlichem Besitz sind überwindbar!

Stephan Wiedemann



Stephan Wiedemann
Berater & Unternehmer

Die ambulante ärztliche Versorgung gerade in ländlichen Regionen Deutschlands ist vielerorts gefährdet. Die ambulante Versorgung wird zunehmend durch angestellte Ärzte geleistet. Die Anzahl der Ausgebildeten steigt, während die Zahl der Niedergelassenen sinkt.

Wie ist dieses Paradoxon zu erklären? Und können zentral organisierte Großpraxen und/oder fachübergreifende MVZ-Strukturen ein Weg sein, das Problem zu lösen?

Was sind diesbezüglich die Vorteile einer Großpraxis für die tätigen Ärzte – Inhaber sowie Angestellte – und auch der Patienten?

Die Einzelpraxis geht ihrem Ende zu!

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist durch folgende Entwicklungen stark belastet:

- Der demografische Wandel in der Bevölkerung
- Die Altersstruktur der Ärzte
- Das Voranschreiten der medizinischen Forschung
- Die Unattraktivität der Freiberuflichkeit

Zudem haben wir in Deutschland ein ärztliches Verteilungsproblem mit einem deutlichen Gefälle zwischen Zentrum und Peripherie. Diese erhöht den Druck auf die vertragsärztliche Versorgung zudem.

Die traditionelle Form der Einzelpraxis wird es in Zukunft nicht mehr schaffen, den Bedürfnissen nachkommender, aber auch der ausscheidenden Ärztegeneration gerecht zu werden. Um den ambulanten Sektor wieder für junge Mediziner attraktiver zu gestalten und um die ambulante ärztliche Versorgung gerade in den ländlichen Regionen Deutschlands langfristig sicherzustellen, werden tiefgreifend Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgungsstruktur benötigt.

Ein Lösungsansatz ist die "inhabergeführte, zentralorganisierte Großpraxis" – freiberuflich geprägt, auf der Basis größerer Gemeinschaftspraxen mit angestellten Ärzten und einer betriebswirtschaftlich-organisatorischen Leitung in einer zentralen Verwaltung. Dieses Modell ist im Grunde als Gegenentwurf zu den Medizinischen Versorgungszentren zu verstehen, die insbesondere durch die Investitionen von Private-Equity-Gesellschaften wachsen. Bereits im September 2011

stellte die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung fest, dass medizinische Entscheidungen im Bereich der ambulanten Versorgung von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten, und bezeichnete dies als »Gefahr«, der im Sinne des Patienten entgegenzuwirken sollte.

Um eine Großpraxis dauerhaft erfolgreich zu positionieren, müssen die Vorteile sowohl für den bisherigen und den zukünftigen Inhaber, als auch für die angestellten Ärzte berücksichtigt werden. Erst wenn diese drei Gruppen jeweils die Frage nach dem „What’s in for me?“ für sich positiv beantworten können, lässt sich eine Großpraxis nachhaltig als betriebswirtschaftliches Erfolgsmodell etablieren.

Vorteile einer Großpraxis für den Inhaber

Im Folgenden sind eine ganze Reihe von klaren Vorteilen aufgeführt, die eine Großpraxis den Ärzten bieten kann:

- Anstellungsmöglichkeit ohne unternehmerisches Risiko für Ärzte wird ermöglicht.
- Durch Zusammenschlüsse ergeben sich viele Synergieeffekte, die es konsequent zu heben gilt.
- Betriebswirtschaftliche Aspekte, z.B. Skalierungseffekte im Einkauf können zu deutlichen Kostensparwirkungen führen.
- Spezialisierungen in der ärztlichen Tätigkeit wird ermöglicht. Dadurch entstehen Alleinstellungsmerkmale, um sich gegen konkurrierende Pra-

xis-Modelle abzugrenzen.

- Für alle Mitarbeiter ergeben sich flexible Arbeitszeitmodelle mit attraktiver Work-Life-Balance: Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, gesteigerte Familienfreundlichkeit, etc.
- Höhere Flexibilität bei Vertretungswünschen, Urlaub und Krankheit ist garantiert.
- Der organisatorische Ablauf wird durch zentrale Verwaltungsstrukturen und durch standardisierte Prozesse optimiert.
- Erhöhung der Markteintrittsbarriere für Konkurrenten durch eine lokale Monopolstellung.

Vorteile einer Großpraxis für den Patienten

Vor allem die Patienten profitieren erheblich von einem medizinisch fokussierten Zusammenschluss von Praxen. Der Nutzen liegt somit nicht nur bei den Ärzten.

In der Regel nehmen die Patienten speziell die Steigerung der Dienstleistungsqualität war. So gibt es in der Großpraxis:

- Erweiterte Öffnungszeiten von Montag bis Freitag.
- Durchgehende Sprechstunden, d.h. ohne Mittagspause.
- Öffnungszeiten auch an Samstagen.
- Keine Schließung oder Sprechzeitenausfall wegen Urlaub oder Krankheit.
- Höhere wahrgenommene medizinische Kompetenz bei speziellen Fragestellungen.
- Kürzere Wartezeiten auf Termine.
- Individuelle, wohnortsnahe Betreuung durch geringere Zentralisierungs- und Konsolidierungstendenzen.

Größter Hinderungsgrund für einen Zusammenschluss: Die Gewinnverteilung!

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass einer der häufigsten Gründe für das Scheitern von Fusionen, das Problem

der praxisinternen Gewinnverteilung ist. Urächlich können dies die individuellen Unterschiede der beteiligten Ärzte sein:

- Das Ungleichgewicht der eingebrachten Eigentumsanteile.
- Die eingebrachten Patientenzahlen.
- Die eingebrachten Privatpatientenanteile.
- Die individuellen Arbeitsweisen und Arbeitszeiten.
- Die unterschiedlichen Zulassungen und Qualitätsvoraussetzungen für bestimmte Leistungen.
- Die unterschiedliche Anzahl der Fehltag (z. B. Urlaub oder Krankheit).

Für die teilweise eklatanten Unterschiede und die sich daraus ableitbaren individuellen Erwartungshaltungen ist es unerlässlich Lösungen zu erarbeiten: Drei zentrale Merkmale, sollten von einem Vergütungssystem erfüllt werden, um den Ärzten den Schritt über die wichtigste Hürde zu erleichtern:

1. Transparenz

Ein internes Vergütungssystem muss klar und für jeden verständlich sein. Alle Abrechnungsschritte sowie der Geldfluss müssen nachvollziehbar dargestellt und erklärbar sein. Idealerweise erfolgt die Berechnung und Erläuterung durch eine unabhängige Instanz, z.B. durch einen Steuerberater.

2. Leistungsbezogen

Das System muss die erbrachten Leistungen der Einzelnen korrekt abbilden. Die Leistungsbezogenheit wird an der Umsatzstärke, der Anwesenheit etc. der Betroffenen festgemacht. Zusätzliche, außermedizinische Aktivitäten für die Praxis, z.B. Verbandstätigkeiten, können zudem berücksichtigt werden.

3. Flexibilität des Vergütungssystems

Das System muss auf Veränderungen reagieren können, seien es externe Ver-

änderungen von Vergütungsstrukturen oder auch interne Veränderungen der Schwerpunktverlagerungen oder der individuellen Arbeitsweisen.

Konkret gilt es folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Das eingesetzte, zu verzinsende Kapital.
- Die Eigentum- oder Gesellschafteranteile.
- Die grundlegende Unterscheidung und Zuordnung von leistungsunabhängigen und leistungsabhängigen Leistungen.
- Berücksichtigung von Fehltagen jeglicher Art und von zusätzlichen Arbeitstagen.
- Berücksichtigung von Zusatzarbeiten wie Geschäftsführung, Repräsentanz, Verwaltung etc.
- Umfangreiche Berücksichtigung von individuellen Unterschieden, wie z. B. Arbeitsweise, Umsatzleistung, Wirtschaftlichkeit

Was ist die Praxis wert?

Der zweite entscheidende Stolperstein für einen Zusammenschluss ist die Praxisbewertung, u.a. für den Fall eines Ausstiegs oder den Anteilsverkauf eines Inhabers.

Es braucht viel Know-how und Erfahrung, um eine realistische Einschätzung des Praxiswerts abzugeben. Bei der Berechnung müssen sowohl der materielle als auch der immaterielle Zeitwert der Praxis sowie die Erwartung künftiger Praxiserträge berücksichtigt werden. Um auch bei diesem Thema für Transparenz zu sorgen, empfiehlt sich die jährliche, professionelle Berechnung des Praxiswertes. Hierzu kommt häufig der Ansatz der modifizierten Ertragswertmethode zum Einsatz.

Um teure Fehler bei der Praxisbewertung zu vermeiden und die Verhandlungen auf eine sachliche Basis zu stellen, ist es sinnvoll, sich fachkundige Unterstützung zu holen

und das Verfahren bereits im Gesellschaftsvertrag zu verankern.

Zusätzliche Herausforderungen: Klinik-Konzerne und Private-Equity-Gesellschaften verändern den Markt der ambulanten Versorgung

Zwar bewirkt das stark regulatorische Umfeld noch immer recht hohe Zugangshürden für Zusammenschlüsse im Markt der ambulanten ärztlichen Versorgung. Ist diese gesellschafts- und standrechtliche Hürde jedoch genommen, bieten sich gute Möglichkeiten für erfolgreiche Konsolidierungsstrategien in einem bislang stark fragmentierten Marktumfeld. Insbesondere junge Ärzte werden verstärkt nach Alternativen für die eigene Selbstständigkeit suchen. Dem Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten und einer Anpassung an familiäre und sonstige private Bedürfnisse werden wohl nur arbeitsteilige Konzepte

gerecht werden können. Und nicht zuletzt wird der steigende Kostendruck in der Gesundheitsversorgung ganz erhebliche Effizienzsteigerungen fordern. All dies dürfte in größeren und professionalisierten Einheiten sehr viel leichter umzusetzen sein als in den hergebrachten, eher kleinteiligen Organisationsformen.

Es scheint daher keine Frage zu sein, ob sich der Markt der ambulanten ärztlichen Versorgung konsolidiert, sondern allenfalls, in welcher Intensität die neue Dynamik am Markt tatsächlich für den Arzt und vor allem für den Patienten spürbar wird.

In jedem Fall bietet der Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung interessante Optionen für Investoren, wie erste Investitionen in Krankenhäuser und Großpraxen bereits zeigen. Zum einen investieren Private-Equity-Gesellschaften ungebremst in medizinische Versorgungszentren, um nach

fünf bis zehn Jahren die MVZ Struktur gewinnbringend weiter zu veräußern. Zum anderen engagieren sich Klinikträger immer stärker in der ambulanten Versorgung. Ziel der Klinikkonzerne ist es, sich als einen marktbeherrschenden Gesundheitsgesamtversorger zu etablieren.

Um diesen beiden Herausforderungen entgegenzutreten ist es absolut notwendig, überbetriebliche Organisationsformen in mittelbarem ärztlichem Besitz zu schaffen. Nur so ist die patientenorientierte, medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten und den rein kapitalgeleiteten Interessen versorgungsfremder Organisationen zumindest ein Stück weit auf ihrem bislang ungehinderten Vormarsch entgegenzutreten.

Mitgliedschaft leicht gemacht

Die Mitgliedschaft in der Genossenschaft kostet **einmalig 500 Euro** (nach Gesetz und Satzung fällige Einzahlung) sowie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von **25 Euro/Monat**.

Vollständiger Name und Anschrift des Beitretenden/Mitglieds/Praxisstempel

Name

Telefon

Straße

Fax

PLZ/Ort

E-Mail

Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen

Rückantwort bitte per Fax an

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Genossenschaft.

07391 5865451

Weitere Informationen finden Sie jederzeit unter www.gnsued.de

Gutscheincode:
DIALOG 2019

jofodo
Jobs for Doctors

GUTSCHEIN

für 1 Stellenanzeige im
Wert von bis zu € 590,-

Weil wir wollen, dass Sie die Ärzte finden, die zu Ihnen
passen, schenken wir Ihnen eine Stellenanzeige auf jofodo.de

Und so funktioniert:

1. Gehen Sie auf <https://www.jofodo.de/recruiter> und klicken Sie auf den Button ‚Stellenanzeige veröffentlichen‘. Möchten Sie mehr über uns und unsere Produkte erfahren, finden Sie weitere Infos unter <https://www.jofodo.de/recruiter/products>
2. Füllen Sie das Formular zur Veröffentlichung Ihrer ärztlichen Stellenanzeige aus und registrieren Sie sich anschließend als Arbeitgeber
3. Im nächsten Schritt haben Sie die Möglichkeit, ein Upgrade zu Ihrer Stellenanzeige hinzuzubuchen
4. Kontrollieren Sie Ihre Angaben noch einmal, geben Sie im letzten Schritt im Abschnitt Coupons den Gutscheincode DIALOG 2019 ein und klicken Sie auf ‚Gutschein hinzufügen‘
5. Geschafft! Klicken Sie nun auf ‚Bestellen‘ und Ihre Stellenanzeige wird nach Prüfung durch unsere Experten auf jofodo.de veröffentlicht. Wenn Sie möchten, können Sie zusätzlich ein kostenfreies Unternehmensprofil auf Jofodo.de gestalten. Wie so etwas aussehen kann? Hier entlang:
<https://www.jofodo.de/unternehmen-suche>

Bitte beachten Sie: Auf jofodo.de können nur ärztliche Stellen veröffentlicht werden. Medizinisches Personal, Praxisnachfolge-Gesuche sowie durch Headhunter zu besetzende Stellen sind nicht Bestandteil des Angebotes. Aktionsbedingungen: Gutschein gültig bis 31.12.2019. Gutscheinwert maximal € 590, dies entspricht Preis und Leistung einer Stellenanzeige inkl. Refresh. Kein Abonnement. Nur ein Gutschein pro Kunde und Bestellung einlösbar, keine Barauszahlung, keine Übertragung, keine rückwirkende Anrechnung auf bereits getätigte Bestellungen. Es gelten unsere AGB.

www.jofodo.de



Wolfgang Bachmann

Schöne neue Arbeitswelt für Ärzte

Dr. Dr. Dirk Knüppel im Interview mit der Redaktion von „im dialog“



Dr. Dr. Dirk Knüppel

Die Zahl der angestellt arbeitenden Ärzte im ambulanten Sektor hat sich innerhalb von 10 Jahren, von 2007 bis 2017 verdreifacht. Aktuell arbeiten mehr als 36.000 Ärztinnen und Ärzte in angestellter Form in der ambulanten Medizin. Der Zahl steigt weiter. Hier ist eine Entwicklung im Gange, deren Ursachen nur vage beschrieben sind. Es gibt zwar Untersuchungen zu der Frage, was die Ursache dafür ist, weshalb immer mehr Mediziner in angestellter Form arbeiten. Aber es gibt nur wenige Erfahrungsberichte bzw. Bestpractice Beispiele. Wir haben uns daher in der Landschaft umgehört und starten mit dieser Ausgabe unseres Magazins eine Artikelserie über Unternehmen, die vorwiegend angestellte Ärzte beschäftigen. Unser Focus liegt dabei auf Fragen nach der Motivation der Unternehmen, Ärzte in Anstellung zu suchen aber auch der Mitarbeiter, angestellt arbeiten zu wollen. Wir möchten etwas mehr darüber erfahren, was den Reiz der Anstellung gegenüber der Selbständigkeit ausmacht. Denn

noch vor wenigen Jahren war es für die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte nahezu selbstverständlich attraktiver, selbstständig in eigener Praxis zu arbeiten als weiterhin angestellt zu sein, Chefärzte einmal ausgenommen.

„Es gibt Ärzte, die sagen von vornherein, ich arbeite nicht für so eine Kette. Die lassen wir außen vor.“

Für unseren ersten Beitrag haben wir mit Dr. Dr. Dirk Knüppel, COO, Mitglied der Geschäftsleitung der ARTEMIS Augenkliniken gesprochen. Die ARTEMIS-Gruppe wurde vor 20 Jahren gegründet. Gründer waren vier Augenärzte, kommend aus unterschiedlichen Standorten, nämlich Dillenburg und Wiesbaden. Treiber der Gründung war die neue Technologie der Laserbehandlung und die Teilung des Finanzierungsrisikos. Aktuell verfügt die Gruppe über 20 OP-Zentren und mehr als 30 konservative Standorte. Meist sind die Standorte als MVZ organisiert. Die Gründe für die Expansion sind vor allem in der fehlenden Verfügbarkeit von Nachfolgern für die vormals selbständigen Praxen zu finden. Häufig erst nach erfolgloser Suche nach Nachfolgern wurden die selbständigen Praxen der ARTEMIS-Gruppe zur Übernahme angeboten. Derzeit beschäftigt ARTEMIS über 1.000 Mitarbeiter, davon sind über 100 Ärzte. Die weit überwiegende Zahl der Ärzte sind operative und konservative Augenärzte auf allen Karriereleveln. Neben den Augenärzten gibt es noch die Gruppe der Anästhesisten.

„Wir bieten alle Karrierepfade an, die man sich als Augenarzt wünschen kann, und zwar fachlich als auch persönlich.“

Nach Einschätzung unseres Gesprächspartners bedarf es auch für die ARTEMIS-Gruppe großer Anstrengungen, Ärzte zu rekrutieren. Aber es ist möglich und die Gruppe hat gegenüber den Wettbewerbern um die besten Talente Vorteile. Diese sind: Volle Weiterbildungsberechtigung in der Gruppe, Verfügbarkeit von neuesten Geräten und die Möglichkeit an diesen Geräten Ausbildung zu erhalten. Besonders stark differenziert sich ARTEMIS im Recruitingwettbewerb durch die unterschiedlichen Karriereoptionen, die Ärzten angeboten werden. Ärzte können angestellt in der konservativen Praxis arbeiten, sie können OP-Weiterbildung absolvieren, sie können ihre Vorlieben nach Arbeitsorten ausleben, indem sie in Zentren oder Einzelpraxen arbeiten und sie können Arztstühle übernehmen und als Kooperationspartner tätig werden.

„Der Wettbewerb um ärztliche Fachkräfte ist extrem schwer, auch und gerade in der Augenheilkunde“

ARTEMIS zeichnet sich durch eine völlig undogmatische Haltung in Bezug auf die Form der Berufsausübung aus. Noch eines ist ausschlaggebend: Das Ärztere-cruiting wird sehr ernst genommen. Hierfür wurde eine eigenständige Organisa-tionseinheit eingerichtet.

„Unsere Ärzte schätzen es, im Team zu arbeiten, sich fachlich weiterzuentwickeln und sie schätzen – dafür gibt es einige Beispiele – die Möglichkeiten innerhalb der Gruppe die Standorte zu wechseln.“

Kritisch geht unser Gesprächspartner mit pauschalen Einschätzungen über die jüngere Ärztegeneration um. Er glaubt nicht daran, dass eine ganze Generation Angst vor der Selbständigkeit hat. Er geht vielmehr davon aus, dass durch die übrigen Karriereoptionen jetzt nicht mehr alle Ärzte, auch die die es partout nicht wollten, selbständig werden müssen. Er schätzt, dass eine sehr bedeutende Zahl an Ärzten nicht selbständig arbeiten will, weil die Selbständigkeit bedeute, dass man sich als Arzt und Unternehmer um viele Themen kümmern muss, die zu Lasten der medizinischen Berufsausübung Zeit kosten. Mitarbeiterführung, Finanzierung, Steuerberater, kaufmännische Betriebsführung, Produktivität, Effizienz, Abrechnung, Rechtsfragen, Verwaltung u.v.a. Themen belasten die Ärz-te in Selbständigkeit zu sehr. Daher besteht für einen Teil der Ärzte die Tendenz, sich dagegen zu entscheiden.

„Die Behauptung, dass Selbständigkeit einen höheren Einsatz fordert als die ange-stellte Tätigkeit ist kein Märchen. Sie stimmt.“

„Ein wesentlicher Grund dafür, dass wir Ärzte für uns gewinnen und halten“, so Dr. Knüppel, „besteht in unserer Offenheit im Hinblick auf die Karriereoptionen“. In diesem Zusammenhang erwähnt er etwas ganz Besonderes. Man legt nicht nur großen Wert darauf, Ärzte zu gewinnen, sondern auch sie zu halten. Daher wer-den Sie nach der Phase der Integration und Weiterbildung sehr gezielt bei ihrer Karriere gecoacht. Auf Basis des Onboardings der individuellen Wünsche, Ziele, Stärken, Schwächen und Grenzen werden mit den ärztlichen Kollegen die Karrierepfade geebnet und Herausforderungen gemeistert. Wer selbständig sein will, aber sich nicht um die Finanzierung kümmern will. So what, die Gruppe hilft. Man kann in Praxen mit unterschiedlichem Grad der Selbständigkeit bis hin zum Praxiskauf einsteigen, ganz nach Belieben.

„Für das Arbeiten im Team und den Austausch mit Kollegen opfern viele Ärzte bes-sere Verdienstmöglichkeiten“

Die Bildung von Zentren und Verbundgruppen in der Medizin scheint eine Ent-wicklung, die auch in der ambulanten Medizin nicht mehr aufzuhalten ist. Durch die Zentren haben sich für das Augenärztliche Fach, Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, die ohne die Größe nicht möglich gewesen wären. Dies wiederum hat zur Folge, dass Ärzte sich nun auch ambulant weiterbilden können und alle Karriere-optionen, sei es fachlich oder persönlich wahrnehmen können.

„Wir können sehr flexible Arbeitszeitmodelle bieten, die an die jeweilige Lebenssi-tuation angepasst werden können, so z.B. verschiedene Teilzeitmodelle. Dies ist in Selbständigkeit, insbesondere Einzelpraxis, meist kaum möglich.“

Praxisnetzgipfel: 5 Jahre anerkannte Praxisnetze

Jörg Simpfendörfer

Ärztliche Vernetzung gibt es freilich nicht erst seit fünf Jahren. Der Wunsch sich mit anderen Kolleginnen und Kollegen auf professioneller Ebene zu vernetzen um die Zusammenarbeit zu intensivieren und die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern ist vermutlich so alt wie der Berufstand selbst. Richtige Strukturen entstanden dennoch erstmals in den 1990er Jahren. Viele der damaligen Strukturen bestehen heute nicht mehr, die, die es noch gibt, bzw. die neu gegründet wurden erleben derzeit aber eine Renaissance.

Die Gründe sind vielfältig: nachweisbar bessere Versorgung, verringerte Schnittstellenproblematiken an den Sektorengrenzen, besserer fachübergreifender Austausch, etc.. Die Liste der Vorteile ist natürlich nicht abschließend, da die Netzlandschaft und ihre individuelle Schwerpunktsetzung sehr heterogen ausfällt. Der wichtigste Grund ist aber mit großer Sicherheit, dass vor fünf Jahren die bundesweite Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen in Kraft trat. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) reagierte damit auf die im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (2012) und später im GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (2015) formulierte Aufnahme von Praxisnetzen in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) und der damit einhergehenden gesonderten (und bundesweit leider uneinheitlichen) Vergütung für diese Netze.

Laut dem Ärztemonitor 2014 arbeitet jeder dritte Vertragsarzt in einem Praxisnetz.

Sich intensiv kollegial austauschen und das Leistungsspektrum in der Praxis erweitern – das sind häufige Gründe für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eine professionelle Zusammenarbeit mit Kollegen einzugehen. Eine bewährte Kooperationsform sind Praxisnetze: regionale Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen und Psychologischen Psychotherapeuten.

Ein Arztnetz ist also per se schnell gegründet. Will man jedoch auch als anerkanntes Arztnetz wahrgenommen werden und von z. B. einer gesonderten Vergütung profitieren, dann gibt es hierfür natürlich Vorgaben, die nachzuweisen und einzuhalten sind:

Tätigkeitsort

- zusammenhängendes Gebiet, kein zentraler Standort
- wohnortnahe Versorgung

Art der Kooperation

- Kooperation zwischen Vertragsärzten, Psychotherapeuten und auch anderen Gesundheitsberufen aus dem ambulanten und/oder stationären Bereich
- ein schriftlicher Vertrag regelt die Zusammenarbeit

Vorteile

- fachlicher Austausch mit Kollegen
- sektorenübergreifende Zusammenarbeit, zum Beispiel mit Krankenhäusern und Pflegeheimen
- abgestimmte Patientenversorgung
- einheitliche Qualitätsstandards
- hohe Patientenzufriedenheit

Struktur

- gemeinsames Management
- eine Geschäftsstelle
- keine gemeinsame KV-Abrechnung

Bekanntgabe

- Anzeige als Praxisverbund bei der zuständigen Landesärztekammer
- keine Genehmigung durch Zulassungsausschuss erforderlich

Anerkennung

- Anerkennung als besonders förderungswürdiges Praxisnetz möglich
- Anforderungen in KBV-Rahmenvorgabe und KV-Richtlinien geregelt
- Antragstellung bei der KV

Rechtsform

- Personengesellschaft, eingetragene Genossenschaft, eingetragener Verein oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)





Diese Regelungen bestehen in dieser Form nun seit fünf Jahren. In diesen fünf Jahren ist daraus laut KBV eine Erfolgsgeschichte entstanden: Aktuell sind bundesweit bereits 72 Netze anerkannt.

Vor diesem Hintergrund wurden am 27. November 2018 auf dem KBV-Praxisnetzgipfel die bisherige Entwicklung der Praxisnetze und Weiterentwicklungsperspektiven diskutiert.

Die Konferenz war eine Netzwerkveranstaltung im doppelten Sinn und diente nicht nur dem Feedback, sondern auch der Vernetzung aller Beteiligten. 120 Teilnehmer, vor allem aus Praxisnetzen, KVen und Fachöffentlichkeit, nutzten die Gelegenheit zur Information und zum Austausch. In verschiedenen Veranstaltungsformaten, wie z.B. einem World Café zum Thema Kooperation oder dem „Praxisnetz-Slam“, konnten sich die Teilnehmer über aktuelle Praxisnetzprojekte informieren und die Weiterentwicklung der Praxisnetze diskutieren. Auch die G'sundregion nutzte die Bühne die das Format des "Praxisnetz-Slam" bot um sich und aktuelle Projekte vorzustellen. Insbesondere die Altersstruktur der Mitglieder in den Gremien sorgte an dieser Stelle für einige Aufmerksamkeit und reichlich Gesprächsstoff in den Pausen. In der anschließenden Podiumsdiskussion mit Dr. Stephan Hofmeister (KBV), Dr. Wolfgang Krombholz (KV Bayerns), Dr. Veit Wambach (Agentur deutscher Arztnetze) und Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband) wurde u.a. diskutiert, wie Praxisnetze zum Thema „Private Equity Investoren“ und zum Leistungserbringerstatus für Netze stehen.

Ein Thema das im darauffolgenden Workshop "Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen" noch einmal

intensiv diskutiert wurde. Hier trafen die naturgemäß verschiedenen Ansichten und Ausrichtungen einer sehr heterogenen Netzlandschaft aufeinander. Gerade das Thema des Leistungserbringerstatus für Praxisnetze sorgte für rege Diskussionen über Intentionen, Umsetzbarkeit und zu beachtende Stolpersteine aus Sicht der Diskutanten. Der Bogen spannte sich dabei von Themen wie der grundsätzlichen Fragestellung ob das für Arztnetze ein geeignetes Betätigungsfeld sein könne, über die Gemeinnützigkeit des Arztnetzes als Grundlage einer Anerkennung des Leistungserbringerstatus (CAVE: Anerkennung der Gemeinnützigkeit erfolgt stets über die jeweiligen Finanzämter vor Ort) und auch über die Fragestellung in welchen Paragraphen des Sozialgesetzbuches eine etwaige Leistungserbringereigenschaft gehöre.

Ungeachtet der wichtigen diskutierten Fragestellungen und wie viele dieser Impulse durch die Praxisnetze es letztlich in eine gegebenenfalls überarbeitete Rahmenvorgabe für Praxisnetze schaffen, bleibt festzuhalten, dass den Ergebnissen von Diskussionen in dieser Form ein großes Gestaltungspotential inne wohnt.

Es ist bedeutend, dass die Erfahrungen und Erkenntnisse der Praxisnetze aus Ihrer mehrjährigen Praxis in diesem Forum Gehör finden und geeignet sind die Leitplanken für die zukünftigen Entwicklungen abzustecken. Denn nur wenn die Praxisnetze an der Weiterentwicklung aktiv beteiligt sind, kann sichergestellt werden, dass sie auch künftig über den notwendigen Gestaltungsspielraum verfügen, um die Versorgung in den jeweiligen Gebieten weiterhin so positiv zu beeinflussen.

Jörg Simpfendörfer

Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze.

Dr. med. habil. Thomas Schang im Interview mit der Redaktion von „im dialog“



Dr. med. habil. Thomas Schang

Wir gratulieren Herrn Dr. Schang herzlich zu seiner Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze. Herr Dr. Schang folgt Herrn Veit Wambach in diesem Amt nach und wir haben selbstverständlich die Gelegenheit genutzt, um mit Herrn Dr. Schang ein kurzes Gespräch über aktuelle Themen zu führen und auch der Frage nachzugehen, welche Ziele und Wünsche er mit der Vorstandschaft verbindet.

im dialog: *Sehr geehrter Herr Dr. Schang, welches Tätigkeitsspektrum deckt die Agentur deutscher Arztnetze denn eigentlich ab und was antworten Sie einem Netz das sich, so wie wir bislang, nicht für eine Mitgliedschaft entscheiden konnte?*

Dr. Schang: Die Agentur deutscher Arztnetze (AdA) vertritt die Anliegen der Mitgliedsnetze gegenüber der KBV, der BÄK, den Kostenträgern und der

Gesundheitspolitik und sucht das Gespräch mit den Genannten. Sie versteht sich als Arbeitsplattform zum Austausch der Netze untereinander und unterstützt Netze bei der Professionalisierung. Es müsste nicht sein, dass jedes Netz das Rad immer wieder neu erfindet. Ich selbst habe in der Vergangenheit durchaus vom persönlichen Kontakt mit anderen Netzen profitiert und meinerseits gerne anderen Netzen unsere Ideen bis hin zu kompletten Anträgen oder Handbüchern weiter gegeben. Ich wünsche mir, dass das in der AdA selbstverständlich ist. Ich wünsche mir aber auch, dass Netze nicht nur eintreten, um zu profitieren sondern auch eintreten, weil sie den Wunsch haben, andere Netze zu unterstützen und damit die Netzidee zu verbreiten. Netze denken eben hoffentlich anders als profitorientierte Konzerne.

im dialog: *Wie ist Ihre Position zum TSVG insbesondere zur Gründereigenschaft für Ärztnetze?*

Dr. Schang: Nur die wichtigsten Punkte des TSVG:

1) Liposuktion bei Lipödem/ „Entmachtung“ des G-BA

Erst sehr spät im Gesetzgebungsverfahren wird ein systemändernder Antrag vom Minister gestellt: Die Entscheidung zur Aufnahme von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog soll beim Ministerium liegen, unabhängig davon, ob der G-BA sich damit bereits befasst hat oder was er emp-

fohlen hat. Ausdrücklich sollen auch Leistungen ohne klaren Wirkungsnachweis vom Ministerium in den Katalog aufgenommen werden können. Das Ministerium soll auch gleich die Art und Höhe der Vergütung festlegen können. Selbst Entscheidungen mit bisheriger Zustimmungspflicht durch den Bundesrat soll der Minister selbst fällen dürfen.

Damit wird der G-BA praktisch bedeutungslos und das BMG wird zum zentralen Steuerungsinstrument. Auch Länderrechte werden beschnitten zugunsten einer Zentralisierung.

Dies ist durchaus ein Baustein auf dem Weg zum Zentralstaat und eine Abkehr von den allgemeinen Prinzipien von Selbstverwaltung und Mitverantwortung aller gesellschaftlichen Player. Es geht also ganz grundsätzlich um ein wichtiges Stück Demokratie.

Festgemacht wird das am konkreten Fall der Liposuktion bei Lipödem. Der Gesetzentwurf schiebt hier einen konkreten Fall vor, bei dessen Annahme gleich ein Eckpunkt der Selbstverwaltung beerdigt werden soll.

Wenn man das Prinzip des Interessenausgleiches für zu langwierig hält muss man sich vergegenwärtigen, welche Nachteile in einer rein politisch gesteuerten Entscheidung zur Gesundheitsversorgung liegen. Auch ein Minister hat eine Reihe von Interessen, die nicht nur fachlich bezogen sind. Dem Minister ist der Wunsch zu rascheren Entscheidungsstrukturen zu Gute zu halten. Dies lässt sich aber auch ohne Gesetzesänderung bewirken, indem Entscheidungsaufträge mit

Frist an den G-BA ergehen mit heute schon möglicher Ersatzvornahme des Ministeriums bei Verfehlen der Frist.

2) 25 Pflichtsprechstunden

Meine Kritik richtet sich weniger an die (überflüssige) Erhöhung der Anzahl der Pflichtsprechstunden als an den verfehlten Ansatz zur Problemlösung.

Versicherte beklagen einen unzureichenden Zugang zu Facharztterminen. Verglichen mit anderen Ländern ist der Zugang zu Facharztterminen in Deutschland wesentlich einfacher. Dennoch gibt es Wartezeiten.

Diese Wartezeiten beruhen nicht auf Arbeitsunlust der Ärzte sondern teilweise auf Budgetierung und teilweise auf relativer Knappheit der Zeitkontingente der Praxen. Relative Knappheit meint: das bestehende Vergütungssystem begünstigt eine regelmäßige Einbestellung möglichst vieler Patienten und Patienten halten das nach jahrzehntelanger Praxis auch für normal. Das ist der entscheidende Grund für die höchste Anzahl an Arztkontakten im internationalen Vergleich. Weiterhin bedingt der unregelmäßige, ungesteuerte Zugang zu Leistungen eine ineffiziente Nutzung der Kapazitäten. Bisher wollten wir uns das im Namen der freien Arztwahl aber leisten.

Eine Vergütung, die weniger abhängig von einer Leistungsmenge wäre und stattdessen auf der Übernahme tatsächlich notwendiger Versorgung in definierter Qualität beruhte, könnte erhebliche Ressourcen in den Praxen freisetzen. An dieser Grundproblematik ändert eine erhöhte Pflichtstundenzahl gar nichts.

Eine Diskussion zu besserer Patientensteuerung und grundsätzlich anderen Vergütungssysteme wäre daher besser, wenn es um Problemlösungen ginge.

3) 116117 und Terminservice 24/7

Die Ausweitung der 116117 und des Terminservice (mit konkreter Terminvereinbarung) auf 24/7 beabsichtigt

eine bessere Patientensteuerung und erscheint daher grundsätzlich positiv. Die extrabudgetäre Besservergütung für Termine über den Terminservice ist positiv, wenn tatsächlich zusätzliche Termine angeboten werden. Zu befürchten ist aber auch ein Anreiz zur Verschiebung regulärer Termine in den Terminservice. Im Extremfall würden alle in Frage kommenden Termine millionenfach nur noch über den Terminservice erfolgen. Das wäre finanziell und ressourcenmäßig kontraproduktiv für die Versorgung außerhalb des Terminservice. Glücklicherweise richten sich Ärzte viel weniger nach finanziellen Überlegungen im Praxisablauf und machen wahrscheinlich einfach weiter wie bisher. Diese Entwicklung müsste aber gezielt beobachtet werden.

4) Zugang zu Psychotherapie

Eine weitere vorgeschaltete Instanz zur Genehmigung der Psychotherapie ist kontraproduktiv. Die jetzige, erst vor 1 Jahr verabschiedete Psychotherapie-Richtlinie mit „Sprechstunden“, probatorischen Sitzungen und Genehmigungsvorbehalt der Kassen stellt bereits ein weit gehendes Steuerungsinstrument dar. Noch weitere Hemmnisse zur Inanspruchnahme der Versorgung stellen eine unzumutbare Belastung psychisch Kranker dar und führen zu einer Verschlechterung der Versorgung mit erheblichen gesellschaftlichen Konsequenzen.

5) eAkten

Netze brauchen gemeinsam nutzbare Patientendaten zu besserer Koordination von Versorgung. Zentrale Dateien mit sämtlichen lebenslangen Patientendaten sind einerseits interessant für akute Behandlungen unbekannter Patienten und auch für die Versorgungsforschung. Sie stellen aber zweifellos auch ein Risiko dar, weil bekanntlich Gesundheitsdaten zunehmend ins Blickfeld Krimineller geraten. Neben der Propagierung solcher

Gesamtdaten sollte daher auch verstärkt das Augenmerk auf regionale, fallbezogene Akten mit begrenzter Speicherungszeit in abgeschlossenen Intranets der Netze als Arbeitstool für Netze gelegt werden.

6) MVZ –Gründereigenschaft für Netze
Die Möglichkeit, dass anerkannte Praxisnetze in den Kreis möglicher MVZ-Gründer aufgenommen werden, ist positiv. Negativ ist die Beschränkung auf unterversorgte Gebiete.

Netz-MVZ können ein Gegengewicht zu investorengesteuerten MVZ bilden. Sie können ein Instrument in der Hand verantwortlicher regionaler Ärzte zur langfristigen Sicherung der Versorgung in ärztlich freiberuflicher Hand sein.

Netz-MVZ könnten auch die Netzaufgabe einer koordinierten kooperativen Versorgung optimal darstellen und auch eigenes fachübergreifendes Personal wie Wundmanager, Casemanager, NÄPAs einstellen.

Investoren werden sich eher für lukrative Regionen interessieren und sind ja keineswegs auf unterversorgte Gebiete beschränkt. Ärztenetze wären dagegen nach dem vorliegenden Gesetzesvorschlag mit ihren MVZ auf Regionen mit hohem unternehmerischem Risiko beschränkt.

im dialog: *Was bedeutet die Gründereigenschaft ganz allgemein und konkret für Netze, Netzärzte, Patienten, KVen und Kassen?*

Dr. Schang: Die Gründung eines Netz-MVZ kann die Netzaufgaben zu Kooperation und Koordination in der regionalen Versorgung sehr erleichtern. Ein Netz-MVZ in der Hand regionaler Ärzte, die sich der regionalen Versorgung verpflichtet fühlen, kann die bessere Alternative zu einem MVZ in der Hand von Kapitalinvestoren sein. Ein Netz-MVZ sollte nicht nur als letzte Option zur Versorgung einer unterversorgten Region gesehen werden. Es sollte im

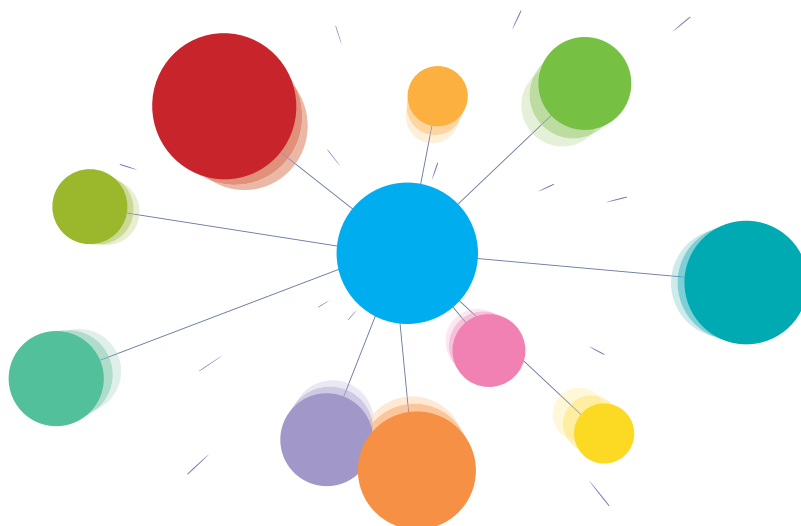
Gegenteil ein Instrument sein, eine faktische Unterversorgung im Vorfeld zu vermeiden.

im dialog: *Wie nehmen Sie die Aktivitäten kapitalgeleiteter Investoren in der ambulanten Versorgung wahr?*

Dr. Schang: Kapitalinvestoren haben längst auch die ambulante Medizin als lukrativen Markt entdeckt. In Rahmen der geltenden Gesetze ist das legitim. Wenn wir uns eine andere Versorgung wünschen sind wir gefragt, etwas anderes zu gestalten. Wir können uns nicht für alle Zukunft auf Schutzzäune verlassen, die andere für uns errichten sollen. Aber eben diese Gestaltungsräume hätten wir gerne.

im dialog: *Gibt es aus Ihrer Perspektive auch Gründe gegen einen Leistungserbringerstatus für Ärztenetze?*

Dr. Schang: Die Schaffung eines zusätzlichen „Leistungserbringers Ärztenetz“ könnte grundsätzlich zu einer Leistungsausweitung führen. Es kommt also darauf an, Netzen sinnvolle Leistungen zuzuordnen, die bisher fehlen. Das sind im Wesentlichen Koordinationsaufgaben: Management von Versorgungspfaden, praxisübergreifende Versorgung (Wundmanager/innen, Casemanager/innen, Projektmanager/innen). Netzmanagement ist in unserem Vergütungssystem nicht als Versorgungsleistung anerkannt und wird bisher nicht kostenmäßig abgebildet. Netzförderungen sind ein sehr guter Anfang zur Finanzierung von Netzmanagement, aber eben erst ein Anfang. Koordinationsaufgaben sollten Behandlungsverläufe effizienter machen und überflüssige Versorgungskosten für Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen vermeiden. So gesehen sehe ich nur Vorteile in einem Leistungserbringerstatus für Netze.



Wichtig ist aber eines: Ein Netz sollte nie den Charakter einer Gemeinschaft von regional verankerten Persönlichkeiten mit Engagement für die Versorgung ihres Umfeldes verlieren. Es geht um nichts weniger als um Bürger-Engagement. Das schließt etwa ein Netz in der Hand von externen Kapitalinvestoren aus. Man kann das für naiv halten. Aber die finale Alternative zu Netzen ist eben eine durchökonomisierte Konzern-Medizin.

im dialog: *Welche Perspektive sehen Sie für die Netze über die gesamte Bundesrepublik hinweg?*

Dr. Schang: Netze sind grundsätzlich eine regionale Angelegenheit. Dennoch können und sollten Grundstrukturen und Erkenntnisse aus regionalen Versorgungsprojekten bundesweit geteilt werden. Netze sind eine Graswurzel-Bewegung und gerade das macht ihren Charme aus. Bundesorganisationen wie die AdA können niemals eine Hierarchie vorgeben, sie können aber Ideen, Interessen und Anliegen bündeln.

im dialog: *Welche Bedeutung werden die Netze in 10 Jahren für die Versorgung haben?*

Dr. Schang: Vorhersagen sind bekanntlich schwierig, wenn sie die Zukunft betreffen. Ich halte es aber für möglich, dass Netze sich noch mehr als bisher mithilfe von zielgerichtetem Management um eine Optimierung der regionalen Versorgung im Sinne der regionalen Bevölkerung kümmern können. Das bedeutet aber viel Arbeit, die sich nicht immer in Euro und Cent auszahlt.

Dazu gehören Management-Tools wie versorgungsorientierte Qualitätsindikatoren und sinnvolle Nutzung der Digitalisierung. Dazu gehören aber auch neue Ideen zu fach- und sektorübergreifenden Vergütungsformen, die kooperative Leistungen nicht benachteiligen. Entscheidend wird aber die Einstellung der dann tätigen Leistungserbringer sein: Begreife ich mich als Einzelkämpfer oder als Teil eines regionalen Teams?

Diese Einstellung wird mitentscheiden, welchen Stellenwert zukünftig die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte noch haben wird.

Wir danken Ihnen herzlich für das Gespräch und wünschen Ihnen für Ihre noch junge Vorstandsschaft, viel(e) Erfolg(e)!



Indikation zur kalkulierten Antibiotikatherapie bei ambulant erworbenen Infektionen der Atemwege

Sinnvolle bakteriologische Diagnostik

Vor Beginn einer kalkulierten Antibiotikatherapie sollte je nach Krankheitsbild Sputum, ein tief gewonnenes Sekret der Atemwege oder ein Abstrich gewonnen werden. Die Untersuchungsprobe sollte bis zum Transport ins Labor gekühlt werden. Der mikrobiologische Untersuchungsauftrag wird auf pathogene Keime und Pilze unter der Ausnahmekennziffer 32004 gestellt.

Eine mikrobiologische Diagnostik vor Beginn der kalkulierten Antibiotikatherapie ist Voraussetzung für eine rationale Therapie!



Indikation zur Antibiotikatherapie	Entnahmematerial
Akute Bronchitis <ul style="list-style-type: none"> In der Regel: keine, da meistens viral verursachte selbstlimitierende Erkrankung Strategien der „abwartenden Verordnung“ und „ärztlichen Kommunikation“ 	Sputum
Akut exazerbierte chronisch obstruktive Lungenerkrankung (AECOPD) <ul style="list-style-type: none"> In der Regel: keine, da meistens viral verursachte Exazerbation ohne purulentes (gelb-grünliches) Sputum und/oder bei leichter Exazerbation bei zugrunde liegender leichtgradigen COPD Ausnahmen: klinischer Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit purulentem (gelb-grünlichem) Sputum bei mittelschwerer/schwerer Exazerbation und zugrunde liegender mittelschwerer/schwerer COPD 	Sputum
Ambulant erworbene Pneumonie <ul style="list-style-type: none"> Bei mikroskopischem Untersuchungsbefund des Sputums mit > 25 Granulozyten und < 10 (–25) Plattenepithelzellen pro Gesichtsfeld als Qualitätskriterium und/oder Nachweis von <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, Enterobacteriaceae, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, die im Sputum vor Beginn einer Antibiotikatherapie in Reinkultur nachweisbar sind 	Sputum *, **
Angina tonsillaris/Tonsillopharyngitis <ul style="list-style-type: none"> Nachweis von β-hämolisierenden Streptokokken der Gruppe A (<i>Streptococcus pyogenes</i>), C oder G 	Rachenabstrich
Rhinosinusitis acuta <ul style="list-style-type: none"> In der Regel: keine, da meistens viral verursachte selbstlimitierende Erkrankung Ausnahmen bei kompliziertem Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> Nachweis von Sekretspiegeln oder totaler Sinusverschattung in einer CT der NNH oder Schmerzen von 4/5 oder 5/5 eines Schmerzscores von 1 bis 5 plus CRP > 10 mg/l und/oder einer BSG > 10 mm/h bei Männern bzw. > 20 mm/h bei Frauen (diese Kombination ist am ehesten geeignet für die hausärztliche Praxis) oder Keimnachweis von Pneumokokken, <i>Haemophilus influenzae</i> oder <i>Moraxella catarrhalis</i> im Nasenabstrich sollte erwogen werden bei chronisch-entzündlicher Lungenerkrankung und Immundefizienz bzw. Immunsuppression Bei schwerem Verlauf mit Hinweisen auf Komplikationen wie starke Kopfschmerzen, Gesichtsschwellungen oder Lethargie antibiotische Therapie notwendig 	Kontrollierte Probenentnahme aus dem mittleren Nasengang oder besser dem Punctum maximum des entzündlichen Geschehens (Operationssitus)

Hinweise zum Rachenabstrich

Die Entnahmetechnik ist entscheidend wichtig für die diagnostische Qualität

- Die Zunge sollte mit einem Spatel heruntergedrückt und der Tupfer unter Sicht „reibend-drehend“ über beide Tonsillen bzw. die lymphatischen Seitenstränge und die Rachenhinterwand geführt werden.
- Berührungen mit der enoralen Schleimhaut oder dem Speichel sollten vermieden werden.
- Nach der Entnahme sollte der Abstrich unmittelbar bis zum Transport ins Labor gekühlt werden.

* Mikrobiologische Diagnostik wird unter anderem bei leichtem Verlauf wegen regional unterschiedlicher Prävalenz von ursächlichen Erregern empfohlen.

** Die nicht oder schwierig kultivierbaren Pneumonie-Erreger *Mycoplasma spp.*, *Chlamydia spp.* und Viren werden mittels PCR (ggf. Multiplex-PCR) nachgewiesen, Legionella-pneumophila-Antigen weist man im Urin oder mittels PCR nach, der Urinantigentest auf Pneumokokken kann ggf. zur Therapiefokussierung verwendet werden, für *Coxiella burnetii* stehen serologische Untersuchungen zur Verfügung.

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

www.labor-gaertner.de

Hacker-Angriff auf deutsche Politiker

Cyberrisiken: ein relevantes Thema auch für Ärzte?

Wolfgang Schweikert

Ja! Grundsätzlich muss heutzutage jeder, der personenbezogene Daten verarbeitet, mit Angriffen auf seine IT-Infrastruktur rechnen. Viele Ärzte glauben, dass sie nichts zu befürchten haben, weil ihre Praxis zu klein oder ihre Patientendaten nicht weiter interessant sind. Wenn das IT-System oder die Software spezieller medizinischer Geräte einer Arztpraxis „gehackt“ oder mit einem Schadprogramm infiziert wird, kann das nicht nur zu einem Stillstand im Praxisablauf führen, sondern auch noch weitreichendere Probleme mit sich bringen.

Laut Bundesdatenschutzgesetz und EU-Datenschutzgrundverordnung ist jeder Arzt zum Schutz der personenbezogenen Daten verpflichtet. „Dazu müssen alle erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen ergriffen werden.“

Konkreter Fall: Eines Morgens konnten die Mitarbeiterinnen den Rechner zwar anschalten, aber keine Datei ließ sich mehr öffnen. Nur eine Mitteilung fand sich, eine Beschreibung des Virus und die Erklärung, dass alle Dateien verschlüsselt wurden. Der Arzt wurde um eine Spende in Bitcoin gebeten und die Hacker würden den Rechner wieder freischalten. Der Arzt informierte seinen Software-Dienstleister, der den Server komplett abbaute und ein Notprogramm installierte. Die Polizei riet dem Arzt, Anzeige zu erstatten und kein Geld zu zahlen. Der Arzt entschied sich anders, er zahlte. Nach der Bezahlung bekam er einen Code, mit dem er die Daten wieder herstellen konnte.

Bei einem ähnlichen Angriff zahlte der Arzt kein Lösegeld. Er informierte die Polizei, sein Systemadministrator konnte die Daten wiederherstellen.

In beiden Fällen mussten die Ärzte für die entstandenen Kosten aufkommen.

Da Patientendaten an Dritte gelangt sind steht zudem Ärger mit der zuständigen Aufsichtsbehörde an. Eine gesetzliche Verpflichtung besteht außerdem den Betroffenen den Vorfall mitzuteilen.

Bei entsprechendem Fehlverhalten drohen erhebliche Strafen.

Unabhängig davon kann ein solcher Vorfall immer auch mit einem Vertrauensverlust des Arztes einhergehen.

Fragen, auf die man vorbereitet sein sollte:

- Was ist zu tun, wenn Sie durch einen Computervirus plötzlich keinen Zugriff mehr auf Krankenakten, Terminplaner und Telefon hätten?
- Oder wenn Ihr Computer durch massenhafte Anfragen eines Internetdienstes über Stunden blockiert ist?
- Wie gehen Sie damit um, wenn Hacker Ihre sensiblen Daten erbeuten und drohen, sie zu veröffentlichen?
- Wie kommunizieren Sie, dass Ihre Praxis gehackt wurde und Patientendaten in Hände Dritte gelangt sind?

Tatsache bleibt, es gibt analog wie beim Schutz der eigenen vier Wände keinen 100%-igen Schutz. Man kann sich jedoch vor den Folgen schützen.

Laut Aussage der Ärzte Zeitung online vom 10.10.2018 ist jedoch die Cyberversicherung häufig kaum bekannt.

Was bringt eine Cyber-Risiko-Versicherung?

Eine Cyber-Risiko-Versicherung hält die finanziellen Folgen einer Attacke aus dem Netz möglichst gering.

Sie übernimmt Schadenskosten aus Haftungs- und Eigenschäden durch Cyberkriminalität und bietet präventive Hilfsmaßnahmen an. Der Mehrwert liegt primär in der Deckung der Eigenschäden.

Was eine Cyber-Risiko-Versicherung für Ärzte bietet:

- Professionelles Krisenmanagement. IT Spezialisten schalten sich auf Ihr System und übernehmen von diesem Zeitpunkt an die Koordination und Kosten.
- Kostenübernahme bei Forensik und Schadensfeststellung, auch wenn die Ursache nicht in einem Cyberangriff liegt.
- Rückwärtsdeckung für bis dato unentdeckte Schäden aus der Vergangenheit.
- Die finanzielle Absicherung einer Betriebsunterbrechung.
- Keine versteckten Obliegenheiten, z. B. „Stand der Technik“- Klausel.

Schützen Sie sich gegen Cyberschäden, die Ihre Praxis und Ihre Reputation bedrohen.

Ihre Ärzte Service GmbH GNS hat passgenaue Lösungen und unterstützt Sie gerne dabei.

Diabetesversorgung 2030

Fortbildung in Ulm

Ablauf

- 10:05 – 10:20** **„Diabetologie ist wie geschaffen für den Einsatz von künstlicher Intelligenz.“**
Referent: Manuel Ickrath, Selbstständiger Unternehmensberater für Unternehmen der Diagnostikbranche im Bereich Diabetes (Wiesbaden)
- 10:20 – 10:50** **Podiumsdiskussion**
M. Ickrath, Dr. Th. Nikolaus, MuDr. J. Müller, W.Bachmann, J. Simpfendörfer, M. Göhl, V. Breitenfellner
- 10:50 – 11:10 Kaffeepause
- 11:10 – 11:55** **„Versorgungsmanagement Diabetes“** Schwerpunkt: Adipositas und Diabetes
Referent: Dr. med. Thomas Nikolaus Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Diabetologie (Bisingen)
- 11:55 – 12:40** **„Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum“**
Schwerpunkt: Gesundheitszentrum Hohenstein in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen
Referent: MuDr. Johannes Müller, Facharzt für Allgemeinmedizin (Hohenstein)
- 12:40 – 13:25 Mittagspause
- 13:25 – 14:10** **„Projekt GNS Herz Coach“**
Referenten: Wolfgang Bachmann, Jörg Simpfendörfer, Gesundheitsnetz Süd eG (Ehingen)
- 14:10 – 14:55** **„Innovationsfonds: Diabetes-Präventionsprogramm – von aha! ab heute anders! zu DIMINI“**
Referenten: Martin Göhl, Volker Breitenfellner, MSD SHARP & DOHME GMBH (Haar)

Datum:
16.03.2019

Uhrzeit:
10:00 bis 15:00 Uhr

Ort:
Leonardo Royal Hotel Ulm,
Mörikestr. 17,
89077 Ulm

Die Veranstaltung wird von der Firma: MSD mit 8.000€ unterstützt.



Für unsere Planung bitten wir um eine Anmeldung per Fax:
Fax-Antwort an **07391 – 586 5451**

- Ja, ich nehme an der Fortbildung teil.
- Nein, ich kann an der Fortbildung nicht teilnehmen.

Name

Unterschrift

Praxisstempel

Diabetesversorgung 2030

Datum: 16.03.2019 **Uhrzeit:** 10:00 – 15:00 Uhr

Ort: Leonardo Royal Hotel Ulm, Mörikestr. 17
89077 Ulm

Gemeinsame Sitzung von Vorstand & Aufsichtsrat

Datum: 19.03.2019 **Uhrzeit:** 19:45 Uhr

Ort: ADK Klinikum Ehingen, Hopfenhausstr. 6 (Konferenzräume im 3. OG)
89584 Ehingen

Beiratssitzung der G'sundregion

Datum: 08.05.2019 **Uhrzeit:** 18:00 Uhr

Ort: ADK Klinikum Ehingen, Hopfenhausstr. 6 (Konferenzräume im 3. OG)
89584 Ehingen

Gesellschafterversammlung der G'sundregion GbR

Datum: 08.05.2019 **Uhrzeit:** 19:00 Uhr

Ort: ADK Klinikum Ehingen, Hopfenhausstr. 6 (Konferenzräume im 3. OG)
89584 Ehingen

Zweite große Sitzungsrunde der G'sundregion

Datum: 08.05.2019 **Uhrzeit:** 20:00 Uhr

Ort: ADK Klinikum Ehingen, Hopfenhausstr. 6 (Konferenzräume im 3. OG)
89584 Ehingen

Generalversammlung der GNS eG

Datum: 15.05.2019 **Uhrzeit:** 17:00 Uhr

Ort: ADK Klinikum Ehingen, Hopfenhausstr. 6 (Konferenzräume im 3. OG)
89584 Ehingen

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