

im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS



Inhalt

Titelthema:

Seite 4: Leistungserbringerstatus für Ärztenetze!

Seite 17: Übergabe Förderbescheid für das Projekt „PatientDigital“

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell

Seite 7 12. Kongress für Gesundheitsnetzwerker in Berlin

Seite 18: Einladung zur Auftaktveranstaltung Projekt „PatientDigital“

Seite 10: 1. Länderforum Gesundheit in Günzburg

Seite 20: Veranstaltungskalender

Seite 13: Die neue Arzneimittel-Richtwerte-Systematik in Baden-Württemberg

Laborecke:

Seite 14: Deutscher Ärztetag in Freiburg

Seite 12: Multiresistente Keime (MRE) – Ein Überblick

Seite 16: Personalmanagement: Den Wettbewerb im Personalmarkt gewinnen

SIND SIE GUT GERÜSTET?

JARDIANCE® - SGLT2-Hemmung für Ihre Patienten mit Typ-2-Diabetes¹

Jardiance®
(Empagliflozin)

1. Fachinformation JARDIANCE® (Empagliflozin), Stand: Jan. 2017.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet – als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird, – zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen, die Wirkung auf Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Fachinformation, Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* vaginale Moniliasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektion, Harnwegsinfektion, Pruritus (generalisiert), verstärkte Harnausscheidung, Durst. *Gelegentlich:* Volumenmangel, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht / glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht, Serumlipide erhöht. *Selten:* diabetische Ketoazidose. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Januar 2017

Pharmazeutischer Unternehmer: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Tel.: 0800 / 7790900, Fax: 06132 / 729999,
E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com

 **Boehringer
Ingelheim**

 **Boehringer
Ingelheim**



Liebe Mitglieder, liebe Leser,

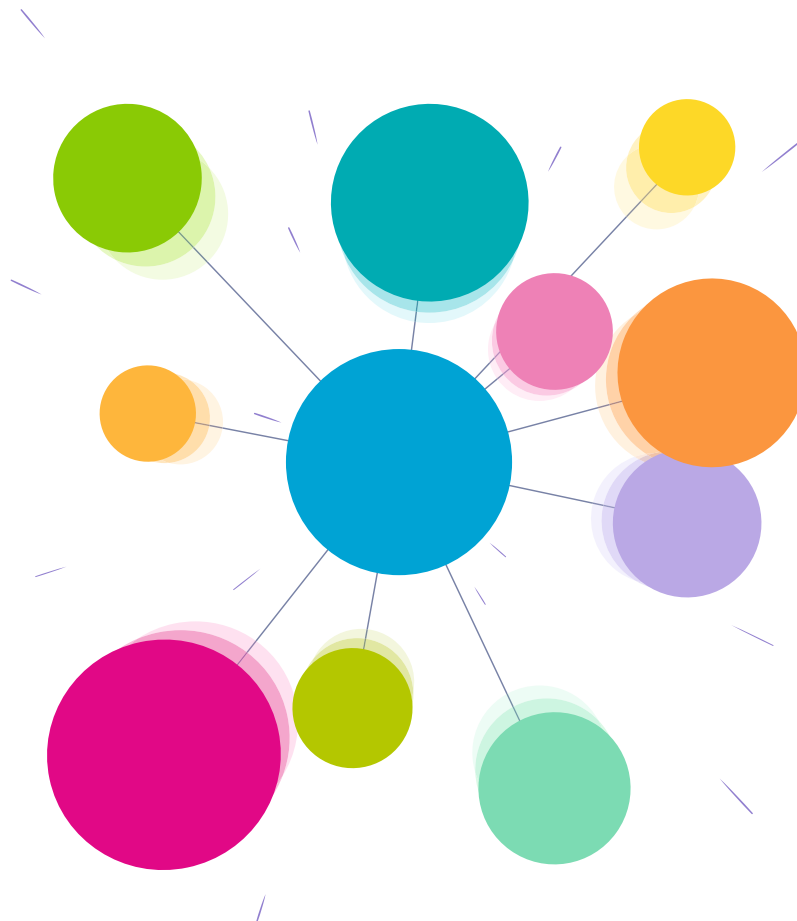


beschwingt und mit großer Freude berichte ich von einigen ausgewählten Erfolgen unserer genossenschaftlichen Arbeit, die gerade in den letzten Tagen deutlich geworden sind: Am 11. Mai hat uns Herr Minister Peter Hauk einen Förderbescheid über 150.000 € für das Projekt „PatientDigital“ übergeben. Damit werden wir das Projekt einer patientenorientierten Gesundheitsakte in der Modellregion Landkreis Sigmaringen umsetzen. Dieses Projekt ist in einer Zeit, in der viele unterschiedliche Projektträger in den Bereich Telemedizin und Ärztenetzwerke drängen so wichtig, weil wir damit Einfluss auf die Umsetzung nehmen können. Unter der Federführung von Ärzten wird die Praxistauglichkeit im Mittelpunkt stehen. Hier sitzen wir gemeinsam mit Kliniken und weiteren Leistungserbringern im Boot und bringen die Patienten, zu deren Nutzen wir dieses Projekt initiiert haben, sicher ans Ufer. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat im vergangenen Herbst einen Innovationswettbewerb für ihre Mitgliedspraxen ausgeschrieben. Im Rahmen dieses Wettbewerbs haben wir uns mit drei Projekten beworben. Alle drei Projekte wurden als förderungswürdig ausgewählt und haben eine Förderzusage erhalten. In einem dieser Projekte geht es darum, die Patienten verstärkt in die Umsetzung von individuellen Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensstils zu bewegen. Dies soll durch Einsatz eines elektronischen Coachingprogramms und eine verbesserte Kommunikation erreicht werden. Ebenso können wir nun ein telemedizinisches Versorgungsprojekt gestalten, in dessen Mittelpunkt die elektronische Hausbesuchsbegleitung von nichtärztlichem Assistenzpersonal steht. Das Ziel des dritten Siegerprojektes ist es, innovative Wege bei der Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum zu beschreiten und einen wichtigen und notwendigen Beitrag in den Bereichen Aufrechterhaltung

der Arztkontakte und Verbesserung der ärztlichen Koordination in der Region zu leisten, indem ärztliche Ressourcen, im Rahmen der fachärztlichen Versorgung, bestmöglich genutzt werden. Auch hier spielt die Nutzung der elektronischen Kommunikation eine große Rolle. Wir können also festhalten, dass die Digitalisierung im GNS nicht nur angekommen ist und wir deren Auswirkungen verspüren. Vielmehr ist es so, dass wir die Möglichkeiten der Digitalisierung aktiv nutzen. In diesem Zusammenhang gestalten wir Verfahren und Prozesse, die allen Beteiligten nutzen und so ganz nebenbei beweisen wir, dass die Ärzteschaft zukunftsfähig ist und keineswegs der Fraktion der ewig gestrigen Verhinderer angehört. Mit einem weiteren Herzensanliegen, dessen Motivation ebenso im Bereich der Zukunftsfähigkeit zu finden ist, bearbeiten wir gemeinsam mit anderen Ärztenetzen die Politik. Wir fordern den Leistungserbringerstatus für anerkannte Ärztenetze. Wir sind sicher, dass wir damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der ambulanten Versorgungslandschaft leisten und gleichzeitig der Aussichtslosigkeit mit der sich manch ein übergabewilliger Haus- oder Facharzt konfrontiert sieht, perspektivisch begegnen, ohne damit die Interessen einschlägig bekannter Konzerne zu fördern. In einzelnen Regionen Deutschlands ist es aufgrund der Aktivitäten derartiger Konzerne bereits schwierig geworden, Arztsitze auf herkömmlichem Weg zu besetzen. Darin sehen wir nicht die Lösung der Altersnachfolge.



Herzlichst
Ihr **Wolfgang Bachmann**
Geschäftsführender Vorstand GNS eG



Leistungserbringerstatus für Ärztenetze!

Wolfgang Bachmann

Der Gesetzgeber hat in §95 SGB V (1) wie folgt geregelt: „An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil.“ §95 SGB V (1a) regelt die Gründereigenschaft: „Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.“

Ärztenetze fehlen. Auch findet sich nirgendwo ein Hinweis auf anerkannte Ärztenetze nach § 87b (2) SGB V.

Wurden die Netze einfach nur vergessen?

Warum haben Ärztenetze bisher den Gründerstatus nicht? Man könnte annehmen, dass Ärztenetze vergessen wurden. In diesem Fall wäre es ein leichtes, eine Gesetzesänderung vorzunehmen. Dies scheint aber nicht der Fall zu sein. Also wo liegen die Gründe? Den Leistungserbringer- oder Gründerstatus sollte man keineswegs leichtfertig erweitern. Denn wir leben in einem System, in dem es auch um

Geld geht, um viel Geld! Eine mangelhafte Formulierung des erlaubten Leistungserbringerkreises würde eine Menge an Konstruktionen denkbar machen, die zu Lasten der Qualität und etablierter Strukturen profitieren könnten. Daher ist zu überlegen, ob dies ein zu berücksichtigendes Problem wäre, wenn der Gesetzgeber den Leistungserbringer- oder Gründerstatus auf nach § 87b (2) anerkannte Ärztenetze erweitern würde. Dies ist mit einem klaren Nein zu beantworten. In der Rahmenvereinbarung „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V“ welche 2013 zwischen KBV und dem Spitzenverband

Bund der GKV geschlossen wurde, wird geregelt, was Praxisnetze im Sinne der Richtlinie sind und was ein besonders förderungswürdiges Praxisnetz auszeichnet. Ebenso werden die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gestärkt, in dem ihnen die „Akkreditierungsrolle“ zugeordnet wird.

Die Angst vor einer „Amerikanisierung unseres ambulanten Gesundheitssystems“ ist, wenn es um die Praxisnetze geht, unbegründet.

Durch die Regelungen der Rahmenvereinbarung und die Entscheiderrolle der regionalen KV wurden Richtlinien und individuelle Kontrollmechanismen etabliert, die geeignet sind, Missbrauch zu verhindern. Die Angst vor einer „Amerikanisierung“ (Ausdruck einer renommierten Gesundheitspolitikerin, gemeint wohl synonym mit zunehmender Kapitaldominanz) unseres ambulanten Gesundheitssystems ist jedenfalls an dieser Stelle, wenn es um die Praxisnetze geht, unbegründet. Viel weniger unbegründet ist diese Angst bei anderen Institutionen, welche den Gründerstatus bereits haben und ihn relativ schamlos für ihre Interessen nutzen. Ich bitte hier nicht falsch verstanden zu werden. Es ist legitim, dass sich Konzerne gemäß ihren Interessen verhalten. Aber es ist keineswegs verständlich, dass diese Möglichkeiten von den gleichen gewählten Institutionen an der einen Stelle eingeräumt und an der anderen Stelle verweigert werden. In einem bemerkenswerten Editorial der Zeitschrift KVNO Aktuell 5/2017 schreibt der stv. Vorstandsvorsitzende der KVNO, Herr Dr. Carsten König „Die Rahmenbedingungen zur Gründung von MVZ und zur Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Versorgungszentren begünstigen allerdings Fehl-

entwicklungen, die uns Sorge bereiten: So werden in Nordrhein und auch andernorts immer mehr MVZ von Klinikträgern betrieben. Es wäre naiv, dahinter nicht auch ökonomische Motive für den Krankenhausbetrieb zu vermuten. Noch problematischer wird es, wenn Investoren und Kapitalgesellschaften, vornehmlich aus Luxemburg oder den USA, via MVZ Arztsitze aufkaufen, um damit monopolartige Strukturen zu etablieren – im Labor, in der Dialyse, der Radiologie und der (operativen) Augenheilkunde ist diese Entwicklung bereits weit voran geschritten. Mancherorts übernehmen MVZ so viele Arztsitze, dass nachrückenden Kolleginnen und Kollegen der reguläre Weg in die Niederlassung durch Übernahme eines Vertragsarztsitzes verwehrt bleibt. Diese zunehmende Schieflage ist im Rahmen der geltenden Rechtslage kaum aufzuhalten. Die Politik muss deshalb schnell nachjustieren und den Einfluss von Investoren in der ambulanten Versorgung wirksam begrenzen. Statt überregionaler Monopole brauchen wir eine regional vielgestaltige und vitale Versorgungslandschaft, in der freiberufliche Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gleichberechtigt und auf Augenhöhe an der Patientenversorgung teilhaben.“ Beinahe ist man geneigt zu rufen: „Gut gebrüllt Löwe!“ Aber eben nicht umfassend genug. Denn Herr Dr. König hat in seiner Aufzählung derer, die die Versorgung regeln sollen, die Praxisnetze vergessen.

Weshalb sollen Praxisnetze den Leistungserbringer- oder Gründerstatus erhalten?

In Deutschland sind die Kooperation und Koordination innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und zwischen der Vertragsärzteschaft und mit Pflegeeinrichtungen stark verbesserungswürdig. Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen ganz sicher nicht zuletzt an den unterschiedlichen Ver-

antwortungen für ambulante Versorgung und Pflege. Gerade deswegen sind lokal Lösungen gefragt, die über die Sektoren- und Zuständigkeitsgrenzen hinausgehen. Es gibt hierfür viele Beispiele. Das Ärztenetz Genial in Lingen hat gemeinsam mit den örtlichen Pflegeheimen im Rahmen eines Modellprojektes einen Arzt für die Heimversorgung angestellt. Nach Angaben des Ärztenetzes wird die freie Arztwahl hierbei beachtet. Die Vorteile sind enorm, aber leider singulär, solange Netzen der Leistungserbringerstatus und damit die Möglichkeit, Ärzte anzustellen verwehrt bleibt. Andere Netze greifen zu hochkomplexen Vertragskonstruktionen, um die Nachteile des mangelnden Leistungserbringerstatus zu umschiffen. Dazu reicht bei vielen anderen weder der Mut noch die Motivation. Dabei könnte so viel Gutes mit wenigen Gesetzesänderungen bewirkt werden.

Der Leistungserbringer- oder Gründerstatus würde helfen, das Kernproblem der Gegenwart zu lösen.

Gerade die immer schwerer zu besetzenden Praxen auf dem Land könnten durch Netze kooperativ weiter betrieben werden und es würde möglich, jungen Ärzten, die gerne eine Übergangsfrist in Anstellung haben würden, diese Perspektive zu bieten. An dieser Stelle ist die Frage nach der Rolle der Kommunen, die ja bekanntlich als Gründer auftreten dürfen, obligat. Warum dürfen Kommunen, was sie in der Regel weder wollen und nach eigener Aussage auch nicht können, während Ärztenetze, die sowohl die Fähigkeit als auch die Motivation mitbringen, der Gründerstatus verweigert wird? Das macht keinen Sinn und es löst keine Probleme.

Halten wir fest,

- die bisherige Regelung des Leistungserbringer- und Gründerstatus schließt Kliniken, Kommunen und Vertragsärzte ein, aber Praxisnetze – auch anerkannte Praxisnetze nach § 87b (2) – aus;
- die bisherige Regelung hat einseitige, kapitalgetriebene Konzentrationen eher befördert denn verhindert und es ist auf keinen Fall akzeptabel, dass mit genau diesen Argumenten nun gegen die Erweiterung des Leistungserbringer- oder Gründerstatus auf anerkannte Ärztenetze argumentiert wird;
- lokale und regionale anerkannte Ärztenetze wären die geborenen Problemlöser für eine Vielzahl von Versorgungsengpässen, die durch verbesserungsfähige Koordination und Kooperation oder durch Mangel

an geeigneten Stellen für den ärztlichen Nachwuchs, bedingt sind;

- eine Erweiterung des § 95 wie folgt ist notwendig: „(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, **von Praxisnetzen, die nach §87b Abs. 4 SGB V von einer Kassenärztlichen Vereinigung als besonders förderungswürdig anerkannt wurden** oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder

einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“

Ebenso sind korrespondierende Regelungen z. B. in SGB V Kapitel 4 zu formulieren. Ärztenetze sind schon heute integrierter Bestandteil des SGB V. Ihnen den Leistungserbringer- und Gründerstatus zu zu ordnen ist nur folgerichtig.



Neu



Gerinnungs-Selbstmanagement? Selbstverständlich!

Mehr als 200.000 Patienten in Deutschland monitoren ihren Quick/INR-Wert bereits selbst. Roche präsentiert die neue Generation von Gerinnungsmonitoren für Patienten: Das CoaguChek® INRange System.

- ▶ Schnellere Anpassung von Abweichungen dank engmaschiger Kontrolle
- ▶ Therapieverlauf im Blick: Visualisierung über Grafiken & Berichte
- ▶ Vergleichbarkeit mit Laborergebnissen*
- ▶ Mehr Sicherheit, Unabhängigkeit und gesteigerte Lebensqualität für Ihre Patienten

*White paper: Multicenter performance evaluation of the CoaguChek® INRange system, Roche Diagnostics International (2016).

„Selbstmanager sind geschulte und mündige Patienten, die meist eine hohe Compliance aufweisen. Wir sehen diese gut eingestellten Patienten viel seltener in der Praxis als die schlecht eingestellten unter konventionellem Monitoring. Das ist ein deutlicher Benefit für beide Seiten.“

PD Dr. med. Christoph Sucker, Berlin.



12. Kongress für Gesundheitsnetzwerker in Berlin

Jörg Simpfendörfer

Digitalisierung ist in aller Munde. In vielen Gesellschaftsbereichen ist sie bereits angekommen und hat die Art und Weise wie wir Dinge tun nachhaltig verändert.

Wenn wir daraus etwas lernen können, dann ist es, dass sie auch das Gesundheitswesen und die Versorgung im Alltag weiter verändern wird und mit Sicherheit anders, wie wir uns das heute vorstellen.

Um Vernetzung weiterzudenken lud die Fa. Berlin Chemie daher zum 12. Kongress für Gesundheitsnetzwerker vom 29. – 30. März ins Langenbeck-Virchow Haus nach Berlin ein.

„Welche Vernetzung brauchen wir? Welche neuen Anwendungen helfen uns für die Versorgung? Was verändern die neuen Vernetzungsmöglichkeiten in der Medizin, was wollen wir unterstützen, was ist aus ethischen und medizinischen Gesichtspunkten bedenklich?“.

Digitale Trends werden derzeit v.a. im Silicon Valley gesetzt und diese treiben derzeit die Telematikinfrastuktur und Gesundheitskarte vor sich her. Sind Konnektoren und Pins in der Lage mit Gesichtserkennung und Fingerabdrücken Schritt zu halten, ist dies überhaupt erstrebenswert oder muss der geschützte Datenverkehr und deren Speicherung zur höchsten Maxime erklärt werden? Diese Fragen stellen sich, insbesondere vor dem Hintergrund der gewachsenen Bereitschaft der Nutzer Ihre Daten zur Verfügung zu stellen und damit viele Bemühungen um den Datenschutz eher überholt erscheinen lassen. Was erwarten gerade jüngere und digital affine Nutzer, die das Gesundheitssystem oftmals noch nicht so stark in Anspruch nehmen und was wird gebraucht, wenn mit zunehmendem Alter Gesundheitsprobleme sukzessive in den Fokus rücken?

Diese und andere Fragen wurden im großen Kreis und zahlreichen Workshops von insgesamt über 500 Teil-

nehmern aus dem Gesundheitswesen diskutiert. Natürlich ist es allein schon aus Zeitgründen unmöglich bei allen Themengebieten dabei zu sein, da sich die Vorträge zeitlich überschneiden. Genauso unmöglich wie die gesammelte Themenvielfalt in aller Ausführlichkeit auszubreiten. Dies würde diese Ausgabe des Dialog mit Sicherheit bei weitem sprengen. Daher finden Sie im Folgenden eine pointierte Zusammenfassung der wichtigen, spannenden und durchaus auch kontroversen Themen des Kongresses für Gesundheitsnetzwerker 2017.

Den Auftakt bildete die Verleihung des mit insgesamt 20.000 € dotierten Preises für Gesundheitsnetzwerker. In der Kategorie „Idee“ konnte sich die Gesundes Kinzigital GmbH mit Ihrem Projekt MyDoks durchsetzen. MyDoks soll den Patienten einen direkten elektronischen Zugriff auf eine praxisübergreifend geführte Patientenakte bieten und damit Einblick in Therapieplanung, Befunde und Medikation. Be-

gleitend sind mehrere Programme zum Patient Empowerment geplant.

In der Kategorie „Umsetzung“ konnte der Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland e. V. die Jury mit seiner seit vielen Jahren gelebten Vernetzung zwischen ansonsten getrennt agierenden Leistungserbringern überzeugen.

Der Sonderpreis ging dieses Jahr an die „Charité-Universitätsmedizin Berlin“ und das Projekt „Impfbus“. Gemeinsam mit der Deutschen Bahn AG wurde ein mobiler Impfbus auf die Straße gebracht, der einen niedrigschwelligen Zugang zum Zweck einer Erhöhung der Durchimpfungsrate bietet und seit November 2016 in den Berliner Flüchtlingsunterkünften zum Einsatz kommt. Der Bus verfügt auch über ein Onlinevideodolmetschsystem, das eine Kommunikation in bis zu fünfzig Sprachen ermöglicht.

Nach der Preisverleihung kamen die

Teilnehmer in verschiedenen thematisch geordneten Foren und Workshops zusammen. Im Workshop „Netze denken weiter: Erfolgreiche Projekte“ wurden eben diese Projekte präsentiert. Herr Dr. Thomas Schang, Vorsitzender des Ärztenetzes Eutin-Malente e.V., zeigte auf, was es bei der Qualitätsmessung in Ärztenetzen insbesondere zu beachten gilt. Die Synthese lautete: Qualitätsanforderungen sind überregional einheitlich, der Fokus müsse jedoch lokal liegen, um ganz gezielt lokale Qualitätsdefizite bearbeiten zu können. Die Chancen liegen für Dr. Schang auf der Hand: Qualitätsmessung sorgt für Transparenz, kann Leistungserbringer motivieren und fördert Kooperation.

Die Kaufmännische Geschäftsführerin der Ärztenetz Lippe GmbH und Geschäftsführerin der RVL-Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH, Constanze Liebe, stellte die „App zum Doc“ vor. In dieser App können Ärzte und Praxen einen Praxis-Eintrag in der App buchen und erhalten kostenlos per Post Marketingunterlagen, um Ihre Patienten auf Ihren neuen App-Service aufmerksam zu machen. Patienten laden kostenlos die App, fügen Ihren Arzt zu Ihrer persönlichen Arztliste hinzu und können über die individuell vom Arzt bereitgestellten Funktionen mit der Praxis kommunizieren. Dazu zählen: Termine anfragen, Rezepte und Überweisungen bestellen oder IGeL-Leistungen ordern. Geplant ist darüberhinaus eine Funktion für eine Videosprechstunde.

Herr Mamun Fezel und Herr Thomas Drescher-Walk präsentierten abschließend die Abschlusssarbeit von Herrn Fazel mit dem Titel: „Vergleich der Patientenzufriedenheit zwischen einem Praxisnetz und Einzelpraxen“. Dazu wurden bei den Patienten 20 Zufriedenheitsitems erhoben. Jedes davon wurde im Praxisnetz im Durchschnitt

signifikant besser bewertet. Insbesondere schnitten Netze in den folgenden Items besser ab:

- Item 16: „Angemessenheit der Wartezeit in der Praxis“ (1,68 vs. 2,03)
- Item 15: „Vertrauen in angebotene Zusatzleistungen“ (1,45 vs. 1,80)
- Item 8: „Informationsgrad aller behandelnden Ärzte bzgl. der Gesamtmedikation“ (1,54 vs. 1,84)

Aus der Abfrage von Vernetzungsrelevanten Items schließt Herr Fazel, dass Patienten den höheren Kooperationsgrad im Netz durchaus wahrnehmen:

- Item 8: „Informationsgrad aller behandelnden Ärzte bezüglich der Gesamtmedikation“ (1,54 vs. 1,84)
- Item 9: „Bereitschaft zur Überweisung bei medizinischer Erfordernis“ (1,29 vs. 1,53)
- Item 12: „Rechtzeitige Befundübermittlung an andere Ärzte bei Überweisungen“ (1,28 vs. 1,47)

Letztlich kommt Herr Fazel zu dem Ergebnis, dass Patienten im Netz zufriedener sind, durch eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung und eine erhöhte Adhärenz. Letztlich würden zufriedene Patienten auch eine höhere Arbeitszufriedenheit in der Praxis mit sich bringen.

In der folgenden Podiumsdiskussion zum Thema: „HzV, MVZ, ASV, BAG, Netze - Strukturen weiterdenken!“, diskutierten Stephanie Becker-Berke (Vorstand der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG), Sonja Froschauer (Geschäftsführende Gesellschafterin der Libertamed GmbH; Geschäftsführerin des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e. V.), Dr. Ursula Hahn (Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH), Dr. Peter Velling (Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V.), Dr. Veit Wambach (Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin; Vorsitzender

der Agentur deutscher Arztnetze e. V.; Stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes) über die besten Ansätze zur Verbesserung der Versorgung. Hierbei wurde insbesondere auch die Bedeutung der Gründungseigenschaft für Arztnetze hervorgehoben. Damit entstehen neue Möglichkeiten für die regionale Versorgung, indem eine MVZ-Gründung auch Arztnetzen ermöglicht wird. Gerade junge Ärzte, die die ambulante Versorgung zunächst im Anstellungsverhältnis kennen lernen möchten, könnten hierdurch angesprochen werden. Ein Arztnetz verfügt beim Aufbau der notwendigen Strukturen naturgemäß über ganz andere Ressourcen, wie das ein einzelner Arzt leisten könnte. Weitere Gründungsberechtigte wie Kommunen oder Krankenhäuser erfüllen die Erwartungen diesbezüglich noch nicht im erhofften Maße. Dass hierfür durchaus eine Nachfrage besteht bestätigte Dr. Ruben Stelzner, Gründer und Leiter der AllDent Zahnzentren in München und Frankfurt am Main.

Der zweite Kongresstag nahm das Thema der Digitalisierung im Gesundheitswesen erneut auf. Unter dem Thema: „Die digitale Transformation braucht eine Plattform - wer macht das Rennen?“ wurde klar, dass Plattformen die Player der Zukunft sind, denn wer die Plattform hat, bestimmt den Zugang. Hier nehmen sogenannte „early mover“ einen ganz besonderen Stellenwert ein, denn sie wagen sich auf noch unbekanntes Terrain vor und begeben sich in ein Rennen, dessen Zielpunkte noch nicht endgültig definiert sind. Dass es sich dennoch lohnt, zeigte insbesondere Markus Bönig mit der Plattform „vitabook“, die in Sachen Funktionalität die sehnlich erwartete eGk bereits zum jetzigen Zeitpunkt deutlich hinter sich gelassen hat.

Diese sog. „Player“ sind für unser Gesundheitswesen auch vor dem Hintergrund enorm wichtig, da wie ein-

gangs erwähnt, die Trends derzeit im Silicon Valley geboren werden. Hier gilt es nicht nur den Anschluss nicht zu verlieren, sondern vielmehr eigene Akzente zu setzen und die Chancen in diesem neu entstehenden Markt im Sinne der Patienten in Deutschland zu nutzen.

Auch wenn die eGK derzeit noch auf sich warten lässt, gibt es schon die elektronische Patientenakte, wenn auch vorläufig jeweils als Insellösung. Im Workshop: „Elektronische Patientenakte: Einsatz im Hier und Heute“ wurde deutlich, dass derzeit viele Lösungen entstehen bzw. entstanden sind. Ein wichtiges Ziel dabei ist stets der regionale Vernetzungsaspekt und die Frage wer vernetzt sich wie und mit wem. Vernetzen sich z.B. regionale Leistungserbringer untereinander, können Unternehmen (z. B. Krankenhäuser

oder Technologiepartner) hinzugezogen werden? Beschränkt sich die Vernetzung auf eine ganz bestimmte Indikation, mit dem Ziel ein Maximum an Fachkompetenz zu einer spezifischen Fragestellung zu generieren, oder soll die Vernetzung über den Patienten erfolgen, wie kann die jeweilige Lösung in Einklang zu den geltenden Datenschutzbestimmungen gebracht werden und wie kann dies alles technisch umgesetzt werden (z. B. aufgrund der vielen unterschiedlichen PVS-Systeme in den Praxen)? Die Hürden, die es zu überwinden gilt sind vielfältig und mögliche Lösungswege zahlreich.

Eines eint jedoch die vielfältigen Projekte: Sie alle brauchen einen langen Atem. Werden sie zu Beginn noch von einer euphorischen Aufbruchsstimmung getragen, gilt es den Spannungsbogen und damit die Bereitschaft der

Beteiligten über den ganzen Projektverlauf hinweg aufrecht zu erhalten. Gerade in Anbetracht der oben angeschnittenen Fragestellungen und immer neuer Problemstellungen, darf diese Aufgabe nicht unterschätzt werden.

Abschließend bleibt zu sagen, dass dieser Kongress für Gesundheitsnetzer mit Sicherheit als eines der Veranstaltungs-Highlights in der ersten Jahreshälfte bezeichnet werden kann. Die zahlreichen und vielfältigen Eindrücke, die man in den Workshops, aber auch in den Pausengesprächen mit den unterschiedlichsten Personengruppen des deutschen Gesundheitswesens gewinnt, erweitern nicht nur den eigenen Horizont, sondern auch die Handlungsfähigkeit der GNS.

MSD hat wieder alle Impfstoffe in eigenem Portfolio

Haar, 1. Januar 2017 – Ab heute zählt MSD (in den USA und Kanada: Merck & Co., Inc., mit Sitz in Kenilworth, NJ, USA) zu den großen Impfstoff-Anbietern in Deutschland. Nach mehr als 20 Jahren Zusammenarbeit mit Sanofi-Pasteur haben die beiden Unternehmen ihr Impfstoff-Joint Venture Sanofi-Pasteur MSD (SPMSD) aufgelöst. Alle Impfstoffe von MSD, in der Tabelle unten gelistet, stehen über-

gangslos zur Verfügung und können unter den bekannten Namen und mit gleicher Pharmazentralnummer (PZN) bestellt und verordnet werden.

SPMSD hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Versorgung mit Impfstoffen in Deutschland entscheidend mitgeprägt. Nach der Auflösung des Joint Ventures wird sich MSD auch weiterhin in der Erforschung und Ent-

wicklung neuer und verbesserter Impfstoffe engagieren. Meilensteine aus der jüngsten Vergangenheit sind die Entwicklung eines 9-valenten Impfstoffes gegen humane Papillomviren (Gardasil® 9) sowie gegen das Ebola-Virus.



Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Dr. Kay Rispeter, MSD SHARP & DOHME GMBH,
Lindenplatz 1, 85540 Haar Tel.: 089 4561-1937,
Fax -1329, E-Mail kay.rispeter@msd.de

Presseinformationen von MSD sind im Internet unter www.msd-presse.de abrufbar. Mit dem Benutzernamen „msd“ und dem Passwort „aktuell“ haben Sie auch Zugang zu unseren Fachpresseinhalten.

Impfstoff	Indikation
Gardasil® 9, Gardasil®	Impfstoffe gegen Humane Papillomviren (HPV)
HBVaxPro®	Mono-Impfstoff gegen Hepatitis B
M-M-R VaxPro®	Kombinations-Impfstoff: Masern / Mumps / Röteln
Pneumovax 23®	Impfstoff gegen Pneumokokken-Infektionen
RotaTeq®	Impfstoff gegen Rotavirus Gastroenteritiden
Vaqta® Erwachsene	Mono-Impfstoff gegen Hepatitis A für Erwachsene
Vaqta® Kinder	und Kinder
Varivax®	Mono-Impfstoff gegen Varizellen
Zostavax®	Impfstoff gegen Herpes Zoster



1. Länderforum Gesundheit in Günzburg

Jörg Simpfendörfer

Unter dem Titel „Sektorenübergreifende Versorgung – Wie gelingt die Überwindung der Schnittstellen?“ fand am Donnerstag, den 06. April 2017 das 1. Länderforum Gesundheit in Günzburg statt.

Vor der historischen Kulisse des Schloßes Reisenburg luden die Landesvertretungen der BARMER Baden-Württemberg und BARMER Bayern zu einem länderübergreifenden Forum mit hockkarätiger Besetzung ein. Über 100 Gäste aus Gesundheitswesen und Politik folgten der Einladung nach Günzburg.

Der baden-württembergische Sozial- und Integrationsminister Manfred „Manne“ Lucha eröffnete die Veranstaltung mit einem Grußwort, in dem er insbesondere die Bedeutung der sektorenübergreifenden Versorgung für die Lösung künftiger Herausforderungen betonte:

„Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Dazu tragen gesellschaftliche Veränderungen wie der

demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und der medizinischen Fortschritt bei. Der sektorenübergreifenden Versorgung kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Ziel muss es sein, eine möglichst nahtlose, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung herzustellen, die sich am Patienten und seinen Lebenswelten orientiert und die verstärkt von den Kommunen und Regionen mitgestaltet wird. In Baden-Württemberg haben wir die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung im Koalitionsvertrag festgeschrieben und erproben diese derzeit sehr erfolgreich in einem landkreisübergreifenden Modellprojekt.“

Nach diesen einführenden Worten führte Frau Dr. Claudia Wöhler (Landesgeschäftsführerin der BARMER Bayern) aus, dass die parallele Existenz von niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen in drei verschiedenen Sektoren unwirtschaftlich sei und darüber hinaus zu unnötigen Doppeluntersuchungen und zu weiteren unerwünschten Nebenwirkungen für den Patienten führen könne. „Die medizinische Versorgung muss daher stärker sektorenübergreifend am Bedarf der Patienten ausgerichtet werden“, so die Forderung von Frau Dr. Wöhler.

Der stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Prof. Dr Eberhard Wille, beleuchtete in seinem Referat die „Etappen der integrierten Versorgung in Deutschland“. Der Weg müsse von einer Anbieter- und sektorenorientierten zu einer populationsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung weiterentwickelt werden. Diese Etappen erweisen sich als ungemein vielschichtig. Ein Ausschnitt: Medizinische Versorgungszentren, verschiedene Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser, Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung am Übergang zum stationären Sektor und die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV). Es bedarf klarer Vorgaben zur





v.l.n.r.: Winfried Plötze, Dr. Urban Hansen, Kathrin Sonnenholzner, Wolfgang Bachmann, Gabriele Hörl, Prof. Dr. Eberhard Wille (nicht im Bild: Dr. Gottfried Roller)

selektiven Vertragsgestaltung und den besonderen Versorgungsformen, klarer Kriterien für die Auswahl chronischer Erkrankungen und klarer Voraussetzungen für die Förderung innovativer Versorgungskonzepte.

In Ihrem Vortrag zum Thema „Sektorenübergreifende Versorgung – neue Wege gehen?“ forderte Gabriele Hörl, Leiterin der Abteilung für Gesundheitspolitik, ambulante Versorgung und Krankenversicherung im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, dazu auf mehr Regionalität zu wagen und die Rolle der Akteure, Länder und Regionen entsprechend weiterzuentwickeln. Gerade die Bedarfsplanung sollte mit maßgeblichem Einfluss der Länder weiterentwickelt werden um lokale Bedürfnisse und Begebenheiten wirksam einzubeziehen und Sektorengrenzen zu überwinden. Besonders hervorgehoben wurden die 33 bisher in Bayern etablierten Gesundheitsregionen Plus, deren Pflichthandlungsfelder die regionale Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsförderung und die Prävention betreffen und alle Akteure der gesundheitlichen Versorgung vor Ort einbeziehen. Des Weiteren regte Frau Hörl an, über einen kulturellen Wandel nachzudenken, indem

z.B. geprüft wird welche erweiterten Delegationsmöglichkeiten für ärztliche Leistungen möglich sind.

In der anschließenden Podiumsdiskussion waren neben Prof. Dr. Eberhard Wille und Gabriele Hörl auch Kathrin Sonnenholzner (Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Pflege, Bayerischer Landtag, MdL), Wolfgang Bachmann (Geschäftsführender Vorstand Gesundheitsnetz Süd eG), Winfried Plötze (Landesgeschäftsführer BARMER Baden-Württemberg), Dr. Gottfried Roller (Koordinator Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung Baden-Württemberg) und Dr. Urban Hansen (ZfP Südwürttemberg, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee) vertreten.

Grundsätzliche Einigkeit zwischen Politik, Krankenkasse, Lehre und Praktikern bestand in der Richtigkeit und Wichtigkeit des titelgebenden Themas: Die Überwindung der Sektorengrenzen als Schlüssel zur zukünftigen hochwertigen Versorgung der Patienten ist unerlässlich. Modellprojekte, wie z. B. das „Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung“ (gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration) und das GNS Modellprojekt Patien-

tenkarte.Online (gefördert vom Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz) stehen bereits in den Startlöchern bzw. haben sich auf den Weg gemacht.

Herr Wolfgang Bachmann gab jedoch abschließend zu bedenken, dass die jeweiligen Dynamiken in den Sektoren nicht überschätzt werden dürfen. Mit Blick auf die jüngste Vergangenheit der gesundheitspolitischen Gesetzgebung kann festgehalten werden, dass die sektoralen Planungssysteme nach wie vor unangetastet geblieben sind. Die Folge: Anreize für mehr Kooperation und Integration kommen in der Regelversorgung noch nicht an und dauerhafte Strukturen können nicht entstehen, auch wenn dem ein objektiver Bedarf entgegensteht.

Hoffnung macht dahingegen die bevorstehende Digitalisierung im Gesundheitswesen, sie kann ein möglicher Antriebsfaktor für ein neues Denken und eine damit verbundene Prozesslogik sein.



Multiresistente Keime (MRE) – Ein Überblick

Bakterien passen sich aufgrund kurzer Generationszeiten schnell an veränderte Umweltbedingungen an, wodurch Selektionsvorteile entstehen. Multiresistente insbesondere gramnegative Erreger (MRE) sind eine zunehmende Bedrohung im Gesundheitswesen. Weltweit beobachten Fachleute und Gesundheitsbehörden die Vermehrung und Ausbreitung von bakteriellen Krankheitserregern, die gegenüber gängigen Antibiotika weniger empfindlich oder resistent sind.

1. Begriffserläuterungen

1.1 Natürliche Resistenz (intrinsisch)

1.2 Erworbene Resistenz (extrinsisch, in der Klinik besonders von Bedeutung)

1.3 MRE-Multiresistenzen

Zu den MRE gehören MRSA/ORSA – Methicillin/Oxacillin resistente *Staphylococcus aureus*, VRE – Vancomycin bzw. Glykopeptid resistente Entero kokken. Die klinisch bedeutendsten Enterokokken sind *E. faecium* und *E. faecalis*. Nachdem zwischen den Jahren 1999 und 2004 die MRSA-Raten in Deutschland fortwährend anstiegen und dann anhaltend um 20 % lagen, zeigt sich seit 2011 eine stetige Verringerung auf zuletzt 12,8 %. Die MRSA-Problematik nahm sowohl in Krankenhäusern als auch in Altenpflegeeinrichtungen zu.

VRE kommen hauptsächlich in Risikobereichen von Krankenhäusern vor. Betroffen sind hier vor allem Patienten mit schweren Grundleiden, wie hämatologisch-onkologische und nephrologische Erkrankungen.

Von besonderer Bedeutung sind gramnegative Keime, die Beta-Laktamasen mit erweitertem Wirkungsspektrum (ESBL = Extended-Spektrum-Laktamasen) produzieren. Diese Enzyme können mehrere Antibiotika inaktivieren, wie etwa Cephalosporine der 3. und 4. Generation. Vor allem *Esche-*

richia coli und *Klebsiella pneumoniae* produzieren häufiger ESBL als andere gramnegative Keime. Von Bedeutung sind zudem Resistenzmechanismen gegen Carbapeneme. Sogenannte Carbapenemasen werden jedoch in Deutschland bislang nur selten nachgewiesen.

Seit ca. sechs Jahren werden zur Einteilung und Beschreibung der Epidemiologie von antibiotikaresistenten gramnegativen Stäbchen Leitantibiotika bzw. Antibiotikagruppen verwendet (vgl. MRSA, VRE). Bei den Antibiotikagruppen handelt es sich um Acylureidopenicilline, 3./4. Generations-Cephalosporine, Carbapeneme und Fluorchinolone. Hierbei ist die Resistenz gegenüber dem Leitantibiotikum oft mit der Resistenz gegenüber weiteren Antibiotika vergesellschaftet, so dass die Abkürzungen zum Synonym für multiresistente gramnegative Stäbchen wurde: MRGN. Die KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) schlug vor, Akronyme zur Einteilung von gramnegativen Stäbchen zu verwenden: 3MRGN (Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen) und 4MRGN (Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen). Diese Einteilung bezieht sich ausschließlich auf das Resistenzverhalten der Bakterien ohne Berücksichtigung der Virulenzeigenschaften des jeweiligen Erregers.

2. Screening MRE

Eine maßgebliche Möglichkeit der frühzeitigen Erkennung von Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) und der Vermeidung einer Übertragung an die Patienten und das Personal ist ein implementiertes einrichtungsspezifisches Aufnahmescreening. Die Zuteilung der Patienten in Risikogruppen erfolgt durch die folgenden Faktoren:

1. Krankenhausaufenthalte oder Behandlungen (z. B. Urlaubsdialyse)

im Ausland (Asien, Italien, Griechenland, Afrika) innerhalb der letzten 12 Monate

2. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt für mind. 7 Tage

3. Eine zurückliegende Antibiotikatherapie innerhalb der letzten 3 Monate

4. Dialysepatienten

5. Patienten mit chronischen Wunden (diabetisches Fußsyndrom, Dekubitus, Gangrän) oder liegenden Devices (Blasendauerkatheter, Trachealkanüle usw.)

6. Pflegebedürftigkeit

7. Kontakt zu anderen MRE-Patienten

Ein Screening sollte erfolgen, wenn der Patient in eine oder mehrere Risikogruppen fällt.

Um der weiteren Zunahme von Antibiotikaresistenzen entgegenzusteuern, muss eine klare Antibiotika-Anwendung geschult, angemessene Hygienemaßnahmen umgesetzt sowie MRE-Träger erkannt und nach Möglichkeit saniert werden. Da das MRE-Problem aber nicht nur Krankenhäuser, sondern in zunehmendem Maße auch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens betrifft, muss hierzu eine angemessene Abstimmung erfolgen. Die Bildung regionaler Netzwerke ist dabei ein entscheidender Schritt im Kampf gegen multiresistente Erreger.

Autor:

Dr. med. Karen-Anja Moder,
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-
epidemiologie, Krankenhaushygienikerin
MVZ Labor Ravensburg – Labor Dr. Gärtner

www.labor-gaertner.de

Lesen Sie in der nächsten Laborecke: Details zu multiresistenten Keimen mit besonderen Erregern (*K. pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*) sowie Hinweise zu Hygienemaßnahmen.

Veranstaltungsreihe „Rational verordnen – Regresse vermeiden! Die neue Arzneimittel-Richtwerte-Systematik in Baden-Württemberg“

Jörg Simpfendörfer

Nach den ersten beiden – von der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit je zwei Fortbildungspunkten anerkannten – Fortbildungen am 21.03.2017 in Eningen unter Achalm (in Kooperation mit dem Ärztenetz Reutlingen) und am 25.04.2017 in Ehingen (in Kooperation mit der Ärzte-Initiative-Donau-Alb und der G'SUNDREGION), wird die Veranstaltungsreihe im Herbst in Leutkirch, Sigmaringen und Kirchheim unter Teck fortgesetzt.

Die neue Arzneimittel-Richtwerte-Systematik in Baden-Württemberg

Seit Beginn des Jahres gelten in Baden-Württemberg für Arzneimittel praxisindividuelle Richtwerte, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf besser abbilden als die bisherigen Arzneimittel-Richtgrößen. Diese neue Systematik erlaubt, dass sowohl die Morbidität oder Schwerpunktaktivität einer Praxis als auch die Zahl der Patienten mit Arzneimittelverordnungen (z. B. hausärztliche Versorgung in der Fläche, Vollversorger-Praxen) direkt das praxisindividuelle Richtwertvolumen/Orientierungsvolumen beeinflussen. Der auf Grundlage der Morbidität der Praxis in Vorjahren errechnete garantierte PiRW stellt einen garantierten Eurobetrag pro Patient und Quartal dar. Mit dem aktuellen Orientierungswert bildet die KVBW eine höhere Morbidität in den aktuellen Quartalen ab.

Für die Statistik relevant sind nur die Patienten, die eine Verordnung erhalten (Verordnungspatienten). Die

Anzahl der Verdünner-Patienten (= Patienten, die keine Arzneimittelverordnung erhalten) spielt somit keine Rolle mehr. Rechengrößen zur Ermittlung des Richtwertvolumens sind die Fallzahlen je Arzneimittel-Therapiebereich (AT-Fälle) und die Richtwerte für jeden einzelnen der jeweils pro Fachgruppe definierten Arzneimittel-Therapiebereiche (AT-Richtwerte). Aus diesen berechnet sich das praxisindividuelle Richtwertvolumen, d. h. die Summe der Produkte aus AT-Fällen, multipliziert mit dem jeweiligen AT-Richtwert. Hierbei variiert die Anzahl der ATs je nach Fachgruppe und nach Verordnungsspektrum der Praxis.

Die einzelnen Arzneimittel-Therapiebereiche (AT) und ihre Zuordnung zu den Richtwertgruppen (Matrix)

Die neue Systematik gilt für 21 Richtwertgruppen (012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung, ..., 561 FA Urologie) und umfasst insgesamt 67 Arzneimittel-Therapiebereiche (AT 1 Antibiotika, oral/intestinal/nasal/parenteral, ..., AT 67 Rezepturen, nicht parenteral). So wurden beispielsweise Hausärzten (Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin) 31 Arzneimittel-Therapiebereiche mit den entsprechenden AT-Richtwerten in Euro zugeordnet. Diejenigen Wirkstoffe, die in der jeweiligen Fachgruppe keinem AT zugeordnet sind, wurden im AT „Rest“ zusammengefasst. Basis für die AT-Richtwerte sind die fachgruppenspezifischen Verordnungsdaten aus dem Jahr 2015.

Jede Praxis erhält ab 2017 einen praxisindividuellen Richtwert (PiRW). Dieser Wert steht der Praxis pro Verordnungspatient und Quartal garantiert zur Verfügung. Steigt die Morbidität in der Praxis unterjährig, wird der praxisindividuelle Richtwert angehoben und als aktueller Orientierungswert in der Frühinformation Arzneimittel der KVBW ausgewiesen. Die Berechnung des praxisindividuellen Richtwerts erfolgt auf der Basis fachgruppenspezifischer AT-Richtwerte. Im Rahmen der Richtwerte-Prüfung wird das Verordnungsvolumen mit dem praxisindividuellen Richtwertvolumen verglichen.

Rechtzeitig reagieren dank Frühinformation: Vorabinformation Richtwerte

Bereits zwei Monate nach Quartalsende ist die „Frühinformation Arzneimittel“ im Dokumentenarchiv im Mitgliederportal unter www.kvbawue.de zu finden. Die Abkehr von Behandlungsfallzahlen hin zur Anzahl der Verordnungspatienten, die bis 2016 die Berechnungsgrundlage darstellten, ermöglicht unter anderem, künftig auch denjenigen Praxen, die an Selektivverträgen teilnehmen, mithilfe der „Frühinformation Arzneimittel“ statistische Auswertungen über ihr Richtwertvolumen zur Verfügung zu stellen.

Weiterführende Informationen bietet das KVBW Verordnungsforum „Neue Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie Dezember 2016“, das unter <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte/> zur Verfügung steht.

Deutscher Ärztetag am 23. Mai in Freiburg eröffnet

Jörg Simpfendörfer

Im Wonnemonat Mai hatte die GNS die besondere Ehre auf Einladung der Landesärztekammer Baden-Württemberg an der Eröffnung des 120. Deutschen Ärztetages, der nach dem Jahre 1900 nun zum zweiten Mal in Freiburg stattfand, teilzunehmen. Passender hätte das Datum kaum gewählt sein können. Am Tag des Grundgesetzes eröffnete der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Ulrich Clever, den Deutschen Ärztetag und betonte die wichtige Funktion, die das Grundgesetz, auch bei der täglichen Berufsausübung der Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland spiele. Verlässliche und individuelle Hilfe bei Not, Krankheit und Verletzung, unabhängig von Einkommen, Herkunft, Haltung und Ansehen ist nicht überall auf dieser Welt eine Selbstverständlichkeit.

Dem stimmte auch Manfred Lucha, Minister für Soziales und Integration, zu, denn der Zusammenhalt der Gesellschaft drücke sich auch darin aus gesundheitliche und soziale Nöte, die oftmals einhergehen, ernst zu nehmen und wie von Herrn Dr. Clever bereits eingangs erwähnt unabhängig von Ansehen und Hautfarbe keinen im Stich zu lassen. Manfred Lucha betonte, dass gerade im Bereich der Notfallversorgung hier Lösungen erarbeitet werden müssen. Klare Worte fand der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery in seiner Eröffnungsrede für die von der SPD angedachte Einführung einer Bürgerver-

sicherung, die er als einen „Turbolader einer echten Zwei-Klassen Medizin“ bezeichnete. Mit der Einführung der Bürgerversicherung würde unmittelbar ein enormer Markt für zusätzliche Gesundheitsleistungen und Versicherungen entstehen. „Wer meint, dass eine Einheitsversicherung gerechter ist, als unser heutiges System, der verwechselt Gleichheit auf niedrigem Niveau mit Gerechtigkeit“.

Der These von Qualitätsunterschiede in der Behandlung von Patienten, aufgrund eines bestimmten Versichertenstatus erteilte Montgomery eine klare Absage. Was es dahingegen durchaus gebe, seien Komfortunterschiede, deren Ursprünge in einer unzureichenden Finanzierung zu liegen kommen. Eine unterschiedliche Lebenserwartung, basierend auf dem Versichertenstatus gebe es in Deutschland jedoch nicht, stellte Montgomery klar. Vielmehr verfüge das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich über die niedrigsten Zugangsschwellen für alle Versorgungsleistungen. Hier von einer Gerechtigkeitslücke zu sprechen und als vermeintliche gerechtere Alternative die Einführung einer Einheitskasse ins Feld zu führen, verkenne die Qualitäten des deutschen Gesundheitssystems.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nahm das Thema der Bürgerversicherung ebenfalls auf und warnte vor einem von Neidkomplexen geprägten Wahlkampf. Einig ist er sich mit Frank

Ulrich Montgomery, dass die Bürgerversicherung „kein einziges Problem lösen“ wird. Eine Reform der GOÄ sei dahingegen überfällig. Bis zum Jahresende würde ein konsentierter Vorschlag angestrebt. Gröhe betonte, dass es der Grundsatz aller erlassenen Gesundheitsgesetze gewesen sei, die „Mannschaftsleistung“ in der medizinischen Versorgung zu verbessern. Große Hoffnungen werden dabei in die Projekte des Innovationsfonds gesetzt. In Bezug auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, nach dem das Bundesinstitut für Arzneimittel Medikamente zur Selbsttötung bereitstellen soll, ließ Gröhe es nicht an Eindeutigkeit fehlen, mit den Worten: „Ich werde alles tun, dass keine Behörde in meinem Einflussbereich Beihilfe zur Selbsttötung leistet.“

Bis einschließlich Freitag berieten die 250 Delegierten des Deutschen Ärztetags zu gesundheits-, berufs- und sozialpolitischen Fragestellungen. Neben der GOÄ und der Novelle der (Muster-) Weiterbildungsordnung war die Digitalisierung im Gesundheitswesen ein weiteres Schwerpunktthema.

Das vollständige Beschlussprotokoll zum nachlesen finden Sie auf der Internetseite der Bundesärztekammer, oder direkt unter:

www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/120-deutscher-aerztes-tag-2017/beschlussprotokoll/

Im Rahmen des Deutschen Ärztetages wurde mit der Paracelsus Medaille auch die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft verliehen. Auf Beschluss des Vorstandes der Deutschen Ärztekammer wird dieser Preis jährlich an Medizinerinnen und Mediziner vergeben, die sich in besonderer Weise durch ihre Arbeit, ihre vorbildliche Haltung und hervorragende wissenschaftliche Leistungen Verdienste im Ansehen der Ärzteschaft erworben haben.

Der Vorstand der dt. Ärztekammer zeichnet mit der Paracelsus Medaille aus:

Frau Dr. Monika Hauser

(leider kurzfristig verhindert):

Frau Dr. Hauser wurde für ihr Engagement, in der durch sie selbst gegründeten Frauenrechts- und Hilfsorganisation „medica mondiale“ ausgezeichnet. Sie setzt sich seit über zwanzig Jahren für traumatisierte Frauen in Krisen- und Kriegsgebieten ein.

Medica mondiale unterstützt Frauenzentren und -organisationen in Albanien, Afghanistan, Nord-Irak, Liberia und der Demokratischen Republik Kongo. Mit ihrem außergewöhnlichen humanitären Engagement, ihren unablässigen Bemühungen, Politik und Gesellschaft auf das Schicksal von Frauen und Mädchen aufmerksam zu machen, die sexualisierte Gewalt erleben und erlitten haben, sowie mit ihrer bemerkenswerten Zivilcourage ist Monika Hauser ein großes Vorbild. Sie hat sich damit national und international auch um das Ansehen der deutschen Ärzteschaft in hervorragender Weise verdient gemacht.

Herr Prof. Günther Stein:

„Seit mehr als vier Jahrzehnte widmete er sich der Nephrologie und Hypertensiologie, und mit seiner Forschungstätigkeit wurde ihm national und international große Anerkennung zuteil.

Die Entwicklung der Nierenheilkunde an der Friedrich-Schiller-Universität ist unmittelbar mit seinem Namen verknüpft. Über zehn Jahre lang war er Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen und setzte mit seinem Ideenreichtum neue Akzente und Impulse in der Fortbildungslandschaft. Mit seinem außergewöhnlichen wissenschaftlichen und berufsständischen Engagement hat sich Günther Stein um die medizinische Versorgung, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.“

Frau Dr. Birgit Weihrauch:

Frau Dr. Weihrauch hat „(...) sich während ihrer gesundheitspolitischen Laufbahn und mit großem ehrenamtlichen Engagement in vielen Bereichen des Gesundheitswesens für richtungsweisende Entwicklungen eingesetzt (...). Besonders am Herzen lagen ihr neben Themen wie Prävention, Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Gemäß ihrem Leitmotiv eines menschlichen Gesundheitswesens war sie als unermüdete Verfechterin der Belange von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen immer bestrebt, die dafür notwendigen strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern. So war sie als Mitinitiatorin maßgeblich an der Erarbeitung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und ihrer Handlungsempfehlungen beteiligt, auf der dann auch die Gesetzesinitiative zu einem Hospiz- und Palliativgesetz basierte. Bereits während ihrer Tätigkeit im Gesundheitsministerium von Nordrhein-Westfalen über mehr als zwei Jahrzehnte hat sie sich mit Vehemenz, Ausdauer und Erfolg schon frühzeitig für einen flächendeckenden Ausbau

der Hospiz- und Palliativversorgung eingesetzt, der das Land bundesweit zum Vorreiter machte. Mit ihrer vorbildlichen Haltung und ihrem jahrzehntelangen Einsatz um die medizinische Versorgung hat sich Birgit Weihrauch in besonderer Weise um das Gemeinwohl der Bundesrepublik Deutschland und das Ansehen der deutschen Ärzteschaft verdient gemacht.“

Dr. Klaus-Dieter Wurche:

Herr Dr. Klaus Dieter Wurche setzte sich vier Jahrzehnte lang für den ärztlichen Berufsstand ein. „Seine Karriere bei der Ärztekammer Bremen nahm 1980 ihren Anfang und mündete 2004 ins Spitzenamt, als er zum Präsidenten gewählt wurde und schließlich für zwei Wahlperioden bis zu seinem Ruhestand 2012 der Kammer vorstand. Sowohl in der Ärztegewerkschaft als auch über seine Ämter bei der Ärztekammer engagierte er sich auf Landes- und Bundesebene ebenso wie auf europäischer und internationaler Ebene als Interessenvertreter der ärztlichen Selbstverwaltung, wobei für ihn insbesondere die Belange der Weiterbildung und seine damit verbundene vielseitige Gremienarbeit auch bei der Bundesärztekammer im Mittelpunkt standen. (...)Mit seiner außergewöhnlichen berufsständischen Arbeit hat sich Klaus-Dieter Wurche um die medizinische Versorgung, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.“

(Die vollständigen Laudationes und Urkunden finden Sie unter:

www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/auszeichnungen/traeger-der-paracelsus-medaille/2017/)

Zwischenruf: Den Wettbewerb im Personalmarkt gewinnen

Wolfgang Bachmann

Egal wen man fragt, zumindest wenn die Person im Gesundheitswesen arbeitet oder in der Gesundheitspolitik zu Hause ist. Also gleichgültig wen man aus dem Kreis dieser Personen nach der derzeit größten Herausforderung im Gesundheitswesen fragt, wird man unter den ersten drei Nennungen auf jeden Fall das Thema „Personal“ als Antwort erhalten. Unter Personal werden dabei keineswegs nur Mitarbeiter in Arztpraxen verstanden. „Personal“ schließt explizit Ärzte aller Fachrichtungen und Hierarchien sowie sämtliche Assistenz- und Pflegeberufe ein. Als Herausforderung im Bereich „Personal“ wird fast immer der Mangel an geeigneten Kräften verstanden. Diese Diagnose ist aus Makro- und aus Mikrosicht sicher völlig richtig. Denn es sind sowohl im System als auch in der einzelnen Einrichtung oder Praxis einfach zu wenige Fachkräfte vorhanden. Während die Makrobetrachter nun zu Recht die Erhöhung der Anzahl der Studienplätze, die Beschleunigung von Studiengängen, die Steigerung der Zahl von Ausbildungsplätzen in der Pflege und selbstverständlich die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der beruflichen Anerkennung sowie die Steigerung der Vergütung fordern, nutzt dies all jenen, die akut in der Verantwortung stehen oder auf Sicht ihre Nachfolge regeln möchten, relativ wenig. Will also sagen: langfristige und strukturelle Problemlösungen sind wichtig, taugen aber nicht oder nicht hinreichend, um einen akuten Problemlösungsbeitrag zu leisten. Während die Berufs- und Gesundheitspolitik die Personalpolitischen Rahmenbedingungen im Auge haben und

an deren Gestaltung arbeiten, müssen sich die leistungserbringenden Einheiten, also Ärzte, Kliniken, Pflegedienste, Apotheken u.a. mit dem Mangel herumschlagen und ihre jeweilige Institution gegen die Wettbewerber im Kampf um das beste Personal jeweils optimal positionieren. Während unter Systemgesichtspunkten der Mangel an Menge und Qualität der Mitarbeiter zu beseitigen ist, sind unter Instituts Gesichtspunkten individuelle Engpässe und Mängel im Personalmanagement zu identifizieren und deren Beseitigung in Angriff zu nehmen.

Dies waren die Hintergründe für unser vielbeachtetes Themenspecial „Personalmanagement“, welches wir Ende April begonnen haben und den Empfängern unserer Newsletter in Form von Mails, Videos und Arbeitsblättern zur individuellen Standortbestimmung zur Verfügung gestellt haben.

Es macht eben einen großen Unterschied, in einem Unternehmen zu arbeiten, in dem Freiheit und Verantwortung die vorherrschenden Prinzipien sind, im Gegensatz zu einer Einrichtung, in der Unfreiheit und Dienst nach Vorschrift das Denken und Handeln sowie das Klima und die Einstellung beherrschen. Es sind aber nicht nur derartig gewaltige Werteunterschiede, die die Positionierung im Wettbewerb um die besten Kräfte bestimmen.

Hand aufs Herz! Wann haben Sie sich zuletzt mit der Frage beschäftigt, ob Ihre Personalführung die Mitarbeiter begeistert oder zumindest positiv anregt oder ihnen vielleicht auch völlig egal ist, oder sie gar demotiviert? Bekommen Sie viele oder wenige gute Bewerbungen aus dem Bekanntenkreis

Ihrer Mitarbeiter? Freuen sich Ihre Mitarbeiter auf die nächste Teambesprechung oder nimmt der Krankenstand gerade bevorzugt an diesen Tagen zu? Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Mitarbeiter Ihre betrieblichen Zusatzleistungen schätzen? Investieren Sie in die betriebliche Altersversorgung Ihrer Mitarbeiter? Wie sieht es mit steuerfreien Zusatzleistungen aus? Die Möglichkeiten, sich gegenüber den Wettbewerbern im Markt um knappe personelle Ressourcen zu behaupten, sind vielfältig. Es ist keineswegs so, dass Praxis gleich Praxis und Klinik gleich Klinik ist und schon gar nicht ist Chef gleich Chef. Mut zur positiven Differenzierung hilft!

Auch in der Planung der Praxisnachfolge spielt das Personalmanagement einer Praxis heutzutage eine entscheidende Rolle. Es macht wenig Sinn, die Augen davor zu verschließen, dass die heutigen Nachfolger vor allem in eine nichtselbständige Tätigkeit in Anstellung streben. Wahrscheinlich ist dies eine vorübergehende Erscheinung und eine ganze Menge an jungen Ärzten werden, nachdem sie in die ambulante Versorgung hineingeschnuppert haben, den Mut für die Niederlassung fassen. Das ändert aber nichts daran, dass man den Einstieg so ermöglichen muss, dass eine Anstellung möglich ist. Die Wege hierzu sind hinreichend bekannt. Nach meinen Beobachtungen liegt die Herausforderung nicht vorwiegend darin, das Wissen um die Gestaltung von Nachfolgestrategien zu vermitteln sondern die Fragen um die Motivation der Praxisabgeber Ernst zu nehmen und an Lösungen zu arbeiten, die kompatibel zur Motivations-

Minister Peter Hauk überreicht dem Vorstand der GNS eG den Förderbescheid für das Projekt „PatientDigital“

Jörg Simpfendörfer

Am 11. Mai folgte der Vorstand der GNS eG einer Einladung des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz in die Landeshauptstadt nach Stuttgart.

Im Haus der Abgeordneten durften Herr Wolfgang Bachmann, Herr Christoph Spellenberg und Herr Dr. Friedrich Gagsteiger einen Förderbescheid zur Umsetzung des Projekts „PatientDigital“ im Landkreis Sigmaringen, von Peter Hauk, Minister für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz, in Empfang nehmen.

„Eine besondere Herausforderung für

die Erhaltung der Zukunftsfähigkeit des Ländlichen Raums ist die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Patientinnen und Patienten. Wir brauchen innovative Lösungen, die den Menschen nützen.“ so Minister Peter Hauk, MdL.

Der Minister betonte weiter: „Ich freue mich, dass ich zusammen mit dem „Gesundheitsnetz Süd“ ein vielversprechendes Modellvorhaben auf den Weg bringen kann, das mit Hilfe der Digitalisierung dazu beitragen kann, die ärztliche Versorgung im Ländlichen Raum in Zukunft effizienter und patientenfreundlicher zu gestalten“.

Die GNS freut sich über die Anerkennung, die das Ministerium der Problemstellung entgegenbringt und über eine Förderung, die derartige Modellprojekt erst möglich macht.

Mit dem Modellprojekt „PatientDigital“ und der zugehörigen Plattform „PatientenKarte.Online“ schafft die GNS erstmals einen digitalen Zielpunkt, der es allen Beteiligten ermöglicht Gesundheitsinformationen in digitaler Form zu erhalten bzw. zur Verfügung zu stellen und legt damit den Grundstein für eine bessere Kommunikation und Vernetzung entlang der gesamten Versorgungskette. Besonders hervorzuheben ist, dass dieses Gesundheitskonto allein dem Patienten gehört. Über eine Gesundheits-IBAN vernetzen sich Behandler und Patient über eine sichere Verbindung, analog zum Online Banking.

Im Juli startet das Projekt „PatientDigital“ im Landkreis Sigmaringen.



v.l.n.r.: Wolfgang Bachmann; Klaus Burger MdL, Minister Peter Hauk MdL, Andrea Bogner-Unden MdL, Christoph Spellenberg und Dr. Friedrich Gagsteiger

Fortsetzung von Seite 16

lage sind. Als ich kürzlich mit einem abgabewilligen Praxisinhaber darüber sprach, was zu tun ist, um seine Praxis attraktiv für Nachfolger zu machen und wir dabei auch an dem Thema MVZ nicht vorbei kamen, sagte er mir wörtlich: „Das ist mir klar. Das möchte ich aber nicht. Ich suche einen Nachfolger. Sonst mache ich die Schotten einfach dicht.“

Nachfolge ist eine Frage von Aktivität, modernem Personalmanagement, Attraktivität und Profitabilität der Praxis, Image und Zukunftsfähigkeit.

Den über Jahrzehnte aufgebauten Ruf der Praxis kann man nicht kurzfristig korrigieren. Patientenmeinungen, Meinungsäußerungen der Mitarbeiter das Verhalten des Inhabers, die äußeren Umstände, die Einrichtung, die Perso-

nalentwicklung, die Ausstattung, die Preisvorstellungen, all das trägt zum vorherrschenden Image und damit zur Verkehrsfähigkeit der Praxis bei. Also: sorgen Sie rechtzeitig und gut für die Menschen, die mit Ihnen Ihre Patienten versorgen, denn es nützt Ihnen akut und langfristig.

Einladung zur Auftaktveranstaltung Projekt „PatientDigital“ im Landkreis Sigmaringen



Jörg Simpfendörfer

hiermit laden die GNS und die Kreisärzteschaft Sigmaringen Sie ganz herzlich zu der Auftaktveranstaltung des Modellprojekts „PatientDigital“ im Landkreis Sigmaringen ein. Das Projekt „PatientDigital“ und die damit verbundene Plattform Patientkarte.online schaffen die erforderliche Basis-Infrastruktur, damit ein Patient in digitaler Form Gesundheitsinformationen erhalten und für Ärzte und weitere Leistungserbringer zur Verfügung stellen kann. Ein Online-Gesundheitskonto, das komplett dem Patienten gehört, wird zu diesem Zweck mit einer Patientenkarte online gekoppelt. Auf der Patientenkarte befinden sich eine Kartenummer und ein Sicherheitscode, die wie eine IBAN-Bankverbindung – nur eben für Gesundheitsdaten – verwendet werden können. Das macht es möglich, dass Patienten Online Daten von ihren Ärzten und anderen Leistungserbringern, wie Apotheken erhalten, aber auch Daten bereitstellen können. Eine Vielzahl von Mehrwertdiensten wird damit möglich.

- Automatische Weitergabe von Behandlungsinformationen
- Vollständige Datenlage bei Überweisung ins Krankenhaus
- Vollständige Datenlage bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- Gemeinsamer Medikationsplan
- Folgerezepte einfach anfordern
- Wichtige Dokumente empfangen und speichern
- Notfall-QR
- Online Arzttermine vereinbaren
- Kommunikation mit Pflegediensten

Diesem Modellprojekt wird zunächst die Gebietskulisse Sigmaringen zugrunde gelegt, um die notwendigen Voraussetzungen für eine Übertragung in andere Gebiete Baden-Württembergs und Deutschland zu schaffen. Gerade im ländlichen Raum können viele Arztstellen nicht mehr nachbesetzt werden. D.h. es muss eine Lösung geschaffen werden, in der Ärzte bei gleicher Qualität effizienter den Patienten behandeln können und unnötige Fahrten für den Patienten zum Arzt vermieden werden, sowie ineffiziente zeitraubende Recherchen z.B. zwischen Krankenhäusern und ambulanten Behandlern reduziert werden. Einen Lö-

sungsbeitrag für dieses Problem stellt die Patientenkarte online dar. Nach einer Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg (KVBW) hatte der Anteil der über 60-jährigen Ärzte im Landkreises Sigmaringen im Jahre 2015 bereits einen Stand von 40 Prozent erreicht.

Das Modellprojekt „PatientDigital“ wurde vom Gesundheitsnetz Süd ins Leben gerufen und wird vom Ministerium für ländlichen Raum und Verbraucherschutz mit einer Projektförderung in Höhe von 150.000 €, dies entspricht der Hälfte der kalkulierten Projektkosten, unterstützt.

Das Gesundheitsnetz Süd ist ein Zusammenschluss von mehreren hundert Ärzten in Baden-Württemberg, die sich zum Ziel gesetzt haben, gute Medizin zu machen und die dafür notwendige Infrastruktur zu schaffen.

Wir laden Sie recht herzlich zu unserer Auftaktveranstaltung ein:

Datum:

05.07.2017

Uhrzeit:

18.00 - 20.00 Uhr

Ort:

Sparkassen-Forum Hofgarten,
Fürst-Wilhelm-Str. 12,
72486 Sigmaringen
- Fürst-Leopold-Saal -

Wir freuen uns, wenn Sie Zeit finden an der Auftaktveranstaltung teilzunehmen und bitten um eine kurze Rückmeldung, ob wir mit Ihrem Kommen rechnen dürfen.

(Anmeldeformular siehe nächste Seite)

Für unsere Planung bitten wir um eine Anmeldung per Fax oder per Mail:

Fax-Antwort an **07391 5865451** oder per Mail an service@gnsued.de

Ja, ich nehme gerne an der Veranstaltung teil

Name

Straße Telefon

PLZ/Ort E-Mail

Stempel

Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

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

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Genossenschaft.

**Rückantwort bitte
per Fax an
07391 5865451**

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 3: G. Petzold, Alle weiteren Fotos: GNS

Fallkonferenz Geriatrie und Polypharmazie

Datum: Dienstag, den 04.07.2017
Ort: Gesundheitszentrum Blaubeuren,
Ulmerstr. 26,
89143 Blaubeuren
Uhrzeit: 19:00 – 21:30 Uhr

Auftaktveranstaltung des Modellprojekts „PatientDigital“ im Landkreis Sigmaringen

Datum: Mittwoch, den 05.07.2017
Ort: Sparkassen Forum Hofgarten,
Fürst-Wilhelm-Str. 12,
72488 Sigmaringen
Fürst-Leopold-Saal
Uhrzeit: ab 18:00 Uhr

Sitzung der Arbeitsgruppe „Regionales Wundmanagement“

Datum: Dienstag, den 11.07.2017
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen,
Hopfenhausstr. 6,
89584 Ehingen,
Konferenzräume 3. OG
Uhrzeit: 19:00 – 21:30 Uhr

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