Ausgabe 05/2011

LPNRW
LANDESVERBAND PRAXISNETZE NORDRHEIN-WESTFALEN

Netzblick

Was Ärzte verbindet

MITGLIEDERZEITUNG DES LANDESVERBANDES PRAXISNETZE NORDRHEIN-WESTFALEN

Rückblick auf den 8. LPNRW-Kongress

Am 13.11.2010 fand der 8. LPNRW-Kongress in Münster statt. Kernthema der Veranstaltung waren ärztliche Versorgungsformen im nächsten Jahrzehnt.

Als Podiumsteilnehmer und Referenten konnten wir hochrangige Vertreter der Politik und Krankenkassen gewinnen. Wir begrüßten von Seiten der Politik ***Barbara Steffens*** (MdL, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, NRW, Bündnis 90/Die Grünen), ***Ulrike Flach*** (MdB, Stellv. Fraktionsvors. der FDP, Gesundheitspolitische Sprecherin), ***Jens Spahn*** (MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion), ***Heike Gebhard*** (MdL, Stellv. Vorsitzende der SPD-Landtagsfraktion) und von Seiten der Krankenkassen ***Dr. Dr. Heinz Giesen*** (Dezernatleiter Verträge, Vereinigte IKK) sowie ***Dr. Christian Graf*** (Leiter Gesundheits- und Versorgungsmanagement, BARMER GEK).

Konzepte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wurden sowohl in Einzelvorträgen als auch in einer Podiumsdiskussion intensiv dargestellt und diskutiert. Das zahlreich erschienene Publikum füllte nicht nur den Saal bis auf den letzten Platz, sondern sparte auch nicht mit Kritik und bissigen Kommentaren. Hierdurch wurde auch den hochrangigen Vertretern der Politik und der Kostenträger teilweise wohl zum ersten Mal Probleme bewusst, mit deren Ausmaße sie sich bisher in dieser Weise wohl noch nicht beschäftigt hatten. Insbesondere die Effekte überbordender Bürokratie wurden hier mehr als deutlich hervorgehoben. Sämtliche Vorträge und Diskussionsbeiträge können über den **TV-Kanal** unserer Homepage unter www.lpnrnw.de aufgerufen werden.

Neben dem berufspolitischen Programm hatten Netze die Gelegenheit, über Weiterentwicklungen in eigenen Bereichen zu berichten. Außerdem gab es gut besuchte Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte zu Fragestellungen des Praxismanagements. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch eine Industrieausstellung.

Schon jetzt steht fest, dass der nächste LPNRW-Kongress am 5.11.2011 in Mülheim stattfinden wird.

Ludger Keßel
(Vorstandsmitglied des LPNRW,
1. Vorsitzender Netz MEDI EN)

Inhalt

Augenblicke der Veranstaltung in Münster 2
Vorwort Dr. Ramme 3
Kernprobleme des deutschen Gesundheitswesens 4–5
Honorarzuwachs durch asymmetrische Verteilung großer Erfolg des LPNRW 6
LPNRW-Vorstand 7
Termine 8

Impressum

LPNRW e.V.
Netzbüro
Schützenstr. 8
58285 Gevelsberg

Telefon: 0 23 32 / 66 42 66
Telefax: 0 23 32 / 66 42 69

E-mail: netzbuero@lpnrw.de
Internet: **www.lpnrw.de**

Redaktion
Ludger Keßel, Frank Westerhaus, Ute Tholen

Fotografie
Dr. A. Meinshausen (s. 6), L. Keßel (s. 2,5), Hr. Sauerborn (s. 1)

Konzeption/Umsetzung
www.koerner-marketing.de

Augenblicke der Veranstaltung in Münster

Kongressbegrüßung durch den 1. Vorsitzenden

Podiumsdiskussion: hochrangige Vertreter aus Politik und KK

Gut besuchter Kongress-Saal

Begrüßung in Münster durch das Netz

Vorstellung von Netzprojekten

Mittagspause und Zeit für Gespräche

Gute Stimmung bei den Ausstellern

Gut besuchte Schulungen

Fleißige Hände am Empfang

Actavis – 1. Wahl bei Lokalanästhetika.

- größtes Portfolio an Lokalanästhetika
- Exzellente Produktvorteile
- einzigartig breites Spektrum

Sie haben die Wahl.
Wir die Auswahl.

Bucain®-Actavis
Bupivacain RPR®-Actavis
Licain®-Actavis
Meaverin®-Actavis
Mecain®-Actavis
Procain®-Actavis
Ropivacain-Actavis

Actavis Deutschland GmbH & Co. KG | Willy-Brandt-Allee 2, 81829 München | t (089) 558 909-0 | f (089) 558 909-240 | @ info.de@actavis.de | w www.actavis.de

actavis
creating value in pharmaceuticals

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Landeskongress des LPNRW hat uns gezeigt, wie wichtig es ist, auf Landesebene präsent zu sein.

> **Erst als vereinigter Landesverband werden wir von der Politik entsprechend wahrgenommen und auch ernst genommen.**

Das zeigt uns die Tatsache, dass wir endlich aktiv von der Politik zu Gesprächen eingeladen werden. Lobbyarbeit ist eine anstrengende und zumeist wenig einträgliche, letztendlich aber notwendige Arbeit. Über den endgültigen Nutzen im Vergleich zum zeitlichen und personellen Aufwand kann man hierbei streiten. Schließlich sind wir doch alle in unseren Netzen angetreten, um die Versorgung vor Ort zu verbessern und uns mit Kolleginnen und Kollegen über eine bessere Organisation zum Wohle unserer Patienten besser zu vernetzen. Viele Netze kranken noch immer daran, falls sie sich noch nicht aufgelöst oder umorganisiert haben, dass einige wenige den Karren ziehen, viele mitfahren und manche sogar bremsen. Es mag daran liegen, dass viele Netze das Thema Verbindlichkeit im und zum eigenen Netz noch nicht gut geklärt haben. Andererseits liegt es auch daran, dass die Netze den Nutzen für ihre Mitglieder im Sinne von Organisation- und Arbeitserleichterung oder auch von wirtschaftlichen Vorteilen noch nicht haben darstellen können.

Das sind Aufgaben und Probleme des einzelnen Netzes – wofür jedoch steht der Landesverband und was sind seine Aufgaben im Spagat zwischen politischen Vorgaben und Netzinteressen?

Diese Probleme diskutiert der Vorstand häufig und intensiv: Wie kann der Vorstand positiv etwas für die Netze bewegen, um zu zeigen, dass für die Mitgliedsbeiträge etwas gemacht wird. Hierbei sei noch erwähnt, dass der Vorstand ehrenamtlich tätig ist. Soll der Landesverband die politische Speerspitze der Netze sein?

Soll der Landesverband sich um die wirtschaftliche Situation der Netze kümmern (Stichwort GmbH/Genossenschaft)?

Soll der Landesverband mit Krankenkassen IV-Verträge aushandeln und den Netzen zur Verfügung stellen? Diese und andere Fragen stehen immer wieder auf der Tagesordnung des Vorstandes.

Um besser zu verstehen, was die Netze vor Ort bewegt und welche Anforderungen und Wünsche an den Landesverband gestellt werden, wird der Vorstand die Netze befragen, für welche Aufgaben sich der Landesverband mehr einsetzen soll.

Dr. med. Peter Ramme
2. Vorsitzender des LPNRW / 1. Vorsitzender
Doc-net-mh (Mülheim) -

Die Kernprobleme des deutschen

VORTRAG DR. FURCHE, DR. RAMME VOM 8. KONGRESS DES LPNRW AM 13.11.2010 IN MÜNSTER

Unser Gesundheitswesen leidet an 2 Kern- und 3 Folgeproblemen. Die beiden Kernprobleme sind nicht die Finanzierung, sondern die zunehmende Sinnfreiheit des Systems, begründet durch Inkompetenz und Ideologie und die Demographie.

Die Folgeprobleme, resultierend aus Sinnfreiheit und Inkompetenz: Rechtsunsicherheit und simple Ungerechtigkeit, wuchernde externe Interessen, zunehmende Gefährdung der Betroffenen durch das System.

Die Finanzierung scheint kein Problem. Die jetzige ist historisch entstanden, finanziert von nur noch 40 % der Gesellschaft, Anteil sinkend und daher mittelfristig nicht haltbar. Aber es gibt ja die Möglichkeit der Abgaben auf Sonnenschein und Schnee, Grünkohl und Blähungen; jeder Staat hat sich das Geld beschafft, das er haben wollte. Die Frage ist nur: Wird Beschaffung und Verwendung als gerecht empfunden!

Der Sinn des Systems hat sich seit ca. 15 Jahren gewandelt: Es hat die Aufgabe Geldströme zu lenken, sonst arbeitslose Verwaltungsangestellte in Beschäftigung zu bringen und mit fachfremden Entscheidungskompetenzen auszustatten. Krankenversorgung ist zum Abfallprodukt, Patienten sind zu Leistungsempfängern geworden.

Die entscheidenden Verbesserungen im System kamen durch Grooper, ICD-Codierer, Administratoren und Verwaltungsfachleute. Verglichen mit der Effizienz der französischen Gesundheitsverwaltung könnte der deutsche GKV-Mitarbeiterpool Nordamerika, Afrika und Resteuropa administrieren, verglichen mit dem australischen System sogar 2,5 Welten. Jetzt kennen wir 168 Modifikationen des Diabetes mellitus (behandlungsrelevant ca. 10), 389 der rheumatoiden Arthritis, 226 der Osteoporose und 175 Formen der Schwangerschaft, undifferenziert ob rechts, links oder beidseits, sonst wären es 700. Diagnosen haben nicht mehr den Sinn, Krankheiten zu beschreiben, sondern Fallpauschalen oder Zuweisungen auszulösen. Und wenn jemand ein Problem hat, dass nicht mit Pauschalen hinterlegt ist, erfahren wir welche Krankheit er NICHT hat, zum 7. Mal kein Coloncarzinom/A, aber immer noch Bauchschmerzen. – „Eingruppierung vor Problemlösung". Patienten müssen für unverschuldete „Bagatellkrankheiten" aufkommen oder bei schweren Erkrankungen nach Aussteuerung sehen, wie sie zurechtkommen. Gesunde Lebensführung ist Privatsache, gesundheitsschädliches Verhalten wird gefördert. Hier winken Kuren, Arbeitsbefreiung, Zusatzurlaub und Frühverrentung. Um eigene Kosten zu senken, schieben sich Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung Patienten als Kostenpakete zu, Ärzte bemühen sich Patientenkontaktzeiten klein, Fallzahlen hoch zu halten. Pflegekräfte füllen erst mal Pflegereports aus. Wenn noch Zeit bleibt, setzen sie das Ausgefüllte am Patienten um. Primärziel ist Verwaltungskonformität.

> **Das Gesundheitssystem steht vor einer demographischen Herausforderung!**

Das Gesundheitssystem steht vor einer demographischen Herausforderung: Die Bevölkerung altert und chronische Krankheiten wie Demenz, Diabetes mellitus und KHK nehmen zu. Eine humane Versorgung dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe stellt eine gewaltige Herausforderung dar. Die Prognose bessert sich aber nicht durch das Hineinrechnen gesunder Frührentner.

Parallel hierzu findet ein Rückgang arbeitsfähiger und beitragszahlender Bevölkerungsgruppen statt sowie ein Abschmelzen der Heil- und Heilhilfsberufe, z. T. durch Verminderung der Ausbildungsplätze und z. T. aufgrund der katastrophalen Arbeitsbedingungen in allen Bereichen. Diese demographische Veränderung setzt uns unter Zeitdruck, da Reformen oft 10 Jahre oder mehr benötigen, um Wirkung zu zeigen. Letztendlich verursacht werden die vorgenannten Probleme aber durch Ideologie und Inkompetenz: Natur und Krankheiten folgen nicht unseren Kriterien von Gerechtigkeit. Menschen sind nicht gleich groß, nicht gleich krank und sie haben unterschiedliche Prioritäten. Und wir Ärzte? Wir benötigen natürlich die Instrumente des „Freien Marktes": Konkurrenz, Management, Kompetenz und evidenzbasierte Therapie! Und natürlich Kontrolle! Wer widerspricht endlich einmal solchen Plattheiten?

Konkurrenz soll es geben; ja, bei den Kleinsten im System, aber doch bitte kein Konkurs großer Kassen! Dafür gibt es den Risikostrukturausgleich, dann mussten noch DMP-Programme und jetzt der Morbi-RSA (Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) mit gigantischen Rechenoperationen herhalten, um Gelder zu verteilen. Kontrahierungszwang und freie Kassenwahl hätten gereicht: alle Kranken wären versorgt worden und unwirtschaftliche Kassen wären verschwunden – vielleicht auch einige politisch genehme!

Management im Gesundheitswesen – wie sieht das aus? Consultants beraten Politik und Krankenkassen, Geld durch Management einzusparen – gegen Honorar. Sie beraten Kliniken und Gesundheitskonzerne, wie man die eigenen Vorschläge unterläuft – gegen Honorar. Sie organisieren regionale Systeme zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven und Sonderleistungen zu Lasten von Kliniken und Kassen – gegen Honorar. Und selbstverständlich bedarf es dann eines neutralen Controllings – gegen Honorar. Und anschließend wird alles Lästige, Schwierige und Kostenintensive outgesourct inklusive der Morbi-RSA irrelevanten Gruppen.

Kompetenz –was ist das? Die 12-jährige Ausbildung qualifiziert einen Facharzt zu nichts: Er muss zusatzqualifiziert werden: Schmerzbehandlung, Gesprächsführung, etc. Ein 2-seitiger Reha-Antrag z.B. kann nicht ohne 2-tägige Zusatzausbildung ausgefüllt werden (diese Qualifikationsmaßnahme flächendeckend kostet ca. 1000 Arztarbeitsjahre). Aber die Ergebnisse: Palliativmediziner lassen die Todkranken auch noch früher sterben, inkompetente Medizi-

Gesundheitswesens

ner schicken Patienten 18 Mal im Jahr durch die Gegend, usw.. Die Kompetenz liegt beim „Wundmanager“ mit abgebrochener Bäckerlehre und 14-tägigem Crash-Kurs, beim Case-Manager mit Verwaltungslehre und Auswendiglernen eines Flow-Charts und dem gelernten Möbelverkäufer im medizinischen Call-Center.

Was resultiert hieraus? Idealvorstellungen von gleichmäßiger Zuteilung von Gesundheitsleistungen führen zu Gleichbehandlung nach Schema F. Bonus-Malus-Regelungen in der Medikamentenverordnung sind bezogen auf fiktive Standardpatienten mit Durchschnittswerten. Nur Tablettenteilung ist noch wirtschaftlich, bei den Apothekern aber verpönt. Wir berechnen Medikamente nach Durchschnitt, nicht nach Zielwerten – gleiches tun wir auch bei Behandlungsdaten (Stichwort: Verweildauer, DRGs, Regelleistungsvolumina). Weitere Bespiele sind Unsinnsprogramme wie das DMP KHK: Eine Krankheit mit hoher Relevanz, im DMP faktisch ohne relevante Diagnostik wie Ergometrie und Langzeit-Blutdruckmessung.

Der Sinn ist: Verteilung von Mitteln aus dem RSA und Machtdemonstration; Gehorsam ist an Bezahlung gekoppelt. 1/4 der Hausarzteinkünfte stammt aus solch obskuren Programmen mit Ankreuzfragebogen. Oder lesen Sie einmal den Pflegeheimreport des Medizinischen Dienstes: Ergebnis: Schlechte Versorgung der Heim-Insassen Verbesserungsvorschlag: Eine Aufsichtsbehörde für die Heimaufsichtsbehörde. Oder das Beispiel Impf-Aktion bei Schweine-Grippe: eine Milliarde Euro versenkt, kein Nutzen erkennbar, einzig verwertbares, aber nicht zur Kenntnis genommenes Ergebnis: im Ernstfall einer Pandemie wäre das öffentliche Gesundheitswesen hemmungslos überfordert.

Die Folgeprobleme sind: Rechtsunsicherheit und Ungerechtigkeit: Im Medizinsektor stehen in Deutschland unterschiedliche Gesetze parallel und unverbunden im Rechtsraum. Das ermöglicht die mehrfache Bestrafung/Sanktionierung eines Arztes für ein „Vergehen“ unter entgegen gesetzten Vorzeichen: Bestrafung wegen zu aufwändiger Behandlung (SGB), Bestrafung wegen zu wenig aufwändiger Behandlung (BGB) und wegen nicht nachweisbarer Nicht-Fehlbehandlung (StGB) im gleichen Fall. Als Beispiel mag hier das ESC-Menue angeführt werden: Die hier in den letzten Jahren präsentierten Ernährungsstudien belegen, dass ein 50-Jähriger durch Einhalten aller erfolgsversprechenden Diätmaßnahmen (Fisch, bittere Schokolade, Wallnüsse etc.) sein Leben um ca. 2,5 Jahre verlängern kann. Das resultierende Übergewicht verkürzt es aber um 3,5 Jahre. Das heißt: Lässt ein Mediziner was weg, macht er sich strafbar, da er lebensverlängernde Erkenntnisse nicht umsetzt. Setzt er sie um, macht er sich strafbar weil er das Leben verkürzt. Das nennt man double-binding, egal was man macht – es ist falsch.

Überbordende externe Interessen: Kapitalgesellschaften auf der Suche nach rentablen Anlagen: Consultants, die unbelastet von Kenntnissen heute ein Kernkraftwerk, morgen einen Bauernhof und übermorgen eine Klinik organisieren eine Presseindustrie, die das System so lange durch den Kakao ziehen wird, bis ihre Consultant-Töchter zufriedenstellend am Beitragskuchen beteiligt sind. Die Elektronik- und Telekommunikationsindustrie, die Informationen und Fehlinformationen immer schneller transportiert, auch wenn am Ende der Leitung zur Beurteilung niemand mehr zur Verfügung steht eine Gesundheitsindustrie, die Pflegeroboter und Patientenwaschanlagen präsentiert, die kein Betroffener sich je wünscht. Diese – z. T. ja auch berechtigten Interessen – wird es immer geben. Es ist nur die Frage, wie viel Raum man ihnen gibt und dabei die Betroffenen – Patienten und Heilberufler – vergisst.

Gefährdung unserer Patienten durch das System! Als Beispiele für Systemfehler, nicht für persönliches Versagen, mögen dienen: Kompetente Vertreter einer Gesundheitskasse rufen flächendeckend in ganzen Bezirken Vergewaltigungs-, Missbrauchs- und Gewaltopfer an, setzen sie unter Druck, weil keine Anzeige der Täter erfolgt ist und drohen mit der Rückforderung der Therapiekosten, um hinterher die Therapeuten anzurüffeln, wieso sie mit der vorgegebenen Sitzungszahl nicht auskamen.

Die Rabattverträge im Pharmakotherapie-Bereich: Dem Vernehmen nach sind ca. 10.000 Verträge geschlossen worden. Die Konsequenz ist ein häufiger Wechsel der Hersteller und damit des optischen Erscheinungsbildes der Medikation. Dies führt insbesondere bei älteren Menschen mit einer Fixierung auf Form und Farbe zu Fehlmedikation mit fatalen Endpunkten. Die Administrierung von 10.000 Verträgen dürfte darüber hinaus die mutmaßlichen Einsparungen aufbrauchen.

Grundsätzlich gilt für unser Gesundheitssystem: Durch zunehmende Diversifizierung von Verträgen und Einbinden zusätzlicher Personen unterschiedlicher Kompetenzniveaus nehmen die Unübersichtlichkeit und damit die Fehlerquoten zu. – Ein gefundener Ansatz für ein Qualitätsmanagementsystem. Würden wir wirklich Qualitätsmanagement in allen Bereichen des Gesundheitswesens betreiben, was wären die Schlussfolgerungen?

Dr. Karl-Georg Furche
(Geschäftsführer des LPNRW)

Dr. Peter Ramme
(2. Vorsitzender LPNRW)

Konzepte zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems stellen wir Ihnen in den nächsten Netzblick-Ausgaben vor.

Hinweis: Der Text steht Ihnen als Videobeitrag in voller Länge zur Verfügung unter:
www.lpnrw.de – Startseite: TV-Kanal

Honorarzuwachs durch asymmetrische Verteilung großer Erfolg des LPNRW

Bereits in seinem Gründungsjahr erreicht der durch Fusion aus den Westfälisch-Lippischen (LPWL) und Rheinischen (LPNO) Netzverbänden hervorgegangene Landesverband einen großen berufspolitischen Erfolg.

Die auf Vorschlag der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten gestartete Initiative wurde bereits vor der offiziellen Fusion der beiden Verbände beschlossen und auf dem LPWL-Jahreskongress 2009 in Bünde den Mitgliedsnetzen vorgestellt.

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit mit Informationen an die Presse, Plakataktionen in Wartezimmern sowie Unterschriftenaktionen in den Mitgliedspraxen im Frühling 2010 (**siehe www.nrw-aerzteforum.de**) konnten so flächendeckend für NRW organisiert werden.

Der Zeitpunkt vor den Landtagswahlen erleichterte es den Initiatoren unserer Initiative mit Landespolitikern ins Gespräch zu kommen. Nach Einführung einer Gebührenordnung in Euro und Festlegung der Regelleistungsvolumina war die Benachteiligung der Praxen in NRW so offensichtlich, dass der Druck von der Basis und die Gespräche unserer Verbandsvertreter zumindest auch den damaligen Vorstand der KVWL überzeugte unserer Argumentation zu folgen.

Gleichzeitig gelang über Gespräche mit der Landespolitik unseren Standpunkt auch Gesundheitsminister Rößler darzulegen. Nachdem Anfangs in der KBV Versammlung noch nicht einmal über die Thematik gesprochen werden sollte, konnte letztendlich ein Weg durchgesetzt werden, mit dem die ungleiche Honorarverteilung nach und nach ausgeglichen werden wird.

Begleitend zu dieser Aktion wurden Plakate an die Arztpraxen in NRW verteilt.

Die in diesem Jahr erstmalig fälligen zusätzlichen 160 Millionen Euro reichen natürlich nicht aus um die Praxen in NRW im Vergleich mit anderen Bundesländern vom letzten Platz zu holen, werden aber, da die Umverteilung in den nächsten Jahren weiter geht, in ein paar Jahren zu einer erkennbaren Angleichung der Honorarverteilung führen.

Bedauerlicherweise bestehen in den KV'en einiger Bundesländer daher Absichten, die asymmetrische Honorarverteilung zu torpedieren. Unser Landesverband wird alles daran setzen eine solche Entwicklung abzuwehren, dazu bedarf es nach Möglichkeit der Mitwirkung möglichst großer Teile der niedergelassenen Ärzteschaft unseres Landes.

Der LPNRW hat damit bereits kurz nach seiner Gründung bewiesen, das er als einzige Organisation der niedergelassenen Ärzteschaft außerhalb der KV'en, für das ganze Bundesland und über die Grenzen von Fachgruppenverbänden hinweg die legitimen, gemeinsamen Interessen aller niedergelassenen Ärzte in NRW vertreten kann.

Frank Westerhaus
(LPNRW-Vorstandsmitglied/
1. Vorsitzender Netz Castrop-Rauxel)

Sechs Wäschekörbe voller Unterschriften:

Am 5. Mai 2010 übergaben die Vertreter der ÄQW und des LP NRW die 114.000 Patienten-Unterschriften an Staatssekretär Daniel Bahr aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Von links nach rechts: Staatssekretär Daniel Bahr (BMG), Dr. Frank Koch (Geschäftsführer ÄQW), Dr. Arne Meinshausen (Geschäftsführer ÄQW), Dr. Karl-Georg Furche (Geschäftsführer LPNRW)

LPNRW-Vorstand

gewählt am 14. April 2010 in Dortmund (Vorstand und GF)

1. Vorsitzender
Dr. med. Heinrich Miks

2. Vorsitzender
Dr. med. Peter Ramme

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Günther Klaus Gollan

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Ernst

Vorstand
Dr. med. Lothar Jakobi

Vorstand
Ludger Keßel

Vorstand
Dr. med. Winfried Kluth

Vorstand
Dr. med. Christian Lunscken

Vorstand
Dr. med. Jochen Purrmann

Vorstand
Dr. med. Andrei Sufrin

Vorstand
Dr. med. Frank Westerhaus

Geschäftsführer
Dr. med. Karl-Georg Furche

Termine/Veranstaltungen 2011 beim LPNRW:

LPNRW
LANDESVERBAND PRAXISNETZE NORDRHEIN-WESTFALEN

Der Presseausschuss sucht noch **Freiwillige für die Redaktion,** insbesondere aus dem Rheinland.
Kontakt unter: www.lpnrw.de

Mitgliederversammlungen:

Ort: KVWL, Robert-Schimrigk-Str. 4–6 in 44141 Dortmund
Termine: 17.3.2011 ab 20.00 Uhr (ab 19.30 Uhr kleiner Imbiss)
15.9.2011 ab 20.00 Uhr (ab 19.30 Uhr kleiner Imbiss)
Teilnehmer: • LPNRW-Netzvorstände und Netzvertreter • Interessierte Netze

9. LPNRW-Kongress:

Termin: 5.11.2011 – Samstag, ganztägig
Ort: Stadthalle in Mülheim

Kamingespräche:

Ort: Dr. H. Miks, Sudetenweg 7 in 59065 Hamm
Termine: jeden 2. Dienstag im ungeraden Monat ab 19.30 Uhr
Teilnehmer: Mitglieder des LPNRW und Interessierte, gelegentlich interessante Gäste aus Politik und Wirtschaft
Sinn:
• Gelegenheit zum Austausch berufspolitischer Gedanken und Netzideen
• Kontakt zum Vorstand, verbunden mit Informationen zur Umsetzung von berufspolitischen Zielen
• Verbesserung der Kommunikation unter Netzen
Anmeldung: Wird erbeten, an Frau Tholen unter Tel: 0 23 32 - 664 266

Akademie:

LPNRW LANDESVERBAND PRAXISNETZE NORDRHEIN-WESTFALEN AKADEMIE

QM-Kurse nach DIN EN ISO 9001-2008

Seminarart: QM-Komplett / QM-Komfort für Arztpraxen
Ort: Herne, am 18.5., 18.6. und 24.8.2011 („Ersatztermin möglich“)
(Teilnahme an drei Terminen)
Bielefeld, am 15.6., 9.7. und 21.7.2011 (Teilnahme an drei Terminen)
Kosten: QM-Komplett: 1200,– zzgl. MwSt., QM-Komfort: 1600,– zzgl. MwSt.
Ermäßigung 15 % für Mitglieder des LPNRW, vormals LPWL, LPNo

Seminarart: Update- und Refresherkurs für Arztpraxen
Ort: Herne, am 16.7.2011 von 15.30 – 18.30 Uhr
Bielefeld, am 22.6.2011 von 15.00 – 18.00 Uhr
Kosten pro Team: 250,– f. Nichtmitglieder, 200,– f. Mitglieder zzgl. MwSt.

Seminarart: Update- und Refresherkurs für Psychotherapie
Ort: Bielefeld, am 10.6.2011 von 17.00 – 20.15 Uhr
Kosten: (f. 135,– zzgl. MwSt., Re-/Zertifizierung plus 50,– zzgl. MwSt.)

Anmeldung
LPNRW e.V. Netzbüro
Telefon: 0 23 32 / 66 42 66
Internet: **www.lpnrw.de**

Der Sicherheitsingenieur in der Praxis (Modul „Die sichere Praxis“) – Seminar in zwei Modulen

Modul 1: Arbeitsschutzrechtliche Anforderungen an die Arztpraxis
Zielgruppe: Verantwortliche Personen, die in Arztpraxen Personal beschäftigen
Ziel: Umsetzung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes um rechtlichen Konsequenzen zu begegnen. (1x jährliche Unterweisung ist Vorschrift)
Schulungsinhalt: Vorschriften u. Regelwerke, gesetzl. Grundlagen, Unterweisungspflichten, Erste Hilfe-Verhalten im Notfall, Biologische Gefährdung/Infektionsschutz/Praxishygiene, u.v.m. unter **www.lpnrw.de**
Dauer/Kosten: 180 min., 175,– pro Nichtmitglied, 145,– pro Mitglied zzgl. MwSt.

Modul 2: Betriebliche Arbeitsschutzunterweisung
Zielgruppe: Medizinische Fachangestellte/r
Ziel: Unterweisung von Beschäftigten zum Thema betriebliche Sicherheit und Unfallverhütung, lt. Gesetzgeber u. Berufsgenossenschaft
Schulungsinhalt: Vorschriften und Regelwerke, Brandschutz, Erste Hilfe, Bildschirmarbeitsplatz, Arbeitsmedizinische Vorsorge, u.v.m. unter **www.lpnrw.de**
Dauer/Kosten: 120 min., 115,– pro Nichtmitglied, 95,– pro Mitglied zzgl. MwSt.

Zusatzmodul: Brandschutz f. Med. Fachangestellte
Schulungsinhalt: Durchführung prakt. Löschübung an einer mobilen Brandsimulationsanlage, aufbauend auf das Modul 2
Dauer/Kosten: 60 min. 75,– f. Nichtmitglieder, 65,– pro Mitglied zzgl. MwSt.

AUSBLICK AUF DIE NÄCHSTEN AUSGABEN

- VAG-NRW (Vertragsarbeitsgemeinschaft-NRW)
- Konzepte zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssytems
- u.v.m.