



Gesundheit

14 Schlüsselrolle Hausarzt

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für
**Allgemein-
medizin**

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*Schule &
Gesundheit*


HESSEN
 Hessisches
Kultusministerium

vhs 

hr2
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autor dieses Zusatzangebots ist Dr. med. Robert Lübeck.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 17.02.2014 erstellt.

Übersicht

1. Hausarzt - Facharzt für Allgemeinmedizin
2. Nachwuchsprobleme in der Allgemeinmedizin
3. Multimorbidität
4. SCHAAZ
5. Innovative Gesundheitsmodelle
6. Hausarztverträge
7. VERAH
8. Glossar
9. Interviewpartner



1. Hausarzt - Facharzt für Allgemeinmedizin

Bezug Manuskript: S. 1 ff.; Bezug Audio: 01:00

Eine wesentliche Voraussetzung, um als niedergelassener Arzt oder niedergelassene Ärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, ist die Erteilung einer Zulassung durch den Zulassungsausschuss, welcher von Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen besetzt ist. Zunächst muss eine Aufnahme in das Arztregister erfolgen. Hierfür muss die Ärztin oder der Arzt eine Approbation und eine erfolgreich abgeschlossene allgemeinmedizinische Weiterbildung oder die Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet vorweisen. Nach dem Erlangen der Approbation, welche ein Studium der Humanmedizin mit einer Regelstudienzeit von 12 Semestern und 3 Monaten voraussetzt, wird in der Regel eine Weiterbildung begonnen, welche mindestens 5 Jahre dauert. Die Inhalte der Weiterbildung sind in der jeweils aktuell gültigen Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung festgehalten, welche von den zuständigen Landesärztekammern umgesetzt werden. Eine Ausnahme bildet der „Praktische Arzt“, welcher jedoch nur bis zum 31.12.1995 erworben werden konnte und unter bestimmten Voraussetzungen heute noch geführt werden darf.

Auch der Hausarzt ist also stets Facharzt – meist für Allgemeinmedizin, wegen Nachwuchsmangels aber teilweise auch für Innere Medizin, dann als „hausärztlich tätiger Internist“ bezeichnet.

Die Allgemeinmedizin zeichnet sich dadurch aus, dass sie auf den ganzen Menschen spezialisiert ist. Hausärztinnen und Hausärzte als Generalisten stellen eine langfristige, anlassübergreifende Betreuung ihrer Patienten sicher. Dabei betreuen sie ganze Familien und unterstützt diese dabei, eigene Ressourcen selbständig und aktiv zu nutzen. Die Tätigkeiten der Hausärztinnen und Hausärzte umfassen die wohnortnahe, flächendeckende Betreuung von Menschen jeden Alters. Sie arbeiten besonders eng mit anderen Berufsgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung zusammen und koordinieren die Behandlung.

Quellen:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Link: <https://www.kbv.de/38802.html>
- Musterweiterbildungsordnung, Link: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf
- DEGAM Zukunftspositionen, Link: <http://www.perspektive-hausarzt.de/hausarzt-a-z/hausarzt-a-z/degam-zukunftspositionen.html>



2. Nachwuchsprobleme in der Allgemeinmedizin

Bezug Manuskript: S.3 ; Bezug Audio: 01:48, 02:15

Allenfalls jeder zweite Hausarzt wird in den nächsten Jahren einen Nachfolger € finden. Damit müssten theoretisch mindestens doppelt so viele Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin wie bisher weitergebildet werden, um zumindest den Status quo zu halten. Damit ergibt sich eine gewaltige Lücke zwischen den ausscheidenden und den neu ausgebildeten, nachrückenden Hausärztinnen und Hausärzten.

Diese ist in der Realität jedoch noch viel größer als sie auf den ersten Blick erscheint:

Das faktische Renteneintrittsalter deutscher Hausärzte liegt bei nur 63 Jahren. Die durchschnittliche Arbeitszeit der neuen Generation Y liegt mindestens 20 % niedriger. Durch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme chronisch Kranker steigt gleichzeitig der hausärztliche Leistungsbedarf um weitere 20%. Von den neuen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin lassen sich bundesweit nur 62,1 % auch tatsächlich nieder. 64 % der neuen Fachärzte für Allgemeinmedizin sind weiblich, Tendenz steigend. Um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können, werden oftmals Teilzeitarbeitsverhältnisse gesucht.

Der hohe Bedarf kann durch hausärztlich tätige Internisten, angestellte Ärzte und Tätigkeitsdelegation an andere Berufsgruppen nicht kompensiert werden.

Bereits während des Medizinstudiums, welches überwiegend an hochspezialisierten Universitätskliniken stattfindet, muss es deutlich häufiger die Gelegenheit geben, die Handlungsweisen des primärärztlich tätigen Allgemeinmediziners und der von ihm durchgeführten Diagnostik und Therapie zahlreicher häufiger Erkrankungen kennenzulernen. Auch die Versorgung von Alten- und Pflegeheimen fällt in dessen Ressort. Im internationalen Vergleich ist der Ausbildungsabschnitt in allgemeinmedizinischen Praxen in Deutschland deutlich zu kurz. Dabei würden alle Studierenden, auch und gerade wenn sie später eine andere fachärztliche Spezialisierung anstreben, von einem intensiveren Ausbildungsabschnitt in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis profitieren.

Die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, welche jeweils zur Hälfte aus einer Umlage aller KV-Mitglieder und durch die Krankenkassen finanziert wird, ist zu unverbindlich. So sind die Fördertöpfe regelmäßig schon zur Mitte des Jahres leer. Dadurch können nicht alle Weiterzubildenden gefördert werden, was Interessierte abschreckt und in andere Facharztweiterbildungen treibt. Die Förderung ist notwendig, um Weiterzubildenden auch in der Zeit als Angestellte in der Hausarztpraxis ein Grundgehalt zu sichern. Denn der



Praxisinhaber kann wegen seines eingeschränkten Budgets, im Gegensatz zum Krankenhaus als Arbeitgeber, kein komplettes Arztgehalt aus eigener Tasche bezahlen.

Eine flächendeckende, wohnortnahe gesundheitliche Grundversorgung mit niedriger Zugangsschwelle wird durch die hausärztliche Versorgung aller Patienten sicher -gestellt. Doch diese hat nur dann eine Zukunft, wenn es gelingt, jetzt die Bedingungen des Studiums, der Weiterbildung und der Niederlassung attraktiv zu gestalten und in die Zukunft weisende Angebote zu machen.

Quellen:

- Geld für hausärztlichen Nachwuchs ist knapp, Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55642>
- Hausarztmangel, Links: http://www.focus.de/gesundheit/diverses/krankenversicherung-hausaerzte-begeistern-massnahmen-zur-sicherung-der-allgemeinmedizinischen-versorgung_aid_1147701.html, <http://www.hna.de/lokales/kassel/alt-kassel-droht-hausaerztmangel-3287559.html>, http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/default.aspx?sid=849042&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20131030-_-Aus-%2c+Weiter-+und+Fortbildung

3. Multimorbidität

Bezug Manuskript: S. 4; Bezug Audio: 04:55

Multimorbidität bedeutet „das Auftreten von mehreren Krankheiten zur gleichen Zeit“. Doch eine Definition des Phänomens Multimorbidität ist deutlich schwieriger. So existiert eine international akzeptierte Definition bislang nicht, und das, obwohl die krankheitsübergreifende Betreuung multimorbider, zumeist älterer Menschen nicht zuletzt wegen des demographischen Wandels heute und in Zukunft zu den Kernaufgaben der Hausärzte in Deutschland gehört.

Vom European General Practice Research Network (EGPRN) – einem internationalen Netzwerk forschender Allgemein – und Familienmediziner mit Sitz in Maastricht, wurde eine Definition erarbeitet. Diese lautet derzeit: „Multimorbidität wird definiert als jegliche Kombination einer chronischen Erkrankung mit zumindest einer weiteren Erkrankung (akut oder chronisch), einem bio – psycho – sozialen Faktor (assoziiert oder nicht) oder einem



somatischen Risikofaktor. Jeglicher bio – psycho – soziale Faktor, jeglicher Risikofaktor, das soziale Netz, die Krankheitslast, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie persönliche Bewältigungsstrategien können die Auswirkungen von Multimorbidität beeinflussen.“ So ist diese Definition in der Praxis sicher schwer anwendbar und bedarf daher noch einiger Anpassungen.

In der ärztlichen Versorgung zeichnen sich multimorbide Patienten durch eine deutlich erhöhte Anzahl von jährlichen Arztkontakten aus. Die Anzahl an chronischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme ärztlicher bzw. medizinischer Leistungen ist mit erhöhten Kosten verbunden.

Ein weiteres Problem ist die Anwendung von Leitlinien bei multimorbiden Patienten. Leitlinien sollen als systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte deren Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen erleichtern. Bei Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen können sich die Handlungsempfehlungen, welche sich aus den spezifischen Leitlinien zu den jeweiligen Erkrankungen ergeben, jedoch diametral gegenüberstehen.

Durch die komplexen Interaktionen zwischen den einzelnen Erkrankungen ist ein additiv auf Einzelerkrankungen fokussierter Betreuungsansatz nicht gerechtfertigt. Die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für multimorbiditätsorientierte Diagnose- und Behandlungsansätze tritt daher in den letzten Jahren mehr und mehr in den Fokus. Dennoch sind die etablierte klinische Lehre und Forschung sowie das Gesundheitssystem nach wie vor eher auf Einzelerkrankungen fokussiert.

Quellen:

- Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare), Link: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-011-0249-3>
- Multimorbidität erhöht Versorgungskosten, Link: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-012-1475-6>
- Definition Multimorbidität, Link: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8400006::Morbidity%20E4t
- Schwierigkeiten der Definition von Multimorbidität (englischsprachig), Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713155/>
- Leitliniensammlung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Link: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>



4. SCHAAZ

Bezug Manuskript S. 7-10, 15-16; Bezug Audio: 08:01

Hinter der Abkürzung SCHAAZ verbirgt sich das „Schaafheimer Ärzte- und Apothekenzentrum“. Dabei handelt es sich um ein Gesundheitszentrum, welches sechs Hausärzte, eine Apotheke und eine zahnärztliche Praxis unter einem Dach vereint. Zusätzlich praktizieren ein Urologe und ein HNO-Arzt in den Räumlichkeiten als Zweigpraxis.

Angesichts des nahenden Ruhestands von sechs der acht Hausärzte in Schaafheim, die zuvor in vier ehepartnerlich geführten Gemeinschaftspraxen jeder für sich arbeiteten, und fehlender Nachfolger wurde das Konzept eines Gesundheitszentrums entwickelt. Mit Hilfe des Bürgermeisters und eines externen Investors wurde der Umbau eines passenden Gebäudes nach den Vorstellungen der Hausärzte umgesetzt.

Das erweiterte Ärzte- und MFA-Team ermöglicht eine gegenseitige Vertretung und Arbeitsteilung. Dies führt zu einer spürbaren Entlastung von administrativen Aufgaben.

Quellen:

- SCHAAZ, Link: <http://www.schaaz.de/pages/startseite>

5. Innovative Gesundheitsmodelle

Bezug Manuskript: S.9; Bezug Audio: 11:00

Parallel zur älter werdenden Gesellschaft altern auch die Akteure im Gesundheitswesen. Gleichzeitig steigt die Zahl der Patienten mit Multimorbidität und damit der erforderliche Versorgungsbedarf. Gleichzeitig ist der Nachwuchs in den Gesundheitsberufen nicht gewillt, Familie und Freizeit der Patientenversorgung zu opfern. Die in vielen Regionen bereits bedrohte flächendeckende gesundheitliche Versorgung ist gefährdet.

Zur langfristigen Sicherung der Gesundheitsversorgung sind innovative Ideen gefragt.

Es gibt bereits viele erfolgreiche Modelle in Deutschland, die meist auf Zusammenschlüssen, Kooperationen und einer Vernetzung von Akteuren beruhen. Das Projekt Innovative Gesundheitsmodelle, abgekürzt InGe, will diese zentral sammeln, kategorisieren und für andere Interessenten zugänglich machen. Dabei werden nicht nur Projekte der direkten



medizinische Versorgung beachtet, sondern im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffs auch die Bereiche Pflege, Versorgung, Mobilität, Soziales und Gemeinde betrachtet.

Um Konzepte auf andere Regionen übertragen zu können, ist die Analyse von Voraussetzungen notwendig. Ausführliche Beschreibungen der verschiedenen Modelle werden in einer Datenbank gesammelt und über die Homepage der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. So können interessierte Gemeinden, Entscheider oder Versorger, die nach einer Lösung für ihre Region suchen, sich über mögliche Alternativen informieren.

Für Suchende wird im Rahmen einer Beratung die individuelle Ausgangssituation analysiert. Es werden zunächst fördernde und hemmende Einflussfaktoren identifiziert, um gezielt bei der Suche nach adäquaten Modellen zu helfen. Schließlich kann eine Kontaktvermittlung zum anvisierten Modell erfolgen, um einen direkten und persönlichen Austausch zu ermöglichen.

Das Beratungsangebot wird im Verlauf des Projekts weiter ausgebaut, um die Implementierung von innovativen Versorgungsmodellen zu unterstützen.

Das Projekt InGe wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Quellen:

- Innovative Gesundheitsmodelle, Link: <http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle>

6. Hausarztverträge

Bezug Manuskript: S. 12; Bezug Audio: 16:37

Nach § 73b SGB V sind die Krankenkassen zu einer flächendeckenden Bereitstellung von hausarztzentrierten Versorgungsmodellen in der primären Gesundheitsversorgung verpflichtet. Dieser Paragraph wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 eingeführt. Die Vertragspartner, mit denen die Kassen entsprechende Modelle verhandeln und gestalten können, haben sich durch die Gesetzesreformen in den vergangenen Jahren stetig verändert. Seit der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) 2009 dürfen die gesetzlichen Krankenkassen über Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nur mit Gemeinschaften verhandeln, die „mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten“.



Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) soll eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung für eingeschriebene Patienten sicherstellen. Dazu werden verschiedene konkrete Ziele angestrebt. Durch den Ausbau der Lotsenfunktion des Hausarztes soll es zu einer Vermeidung von Über-, Fehl- oder Unterversorgung und einer Reduzierung unnötiger Kosten, z.B. durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, kommen. Zudem wird eine Steigerung der Behandlungsqualität angestrebt. So sind Hausärzte in der hausarztzentrierten Versorgung zur regelmäßigen Teilnahme an speziellen Qualitätszirkeln verpflichtet. Dadurch wird auch die Patientensicherheit erhöht, da schwerpunktmäßig die bedarfsgerechte Verordnung von Medikamenten besprochen wird. Durch Bürokratieabbau wird eine einfache und attraktive Vergütungsstruktur geschaffen, welche dem Arzt oder der Ärztin letztlich mehr Zeit für den Patienten und seine Anliegen lässt. Dadurch steigt auch die Zufriedenheit der Versicherten und der Ärzte.

In Baden Württemberg wurde von der AOK in Kooperation mit dem Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg seit 2008 ein flächendeckender Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) abgeschlossen. In einer ersten Evaluation konnten bereits eine bessere Versorgung von chronisch Kranken und eine erhöhte Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden.

Quellen:

- Hausarztzentrierte Versorgung, Link: <http://www.mein-hausarztvertrag.de/index.php?id=3>
- Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, Link: <http://www.aok-bw-presse.de/aktuelles-95.php?initToken=1&mode=detail&mediaType=document&id=1392>

7. VERAH

Bezug Manuskript: S. 13; Bezug Audio: 17:06, 18:25

Die „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) ist eine speziell weitergebildete medizinische Fachangestellte (MFA). Gerade im Hinblick auf den zunehmenden Mangel an Hausärzten, besonders in ländlichen Regionen, ist die Weiterqualifikation des hausärztlichen Praxisteam zur optimalen Ausnutzung vorhandener Ressourcen sinnvoll und gefordert. Besonders chronisch Kranke können von einer intensivierten Betreuung, z.B. in Form von Case Management, profitieren.



Neben der „VERAH“ gibt es in Deutschland weitere Qualifikationsmodelle, wie z.B. AGnES, EVA oder MoNi. Dabei handelt es sich jeweils um Programme zur qualifizierten Weiterbildung von medizinischen Fachangestellten. Die VERAH ist jedoch zahlenmäßig die bedeutendste. Sie wurde vom Deutschen Hausärzterverband sowie dem Institut für hausärztliche Fortbildung entwickelt. Ein Grund dafür, dass es bislang nur vergleichsweise wenige weiterqualifizierte MFAs gibt, ist die im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems kaum gedeckte Finanzierung dieser Konzepte. Im Rahmen von hausarztzentrierten Versorgungskonzepten findet eine angepasste Vergütung statt, sodass in teilnehmenden Praxen häufiger speziell weitergebildete medizinische Fachangestellte anzutreffen sind.

Die Aufgabenbereiche einer VERAH erstrecken sich von der Patientenschulung und Förderung des Selbstmanagements, dem Monitoring des Gesundheitszustands der Patienten bis auf die Optimierung der bestehenden Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsebenen. Durch telefonisches Monitoring können bestimmte krankheitsrelevante Parameter abgefragt und systematisch erfasst werden. So kann beispielsweise bei Patienten mit Herzinsuffizienz das Gewicht regelmäßig kontrolliert werden, um akute Verschlechterungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Dadurch kann die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten reduziert werden. In Zukunft ist mit einer zunehmenden Professionalisierung des medizinischen Fachpersonals zu rechnen.

Quellen:

- VERAH, Link: <http://www.verah.de/c942a6dc-d073-40f2-8a8e-e0894e2d894b.html?t=1391457876641>
- Zukunft VERAH, Link: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/849030/zukunftsvision-verah-jede-hausarztpraxis.html

8. Glossar

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Bezug Manuskript: S.3 ; Bezug Audio: 2:43

Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) handelt es sich um die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie



eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Zudem gibt es weitere, überwiegend nach Bundesland organisierte Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), bei denen der so genannte Sicherstellungsauftrag liegt (§ 75 SGB V). Sie vertreten Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wurde 1955 als Rechtsnachfolgerin der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands gegründet (§ 77 Absatz 4 SGB V).

Quelle:

- Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Link:
<http://www.kbv.de/index.html>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Bezug Manuskript: S. 3; Bezug Audio: 02:07

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat die Aufgabe, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zu erstellen und in diesem Rahmen die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung zu analysieren. Dabei sollen die finanziellen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Der Rat soll Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigen.

Die Gutachten werden regelhaft dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt.

Quelle:

- <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=2>



9. Interviewpartner

Gerhart Welbers ist Hausarzt aus Leidenschaft. Er praktiziert seit 34 Jahren in Schaaheim, bis 2009 zusammen mit seiner Ehefrau in einer eigenen Praxis. Nun ist diese in das SCHAAZ integriert. Das SCHAAZ ist als akademische Lehrpraxis anerkannt.

Quellen:

- Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin, Link: http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/lehrp_welbers_gerhart.html
- SCHAAZ, Link: <http://www.schaaaz.de/pages/startseite>

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH promovierte im Fach Humanmedizin, hat einen Master-Abschluss im Fach Public Health, ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit 2010 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Quellen:

- Institut für Allgemeinmedizin Uni Frankfurt, Link: http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/mit_gerlach.html

Michaela Kunkel ist Arzthelferin und Diabetesassistentin. Sie arbeitet schon seit vielen Jahren für das Ehepaar Welbers. Durch Teilnahme an zahlreichen Fortbildungen hat sie sich für die Betreuung chronisch Kranker qualifiziert.

Martin Dobler ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er hat einen Teil seiner Ausbildung im SCHAAZ absolviert. Vor seinem Medizinstudium hat er bereits im Rettungsdienst und in der Krankenpflege gearbeitet.