

01/2018



Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin

## Unterschätzte Macht?

Wer wirklich im  
Gesundheitswesen die  
Entscheidungen trifft

MIT SPECIAL  
Famulatur in  
der Südsee

# Heute Behandlungsvorteile von morgen sichern.

## Genießen Sie erstklassige Leistungen in Betreuung, Service und Komfort:

Machen Sie mit VIAMed den ersten Schritt in die private Krankenversicherung und sichern Sie sich jetzt beste Voraussetzungen für den späteren Wechsel. Gerade wenn Sie noch studieren oder Ihr Einkommen noch unter der gesetzlich vorgeschriebenen Grenze liegt.

- Grundlage für die Gesundheitsprüfung ist Ihr heutiger Gesundheitszustand – egal, was passiert
- Freie Tarifwahl bei AXA – vom Basisschutz bis zur Top-Absicherung
- Im Ausland schon heute privat versichert – z. B. im Urlaub und bei Reisen im Rahmen des Studiums

## Exklusive Sonderkonditionen für Mitglieder:

- Bis zu 3 Jahren Beitragsübernahme
- Bis Eintrittsalter 34 Jahre nur 36 €/Jahr



**Hartmannbund**

Verband der Ärzte Deutschlands

Für mehr Infos Code scannen oder  
[www.aerzte-finanz.de/viamed-hartmannbund](http://www.aerzte-finanz.de/viamed-hartmannbund)

 **Deutsche  
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-  
und Wirtschaftsberatung



# Editorial

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

Jens... wer? Diese Frage jedenfalls muss sich der neue Gesundheitsminister von den gesundheitspolitischen Kommentatoren sicher nicht gefallen lassen. Im Gegenteil: Jens Spahn ist schon lange kein unbeschriebenes Blatt mehr und hat die vergangenen Jahre genutzt, um nicht nur gesundheitspolitische Erfahrungen zu sammeln. Dabei hat er, noch jung an Jahren, dennoch schon Profil mit Wiedererkennungswert gewonnen. Provokant, jemand der Klartext redet, ein Politiker, der dem Auditorium nicht nur das erzählt, was es hören möchte. Im Übrigen mutig auch im Umgang mit Autoritäten – davon weiß wohl selbst Angela Merkel ein Lied zu singen. Soviel wir aber auch bisher von Jens Spahn nicht zuletzt durch zahlreiche persönliche Begegnungen wissen – spannend wird sein, wie er in der ersten Rolle als politisch verantwortlich gestaltender Minister agieren wird. Wird er mit den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen in einen konstruktiven, sachorientierten Dialog eintreten? Oder wird er gegenüber den – zugegebenermaßen überdurchschnittlich zahlreichen – Lobbygruppen im Gesundheitswesen „dicht machen“, und seine bisher erworbene Expertise nutzen um durchzuregieren? Der HB hat in den vergangenen Jahren die politische Interessenvertretung niemals eindimensional ohne Rücksicht auf den großen Rahmen gestaltet. Wir setzen darauf, dass Jens Spahn dies erkennt und würdigt. So werden wir unverändert zum konstruktiven, intelligent-umsichtigen Dialog bereit sein.

Und unsere Expertise wird gefragt sein. Denn, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, der Koalitionsvertrag setzt zwar einen Rahmen für die Gesundheitspolitik der nächsten vier Jahre, eingemauert ist der neue Gesundheitsminister damit aber nicht. Einige Details – bis hin zu Öffnungszeiten der Terminvergabestellen – sind zwar dezidiert im Vertrag festgehalten, in anderen Bereichen dagegen gibt es aber Spielräume. Sei es etwa bei der geplanten Forcierung der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgungsebene, sei es bei der Frage, wie und in welchem Umfang die Versorgung auf dem Lande künftig noch zu gewährleisten ist oder zum Beispiel auch mit Blick auf die Rolle neuer Gesundheitsberufe – nicht zuletzt im Verhältnis zur Ärzteschaft. Diese Spielräume gilt es durch konstruktives und kluges Agieren der Ärzteschaft zu nutzen. Darauf ist der Hartmannbund vorbereitet.

Ganz andere Dinge als die einheitliche Gebührenordnung, EBM oder DRG haben sicherlich unser studentisches Mitglied Charlotte Saretzki beschäftigt, als sie ihre Famulatur auf den Cook-Inseln absolviert hat. Dies lässt sich sehr eindrucksvoll in dem Bericht nachlesen, den uns Frau Saretzki geschrieben hat. Ihre Eindrücke „vom anderen Ende der Welt“ finden Sie neben vielen anderen interessanten aktuellen Themen aus der Gesundheitspolitik in diesem Heft. Wir wünschen Vergnügen und vielleicht auch Erkenntnisgewinn bei der Lektüre.

Mit kollegialen Grüßen,

Ihr  
*Herbert Fink*



**Dr. Klaus Reinhardt**

Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands



## „ Unser Netzwerk gibt es auch ohne Strom“

**Die Univertreter des Hartmannbundes sind bundesweit an den Medizinischen Fakultäten vertreten.** Sie sind eure Ansprechpartner für alle Fragen rund ums Medizinstudium, sie organisieren Seminare zu berufspolitischen Themen und sie kämpfen gemeinsam mit euch für faire und gute Studienbedingungen.

Für die Verstärkung unseres Teams suchen wir Univertreter an den Standorten Düsseldorf, Erlangen, Halle, Münster, Freiburg und Gießen. Wir freuen uns auch über mehrere Studierende pro Standort.

Meldet euch gerne unter:  
[hb-info@hartmannbund.de](mailto:hb-info@hartmannbund.de)



**Braucht ihr mehr Infos oder Hilfe?**

Die Univertreter des Hartmannbundes findet ihr auf [www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de](http://www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de)



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

# Inhalt

## Unterschätzte Macht?

Jenseits der großen politischen Bühne fallen jeden Tag wichtige Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen – mit Folgen für Ärztinnen, Ärzte und Patienten. Wer zieht da eigentlich die Fäden „hinter den Kulissen“, wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem? Ein Schlaglicht auf einige dieser Player ab Seite

# 6



## 11

**Freie Verbände als wichtiger Faktor im Konzert der Player**  
zur Titelgeschichte

**12 Ex G-BA-Chef Dr. Rainer Hess im Interview**  
Staatliche Eingriffe gefährden die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems



## 14

**Politik**

Die GroKo steht –  
Wie geht es jetzt weiter?

## 16

20 Jahre  
Transplantationsgesetz



## 18

Freie Berufe in Europa  
„unter Beschuss“



## 24

**Angestellte Ärzte**

Entlassmanagement:  
Ist das „Bürokratiemonster“  
zu bändigen?

## 26

Ärztmangel im Gesundheitsdienst spitzt sich zu

## 28

**Medizinstudierende**

Famulatur und Doktorarbeit  
in der Südsee: Totenkult am  
Krankenbett

## 36

**HB-Intern**

Landesverbände Mecklenburg-  
Vorpommern und Schleswig-  
Holstein – Ärzte müssen  
E-Health aktiv mitgestalten!

## 38

**Service**

Kooperationspartner

Ansprechpartner **44**

Impressum **46**

**Niedergelassene Ärzte 20**  
Der schweigsame Dritte

## 22

Zeitprofilprüfung:  
Wenn's mal wieder  
länger dauert



TITEL

# Unterschätzte Macht?

SICHTBAR

UNSICHTBAR

# Warum das Gesundheitssystem (gelegentlich) auch ohne Regierung gut funktioniert

Gesetzgeber

Bundesgesundheitsministerium

Gemeinsamer Bundesausschuss

Selbstverwaltungspartner  
auf Bundesebene  
(z. B. KBV und GKV-Spitzenverband)

Selbstverwaltungspartner  
auf nationaler Ebene  
(z. B. KVen)

Berufsverbände und  
Fachgesellschaften



*Nun ist es endlich vollbracht. Jamaika ist (vorerst) ausge(t)räumt. CDU, CSU und SPD haben sich zusammengerauft, Deutschlands Sozialdemokraten haben Ja gesagt und rund ein halbes Jahr nach der Wahl gibt es nicht „Ab morgen auf die Fresse“, sondern eine neue Regierung. Das lange Warten auf eine erfolgreiche Regierungsbildung hatte zwischenzeitlich hier und da für Häme, vor allem aber bei vielen auch für einige Sorgenfalten gesorgt. Bis zu einer neuen Regierungsbildung ist nur eine vorläufige Haushaltsführung möglich. Diese setzt der geschäftsführenden Bundesregierung enge Grenzen und sorgt bisweilen auch für Stillstand – von neuen Gesetzesinitiativen ganz zu schweigen. Und im Gesundheitswesen? Da stellt mancher schon einmal etwas provokativ die Frage: Braucht das Gesundheitssystem die Regierung eigentlich, oder kommt man – mindestens bis auf Weiteres – auch ganz gut allein zurecht? Es gehört nicht viel Fantasie dazu, sich auf ärztlicher Seite das Echo auf diese Frage vorzustellen. Fakt ist: Jenseits aller immer wieder einmal geäußerten Kritik beweist die (teil-)autarke Selbstverwaltung ihre Arbeitsfähigkeit auch in politisch etwas „ruhigeren“ Zeiten. Aber wie genau läuft das System? Wer sind die beteiligten Akteure und wie stehen sie untereinander im Verhältnis? Wie und wo finden die Entscheidungsprozesse statt? Und wer zieht eigentlich die Fäden? Wir werfen einen Blick auf die wichtigsten Player.*

Wie gesagt, von Stillstand konnte zuletzt im selbstverwalteten Gesundheitswesen trotz des politischen Vakuums keine Rede sein. Allein im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden seit der Bundestagswahl mehr als 150 das Gesundheitssystem betreffende Beschlüsse gefasst. Und seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wurden unter anderem Initiativen zum ärztlichen Bereitschaftsdienst und zur Optimierung der Notfallversorgung gestartet und ein gemeinsames Konzept mit Apothekern und Zahnärzten zur Digitalisierung vorgelegt. Zwischen KBV und GKV-Spitzenverband wurden zudem Lösungen zur ärztlichen Vergütung des Notfalldatenmanagements auf der mittlerweile berühmt-berüchtigten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erarbeitet und Rahmenvorgaben für die Ausgaben volumina bei Arznei- und Heilmitteln für das Jahr 2018 abgeschlossen. Auch die Verhandlungen zur Laborreform wurden zwischen KBV und GKV-Spitzenverband abgeschlossen – wohlgermerkt alles Ergebnisse der Tätigkeiten in der Selbstverwaltung seit der Bundestagswahl.

Hierarchisch betrachtet gibt – vor allem im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – der Gesetzgeber die strategischen Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland vor. Hauptsächlich im Fokus der Öffentlichkeit steht deshalb naturgemäß die Gesetzgebung. Deren Umsetzung allerdings – und das ist eine (europäische) Besonderheit – wird von der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen vorgenommen: Die Versicherten und Beitragszahler sowie die verschiedenen Leistungserbringer sind in diversen „Verbänden“ organisiert, die in eigener Verantwortung – mit unterschiedlichen hier und da stets kleiner werdenden Spielräumen – nach den Vorgaben des Gesetzgebers die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausgestalten.

Deshalb besitzen diese Institutionen auch teilweise einen besonderen Status, wie beispielsweise den einer „Körperschaft öffentlichen Rechts“. Die Kammern und weitere Institutionen und Verbände arrondieren die Selbstverwaltung, sodass ein geräuschlos ineinandergreifendes Netzwerk die Voraussetzungen für die

umfassende gesundheitliche Versorgung schafft – doch dazu später mehr. Das oberste Entscheidungsorgan der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde am 1. Januar 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) errichtet und wird von den vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen gebildet: der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV bzw. KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband. Neben diesen vier Trägerorganisationen sind auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beteiligt, allerdings nur antrags- jedoch nicht stimmberechtigt.

Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Entsprechend den Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) werden die Beschlüsse und Richtlinien des G-BA zunächst vom BMG geprüft und dann, nach Nichtbeanstandung, im Bundesanzeiger veröffentlicht.

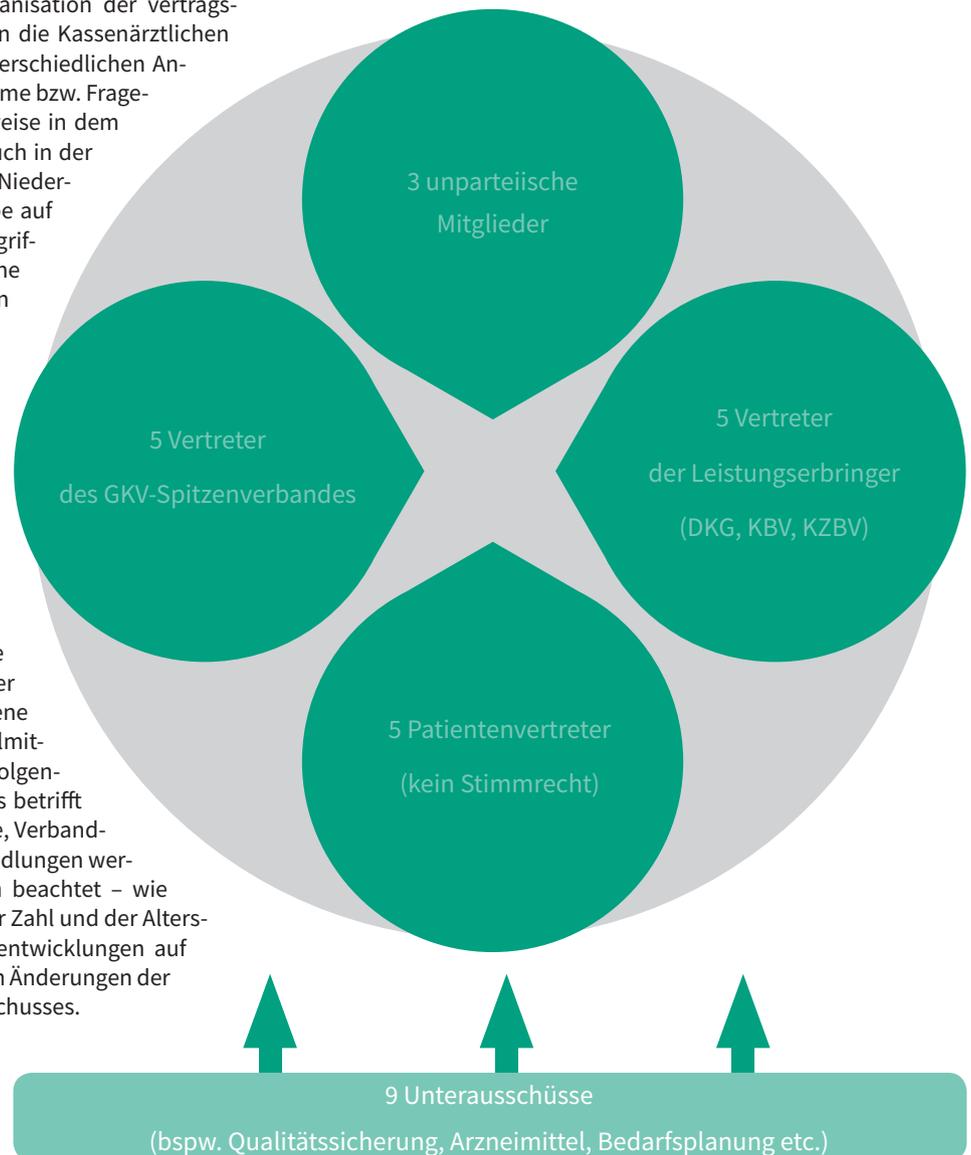
Im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses werden, von den thematisch entsprechend gegliederten Unterausschüssen vorbereitete, verbindliche Richtlinien zur Gewährleistung der gesetzlich vorgeschriebenen „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung“ der GKV-Versicherten beschlossen. Dies betrifft unter anderem die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement sowie die Neuaufnahme (oder ggf. auch den Ausschluss) von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben den Fachleuten in den Unterausschüssen werden die jeweiligen Entscheidungen gegebenenfalls vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) oder auch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch Gutachten bzw. Bewertungen unterstützt.

Bei diesen weitreichenden Entscheidungen ist die Ärzteschaft über die mit Stimmrecht versehene Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten und kann so bei allen zu treffenden Grundsatzentscheidungen mitwirken.

Doch lässt sich die gemeinsame Selbstverwaltung bei weitem nicht auf das Wirken des Gemeinsamen Bundesausschusses reduzieren. Es gibt viele Aufgaben, die die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung selbsttätig, „bilateral“ oder auch in einem Dreiervertrag lösen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beispielsweise schließt als Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene mit dem GKV-Spitzenverband allgemeine Vereinbarungen über die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung ab. Regional können die Kassenärztlichen Vereinigungen dann aber durchaus zu unterschiedlichen Ansätzen und Lösungen für bestimmte Probleme bzw. Fragestellungen kommen – zu sehen beispielsweise in dem Umgang mit Bereitschaftsdiensten oder auch in der Gestaltung von Fördermechanismen zur Niederlassung. Ein gutes Beispiel für eine Vorgabe auf Bundesebene, welche dann regional aufgegriffen und ausgestaltet wird, stellt die jährliche Rahmenvorgabe für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln dar.

Wie sieht die Arbeit der Selbstverwaltungsorgane konkret aus? Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschließen beispielsweise jedes Jahr bis zum 30. September (so jedenfalls die offizielle Vorgabe) sogenannte Rahmenvorgaben für die Gestaltung der regionalen Arznei- und Heilmittel-Vereinbarungen. Auf dieser Basis vereinbaren anschließend die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen bis zum 30. November desselben Jahres jeweils auf Landesebene das Ausgabenvolumen für Arznei- und Heilmittel, welches Ärztinnen und Ärzten dann im folgenden Kalenderjahr zur Verfügung steht. Dies betrifft neben Arzneimitteln auch Medizinprodukte, Verbandstoffe oder auch Teststreifen. In den Verhandlungen werden bestimmte vorgeschriebene Faktoren beachtet – wie zum Beispiel eventuelle Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten, mögliche Preisentwicklungen auf dem Arznei- und Hilfsmittelmarkt oder auch Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

## Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)





Im (in der Regel überwiegend) konstruktiven Zusammenspiel verschiedener Akteure der Selbstverwaltung wird so Jahr für Jahr sichergestellt, dass im ambulanten Sektor medizinisch wie auch wirtschaftlich sinnvoll verordnet werden kann. Um ein Gefühl für die bewegten Summen zu erhalten: Allein für Arzneimittel rechnen die Verhandlungspartner in 2018 mit einem Ausgabenvolumen von über 37 Milliarden Euro.

Zudem liegt ein weiterer erheblicher Finanzmittelfluss in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen: Die Aufgabe, sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zu einigen und diese Vergütungen, die von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt werden, dann je nach erbrachter Leistung auf die einzelnen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten aufzuteilen.

Und mit der Zuteilung von Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeuten durch die gemeinsam mit den Krankenkassen besetzten regionalen Zulassungsausschüsse haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch eine wichtige Steuerungsfunktion für die Struktur der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Welche Rolle die Länder mit Blick auf den Koalitionsvertrag hier künftig spielen, bleibt abzuwarten.

Jede der 17 kassenärztlichen Vereinigungen – Nordrhein-Westfalen ist unterteilt in die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe – besteht aus zwei Organen: dem Vorstand und der Vertreterversammlung. Die Delegierten der Vertreterversammlung rekrutieren sich aus verschiedenen Berufsverbänden der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten, die alle sechs Jahre neu gewählt werden. Auf dieser Ebene schließt sich der Kreis zwischen der Versorgungsbasis, also der einzelnen Ärztin bzw. dem einzelnen Arzt sowie analog den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, und den Entscheidungen auf Spitzen- bzw. Bundesebene.

Die Vertreterversammlung der KBV und der jeweiligen KV hat insbesondere über Satzungsfragen zu entscheiden, den Vorstand zu überwachen, den Haushaltsplan festzustellen sowie alle Entscheidungen zu treffen, die für die Körperschaft von grundsätzlicher Bedeutung sind. Der Vorstand wiederum verwaltet die Körperschaft und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich. In beiden Fällen sind allerdings „nur“ vertragsärztliche Belange im Zusam-

menhang mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt. Fragen der Berufsordnung sowie der Weiterbildungsordnung, die Abnahme von Prüfungen (beispielsweise Facharztprüfungen), die Überwachung der Berufsausübung der Ärzte und die Förderung der ärztlichen Fortbildung und von Qualitätssicherungsmaßnahmen obliegen den Ärztekammern. Sie nehmen ihre landesrechtlich übertragenen fachlichen Aufgaben ebenfalls eigenverantwortlich und ohne direkte staatliche Einflussnahme wahr. Auch Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker sind in ihrer jeweils zuständigen Landeskommission organisiert. Die Landeskommissionen haben auf Bundesebene entsprechende Bundeskommissionen gebildet – im Falle der Ärzteschaft die Bundesärztekammer (BÄK).

All die Körperschaften, Verbände, Institutionen, Gremien und Organisationen – allein im Bereich der Selbstverwaltung könnten noch weit mehr aufgeführt werden, wie etwa die Schiedsämter für die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oder die Bewertungsausschüsse für die Vereinbarung einheitlicher Bewertungsmaßstäbe zur Abrechnung vertrags(zahn)ärztlicher Leistungen zu Lasten der Krankenkassen – bilden ein komplexes und lebendiges Netzwerk. Ganz zu schweigen von weiteren Akteuren im Gesundheitswesen wie beispielsweise anderen Gesundheitsberufen oder weiteren Leistungserbringern. Im Zusammenspiel wird so für eine funktionierende Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland gesorgt, die fachliche und qualitative Entwicklung vorangetrieben und die nötige – nicht immer geliebte – Verwaltungs- und Bürokratiearbeit geleistet.

### Am Ende ...

*gehören hinter diese Geschichte natürlich – vor allem mit Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre – ein dicker Schlusspunkt und das passende Bild (siehe links).*

*Zunächst einmal kann unser Schlaglicht auf die wichtigen Akteure des Gesundheitssystems nicht alle relevanten Aspekte beleuchten – so zum Beispiel die Rolle vieler nicht systemimmanenter Player, wie beispielsweise der der Pharmaindustrie. In jedem Fall bedarf es aber an dieser Stelle einer politischen Bewertung der Ist-Situation. Und diese muss leider bedenklich negativ ausfallen. Nicht erst mit dem sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz sind die Freiräume der Selbstverwaltung immer stärker eingeschränkt worden, leider hier und da auch auf freundliche „Einladung“ der Akteure selber. Der Koalitionsvertrag setzt hier weitere fatale Signale. Soll die ärztliche Selbstverwaltung wieder ihre volle Kraft im Sinne eines gut funktionierenden Gesundheitssystems entfalten können, dann muss der Deckel nicht nur beim Honorar endlich runter! Die Selbstverwaltung ist Garant unserer freien Berufsausübung! Hier ist auch der Hartmannbund, hier sind wir alle gefordert.*





## Freie Verbände als wichtiger Faktor im Konzert der Player

Eine im „Konzert der Großen“ nicht zu unterschätzende Bedeutung innerhalb des Gesundheitssystems nehmen die ärztlichen Verbände und somit auch der Hartmannbund ein. Im Vergleich zu den Kassenärztlichen Vereinigungen oder auch den Ärztekammern verfügen diese Verbände über einen großen Vorteil: Sie können die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen ihrer Mitglieder völlig unabhängig wahrnehmen. Denn anders als das KV-System und das Kammerwesen basiert ihre Organisationsform nicht auf Körperschaften öffentlichen Rechts. Damit sind sie zwar kein direkter Träger der Selbstverwaltung, aber im Umkehrschluss eben auch dem (gesundheitpolitischen) Gesetzgeber gegenüber nicht verpflichtet – was das Maß der Freiheit bei Kritik und Handeln deutlich erhöht.

Einfluss, und zwar keinen geringen, auf das Selbstverwaltungssystem können die Vertreter der Verbände trotzdem ausüben. Sitz(e) und Stimme(n) in den Kassenärztlichen Vereinigungen und Organen der Ärztekammern ermöglichen eine Beteiligung an den Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien bis hin zur Bun-

desebene. Parallel dazu läuft das politische Geschäft, bei dem beispielsweise Kontakte zu Lokal- und Bundespolitikern gepflegt werden.

Wie wichtig die Einbindung der ärztlichen Verbände in berufspolitische Prozesse ist, zeigte sich in jüngerer Vergangenheit beispielsweise im Zusammenhang mit dem Novellierungsprozess der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erst die umfassende und unmittelbare Einbindung der ärztlichen Verbände und auch der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in den Prozess brachte – im Übrigen unter der Moderation von Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, als neuen Vorsitzenden des Gebührenordnungsausschusses – den entscheidenden Fortschritt.

Nun läuft die berufspolitische Arbeit der Verbände nicht immer so spektakulär ab – aber da auch das Wirken oft von einer breiteren Öffentlichkeit unbeachtet bleibt, wird stetig ein bedeutender Beitrag zur Ausgestaltung der zukunftsorientierten ärztlichen Berufsausübung und medizinischen Versorgung geleistet.

*„Lasst uns ... eine feste, zielbewusste Organisation schaffen zum Zwecke einer energischen Vertretung unserer aufs Äußerste gefährdeten Interessen! Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht.“*

*Dr. Hermann Hartmann (1900)*

Eingriffe in die Selbstverwaltung –  
wehret den Anfängen!

## Ex G-BA-Chef Dr. Rainer Hess: Staatliche Eingriffe gefährden die Leistungsfähigkeit

*Die Strukturen der Selbstverwaltung arbeiten ab, was abuarbeiten ist und halten so das System am Laufen. Was aber, wenn der im Rahmen der vorhandenen Spielräume eingeschlagene Kurs der politischen Spitze nicht gefällt? Was passiert, wenn gewisse Probleme innerhalb der Selbstverwaltung nach Lösungen verlangen? Welche Folgen hat es, wenn Wettbewerb und Ökonomie am Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrem Versorgungssystem nagen?*

Grundsätzlich entscheidet der „kleine Gesetzgeber“ für das Gesundheitswesen – der Gemeinsame Bundesausschuss – weitgehend entkoppelt von der politischen Ebene, welche Leistungen den rund 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten bezahlt werden und nach welchen Qualitätsvorgaben sie zu erbringen sind. Die Dimensionen allein schon dieser Entscheidungen werden deutlich, schaut man sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen an. Diese dürften im Jahr 2018 bei etwa 236 Milliarden Euro liegen, wovon der größte Teil durch Festlegungen des G-BA bestimmt ist. Zum Vergleich: Die geplanten Ausgaben im Bundeshaushalt belaufen sich für das Jahr 2018 auf etwa 337,5 Milliarden Euro.

Die durch den G-BA und seine Akteure bewegten Summen könnten also Begehrlichkeiten wecken – etwa wenn es darum geht, sich politisch gegenüber der Wählerschaft zu profilieren. Immer wieder

umstritten ist allerdings auch die grundsätzliche Konstruktion des obersten Gremiums der Selbstverwaltung, insbesondere gibt es wiederholte Vorwürfe mangelnder demokratischer Legitimation. Dies führte auch bereits zu mehreren Gängen vor das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe, allerdings ohne dass die Verfassungsrichter bislang die Organisation des G-BA verfassungsrechtlich soweit abgeklopft hätten, dass akuter Handlungsbedarf entstanden wäre. Gleichwohl formulierten die Richter etwa im Jahr 2016 im Zusammenhang mit einem Urteil zu Mindestmengenregelungen für die Behandlung Früh- und Neugeborener „Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses als Institution“.

### *Diskussion über G-BA*

Ob, und wenn ja, wie dann gegebenenfalls Struktur oder Zusammensetzung des G-BA, seine Machtfülle oder seine Unabhängigkeit geändert werden müssen – darüber gibt es höchst unterschiedliche Auffassungen. Sowohl das Bundesgesundheitsministerium, als auch der Gemeinsame Bundesausschuss selber sowie diverse „Außenstehende“ gaben dazu juristische Gutachten in Auftrag. Die bislang vorliegenden Analysen, Schlussfolgerungen und Vorschläge sind, gelinde gesagt, vielfältig. Der Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts Professor Dr. Ferdinand Kirchhof, der selber mehrfach Bedenken bezüglich einer „in der Demokratie unzulässigen Fremdbestimmung“ äußerte, skizzierte die beiden grundsätzlich denkbaren Änderungsansätze. Organisiere man den G-BA



## des Gesundheitssystems

als Bundesoberbehörde unter der fachlichen Aufsicht des Gesundheitsministeriums, so trage dies die demokratische Verantwortung. Eine andere Möglichkeit sei es, die Ausschüsse und das Plenum des G-BA mit allen betroffenen Berufsgruppen zu besetzen und so den Selbstverwaltungsgedanken quasi zu vervollkommen.

### Rütteln am KV-System

Unabhängig von diesen juristisch bzw. verfassungsrechtlich begründeten Diskussionen um die Spitze der Selbstverwaltung auf Bundesebene, mehren sich seit einiger Zeit aber auch die Versuche einer stärkeren politischen Einflussnahme auf die nächst tieferliegende Ebene der Selbstverwaltung – im Falle der Ärzteschaft ist dies das System der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Einen vorläufigen Höhepunkt dieser Tendenzen stellt sicherlich das hoch umstrittene GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz dar, welches am 26. Januar 2017 vom Bundestag mit der Mehrheit der Koalitionsfraktionen verabschiedet wurde. Aber auch im Koalitionsvertrag von Union und SPD finden sich politische Bestrebungen, welche nicht an den eben beschriebenen Fragen der demokratischen Legitimation des G-BA rütteln, sondern direkt in die praktische Versorgungsebene des KV-Systems eingreifen würden.

So sollen beispielsweise die Bundesländer ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten und säßen dann bei der Verteilung von Arztsitzen mit am Tisch. Derzeit sind diese Ausschüsse paritätisch mit je drei Vertretern der KV-Ärzte und der Kassen besetzt, also eine reine

*Von 1988 bis 2003 war Dr. Rainer Hess Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses war er, berufen von den Trägerorganisationen (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) von 2004 bis 2012 dessen erster sogenannter unparteiischer Vorsitzender.*



Selbstverwaltungsangelegenheit. Zudem sollen die Länder in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten bestehende Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten aufheben dürfen – auch ohne Einbeziehung der Zulassungsausschüsse oder anderer Gremien der Selbstverwaltung. Die Gefahr, dass dann Versorgungsentscheidungen nicht mehr fachlich, sondern politisch motiviert getroffen werden, wurde seitens des KV-Systems bereits thematisiert und es hagelte deutliche Kritik an diesen Plänen. Gleiches gilt für die vorgesehene Erhöhung des verpflichtenden Mindestsprechstundenangebots der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten von 20 auf 25 Stunden und die Ausweitung des Angebotes der Terminservicestellen.

### Staatliche Systeme wenig wegweisend

Analysiert man diese Vorhaben der Koalitionäre, so atmen sie alle den Geist eines zumindest empfundenen Mangels der Versorgung und sind geprägt von Versuchen, im Sinne der Regierungskoalition, mit stärkerem staatlichen Einfluss auf das System gegenzusteuern. Das ohnehin hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland lässt sich, gerade wegen ihrer tiefgreifenden Auswirkungen auf das Verständnis einer Selbstverwaltung und auch auf die Rolle der freien Berufe, mit solchen Ansätzen nicht verbessern und führt eher in das Gegenteil.

Bis zum Ende durchdeklinierte Beispiele für stark staatlich gesteuerte Versorgungskonzepte, wie beispielsweise der National Health Service (deutsch: Nationaler Gesundheitsdienst) in Großbritannien und Nordirland, sind wenig wegweisend. Darüber hinaus verschärft die Politik damit ein bereits jetzt unübersehbares Grundproblem: Dem Selbstverwaltungssystem wird, beispielsweise durch die oftmals nicht sachgerechte Budgetierung von kassenärztlichen Leistungen, die alltägliche Auseinandersetzung mit Rationalisierungsfragen aufgebürdet. Sollte nun in politischen Krisen die Überzeugung Überhand gewinnen, die Interessen innerhalb der Selbstverwaltung auf angemessene Honorare auf der Leistungserbringerseite und denen auf Kostendämpfung seitens der Kassen führten nicht mehr zu den gewünschten Ergebnissen, müsste folgerichtig die Problematik des Widerspruchs zwischen begrenzten Mitteln und im Grunde unbegrenzten Leistungsversprechen auch eindeutig von der Politik als solche benannt und verantwortet werden. Die Idee einer Ausweitung des Sprechstundenangebots ohne entsprechende Erhöhung der Vergütung würde auf diesen unseligen Pfad führen.

## Die GroKo steht – Wie geht es jetzt weiter?

# Sektorübergreifende Versorgung, Digitalisierung

*Etwa sechs Monate nach der Bundestagswahl sind die Würfel gefallen: Mit dem (positiven) Mitgliederentscheid der SPD wurde die bislang längste Regierungsbildung der deutschen Nachkriegsgeschichte doch noch „gestemmt“. „Wir wollen eine stabile und handlungsfähige Regierung bilden, die das Richtige tut“, so die vielversprechende Formulierung im Koalitionsvertrag. Die gesundheitspolitischen Vorhaben des Koalitionsvertrages der neuen Bundesregierung, immerhin erstrecken diese sich auf neun Seiten, dürften nun angegangen werden.*

Im vieldiskutierten Vertrag finden sich einige recht konkrete Absichtserklärungen aber auch die eine oder andere eher unverbindliche Formulierung, die reichlich Raum für die Ausgestaltung im Detail lässt. Für die Aufgabe des Bundesministers für Gesundheit hat Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel mit Jens Spahn einen Politiker benannt, der für dieses Feld bereits eine besondere Expertise vorweisen kann.

### Positive Reaktionen

Die Kommentare aus der Gesundheitsbranche fallen einheitlich positiv aus. So bescheinigt KBV-Chef Dr. Andreas Gassen dem neuen Gesundheitsminister eine „hohe Sachkompetenz“, der Bundesvorsitzende des Hausärzterverbands, Ulrich Weigeldt, lobte Spahns „enorme Erfahrung in der Gesundheitspolitik“ und auch Franz Knieps, Vorsitzender des BKK-Dachverbands und unter Ulla Schmidt selbst lange im Gesundheitsministerium tätig, sieht die „besten Chancen“ für Spahn.

Auch der für Gesundheit zuständige stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Dr. Karl Lauterbach, in gewisser Hinsicht Spahns langjähriger Widerpart bei der SPD (die beiden verhandelten maßgeblich die gesundheitspolitischen Inhalte des letzten Koalitionsvertrages), befand den jungen CDU-Politiker (Jahrgang 1980) für „sehr qualifiziert“. Die SPD als sich lange zierender Koalitionspartner der GroKo dürfte nun wohl besonders darauf bedacht sein, dass sämtliche vereinbarten Inhalte des Koalitionsvertrags umgesetzt werden. Insbesondere werden dabei diejenigen gesundheitspolitischen Pläne im Fokus stehen, welche „quasi als Ersatz“ für das große aber gegenüber den Unionsparteien nicht durchsetzbare Ziel einer „Bürgerversicherung“ im Vertrag fixiert wurden. Der für Gesundheit zuständige SPD-Fraktionsvize Lauterbach lehnte folgerichtig bereits die Ankündigung Spahns ab, die private Krankenversicherung reformieren zu wollen. Dies sei im Koalitionsvertrag nicht vereinbart und man werde mit der Union nur das umsetzen, was im Koalitionsvertrag verabredet sei. Der Hintergrund ist klar: Seitens der SPD wird immer noch das Langfristziel „Bürgerversicherung“ verfolgt – die PKV gilt als Auslaufmodell.

In der vergangenen Legislaturperiode zeigte sich der Bereich der Gesundheitspolitik nicht zuletzt deshalb weitgehend konfliktfrei, zumindest innerhalb der Regierungskoalition, weil der Koalitionsvertrag als grundsätzliche Marschroute akzeptiert wurde. Spahn rekurrierte in ersten Stellungnahmen prophylaktisch, auch in dieser Legislaturperiode die Koalitionsdisziplin zu wahren und den Koali-

tionsvertrag korrekt abzuarbeiten – insbesondere bei den Themen Digitalisierung und Pflege sei es wichtig, die Themen endlich umzusetzen.

Zumindest in diesen Bereichen sollte zwischen Union und SPD Einigkeit bezüglich des Handlungsbedarfes bestehen. Das konkrete Hinweise auf die Finanzierung der verschiedenen geplanten gesundheitspolitischen Verbesserungen in den Koalitionsvereinbarungen nahezu gänzlich fehlen und das zur Verfügung stehende Zeitfenster durch die langwierige Regierungsbildung nicht größer geworden ist, wirft allerdings auch für den von allen Seiten bis hin zur Regierungsspitze als immanent wichtig erkannten Bereich Pflege Fragen auf.

### Hinweise auf Finanzierung fehlen

Einen grundsätzlichen Mangel an Pflegefachkräften konstatiert auch Spahn – man wolle hier in den nächsten Jahren große Schritte vorankommen und sich daran auch messen lassen. Dass die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und die Verbesserung der Bezahlung und der Tarifbindung in der Pflege nicht zum Nulltarif zu haben sein werden, kommuniziert Spahn offen. Man habe aber in den vergangenen Jahren bereits enorme finanzielle Mittel für die Pflege bereitgestellt, mit der Folge von spürbar höheren Beitragssätzen in der Pflegeversicherung. Nun gelte es zu klären, wie groß der bestehende und künftige Bedarf ist und wie das System effizienter und unbürokratischer gestaltet werden kann. Man darf gespannt sein, wann es konkret wird und welchen Preis die Politik zu zahlen bereit ist.

Die berüchtigten dicken Bretter sind auch in anderen Bereichen zu bohren, neben dem Krankenhaussektor wartet speziell mit dem Projekt der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte keine leichte Aufgabe auf ihre erfolgreiche Vollendung. So wie die Digitalisierung des Gesundheitswesens insgesamt aufgrund der Vielzahl der Akteure und der zahlreichen, divergierenden Interessen durchaus eine Herausforderung für den gewiss nicht wenig ehrgeizigen Spahn darstellen dürfte. Nun ist der neue Gesundheitsminister kein gesundheitspolitischer Laie und weiß sehr wohl um das Beharrungsvermögen und die Widerstandskraft des





## 20 Jahre Transplantationsgesetz Der Durchbruch lässt auf sich warten ...

*Wertvolles Gut: Bisher hat die in Deutschland geltende Widerspruchslösung nicht zum erhofften Erfolg geführt.*

*Seit nun über 20 Jahren regelt das am 1. Dezember 1997 in Kraft getretene und zwischenzeitlich überarbeitete Transplantationsgesetz (TPG) in der Bundesrepublik Deutschland die rechtlichen Voraussetzungen für die Spende, Entnahme und Übertragung von menschlichen Organen, Organteilen und Geweben. Das komplexe Regelwerk sollte Rechtssicherheit für Spenderinnen und Spender, Empfängerinnen und Empfänger und allen an einer Organspende Beteiligten schaffen und – so die Hoffnung – zu einer Steigerung der Spenderzahlen beitragen.*

**Human Organ**

**Handle with care!**



## Stiftung Eurotransplant

Die Stiftung Eurotransplant wurde 1967 von Jon van Rood gegründet, der Sitz der Stiftung befindet sich in den Niederlanden. Sie ist als Vermittlungsstelle für Organspenden in Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien tätig und arbeitet hierzu unter anderem eng mit den jeweiligen Organspende-Organisationen, Transplantationszentren, Gewebetypisierungslaboratorien und Krankenhäusern zusammen. Neben der optimalen Verfügbarkeit von Spenderorganen bzw. -geweben sollen so auch die Forschungen zur Verbesserung der Transplantatonsergebnisse vorangetrieben werden.

Man brauche in Deutschland mehr Menschen, die sich zur Organspende bereit erklären, fasste damals Horst Seehofer (CSU), von 1992 bis 1998 Bundesgesundheitsminister, die Grundproblematik zusammen. Die Diskrepanz zwischen dem Bedarf an Organen und der Zahl postmortalen Spenden vergrößerte sich rasch und Deutschland erhielt mehr Organe über die Vermittlungszentrale Eurotransplant, als es selbst einbrachte – an diesem Zustand hat sich bis heute allerdings nichts geändert. Zur Veranschaulichung: Allein für eine Nierentransplantation standen Ende 2016 7.598 deutsche Patienten auf der entsprechenden Warteliste von Eurotransplant, durchgeführt wurden im selben Jahr nur 1.497 Transplantationen.

Insbesondere unter dem Eindruck des so genannten Transplantationskandals im Jahr 2012 sanken die Zahlen der postmortalen Organspenden in Deutschland weiter und weiter (siehe Grafik). Untersuchungen hatten schwerwiegende Verstöße an einigen Zentren gegen Regeln und Richtlinien zur Transplantation bis hin zu Manipulationen der Warteliste zutage gebracht. In den vier Transplantationszentren Göttingen, Leipzig, München rechts der Isar und Münster wurden für die Jahre 2010/2011 schwerwiegende Richtlinienverstöße bei postmortal gespendeten Lebern festgestellt.

Als „eine Zäsur in der Deutschen Transplantationsmedizin“ bezeichnete Professor Dr. Bernhard Banas vom Universitätsklinikum Regensburg, Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG), diese Vorgänge. Davon habe sich das gesamte System noch immer nicht vollständig erholt.

### Initiativplan gefordert

Als direkte Folge nehmen seit dem Jahr 2012 nun eine Prüfungskommission und Überwachungskommission in regelmäßigen Abständen verdachtsunabhängige Prüfungen aller Transplantationsprogramme vor. „Wir werden auch künftig jeder Unregelmäßigkeit nachgehen, um so das Vertrauen in die Organspende weiter zu stärken“, betonte Professor Dr. med. habil. Dr. h.c. Hans Lippert, Vorsitzender der Überwachungskommission, im Rahmen der Veröffentlichung des Jahresberichts 2016/2017 der Prüfungskommission und der Überwachungskommission im Dezember 2017. Für die allermeisten Kliniken sei es selbstverständlich, sich an die Richtlinien für die Organvergabe zu halten.

Trotz dieser und weiterer Bemühungen, so gibt beispielsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationen zur Organ- und Gewebespende heraus, hat sich das Aufkommen postmortalen Organspenden bislang nicht verbessert.

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) die zügige Entwicklung eines gemeinschaftlichen Initiativplans zur Förderung der Organspende. „Die Situation ist zutiefst besorgniserregend. Wir sind mittlerweile auf dem niedrigsten Stand der Organspendezahlen der letzten 20 Jahre angekommen. Von Jahr zu Jahr kann weniger Patienten mit einer Transplantation geholfen werden“, mahnte Dr. med. Axel Rahmel, medizinischer Vorstand der DSO, im Rahmen des 13. DSO-Jahreskongresses im November 2017 in Frankfurt am Main. Laut vorläufigen Zahlen der DSO sank die Zahl der Organspenden im 1. bis 3. Quartal 2017 im Vergleich zu den Vorjahren nochmals auf 615 (1. bis 3. Quartal 2016: 637). „Wir brauchen alle für die Transplantationsmedizin wichtigen medizinischen Fachgesellschaften, unsere Vertragspartner, Verbände und die Politik, um die Organspende in Deutschland gemeinsam wieder auf Kurs zu bringen“, betonte Rahmel.

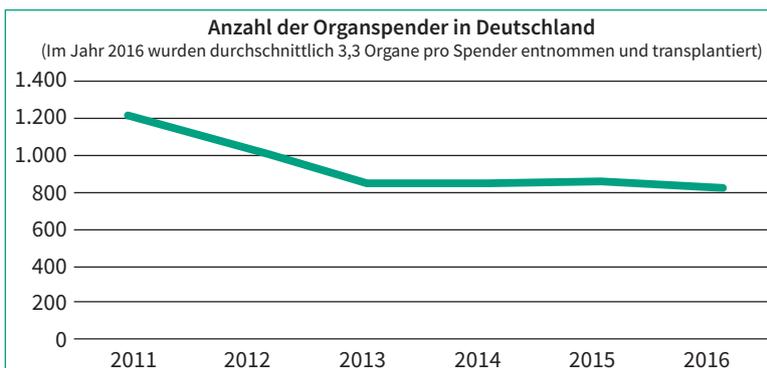
Dabei lägen laut DSO die Gründe für den kontinuierlichen Rückgang der Organspende nicht in einer abnehmenden Spendenbereitschaft der Bevölkerung – die Zustimmungsquoten auf Basis der Datenauswertung der Koordinierungsstelle sind mit rund 70

Prozent über die Jahre in der Tat weitgehend konstant geblieben. Die Analysen aus der Zusammenarbeit mit den Kliniken würden vielmehr auf wechselseitige strukturelle als auch organisatorische Schwachstellen hinweisen.

So könne man mit einer stärkeren Berücksichtigung des Willens zur Organspende im Zuge von Behandlungsstrategien am Lebensende, einer Stärkung der Rolle der Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekliniken sowie einer aufwandsgerechten Finanzierung der Entnahmekrankenhäuser eine nachhaltige Verbesserung der Situation erzielen.

Immer wieder wird auch die Einführung der Widerspruchslösung diskutiert. In diesem Modell können Organe zur Transplantation entnommen werden, wenn die verstorbene Person einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat. Die Widerspruchslösung gilt zum Beispiel in Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal und Schweden. In Deutschland gilt derzeit hingegen die erweiterte Zustimmungslösung: Damit es zu einer Organspende kommen kann, muss die verstorbene Person zu Lebzeiten einer Organspende zugestimmt haben (jede krankenversicherte Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr erhält von ihrer Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen regelmäßig Informationsmaterial) bzw. eine entsprechende Entscheidung der Angehörigen erfolgen.

Zur Änderung einer solchen Regelung in Richtung einer Widerspruchslösung wären allerdings schwerwiegende Gesetzesänderungen nötig und das erscheint aktuell eher unwahrscheinlich – auch wenn in den Niederlanden jüngst genau dies geschah. Schließlich gilt die derzeitige Lösung in Deutschland erst seit November 2012 und wurde auch mit Hoffnungen verknüpft, mittelfristig die Organspendebereitschaft zu fördern. Allerdings sieht der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD Maßnahmen auf der praktischen Ebene vor, um die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen. Die Verantwortlichen in der Politik einigten sich darauf, verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte zu schaffen und diese auch zu finanzieren. Zudem soll die Organentnahme höher vergütet werden.



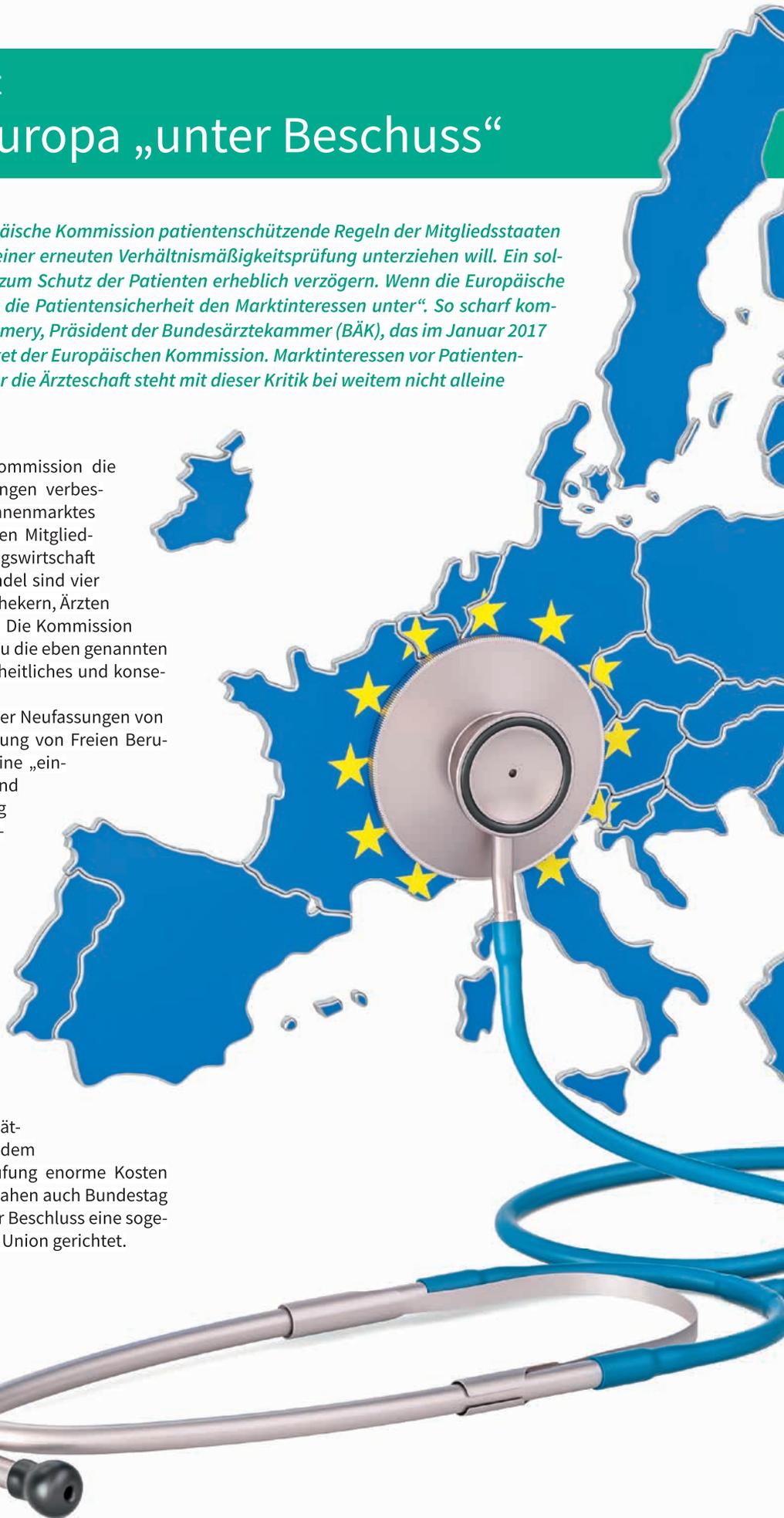
Datenquelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2017), Eigene Darstellung

## Ärzeschaft ist alarmiert Freie Berufe in Europa „unter Beschuss“

*„Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Europäische Kommission patientenschützende Regeln der Mitgliedsstaaten aufgrund von ökonomischen Erwägungen einer erneuten Verhältnismäßigkeitsprüfung unterziehen will. Ein solches Vorgehen kann wichtige Maßnahmen zum Schutz der Patienten erheblich verzögern. Wenn die Europäische Kommission dies in Kauf nimmt, ordnet sie die Patientensicherheit den Marktinteressen unter.“ So scharf kommentierte Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), das im Januar 2017 vorgestellte sogenannte Dienstleistungspaket der Europäischen Kommission. Marktinteressen vor Patientenschutz? Das klingt nach starkem Tobak, aber die Ärzteschaft steht mit dieser Kritik bei weitem nicht alleine da... Was ist passiert?*

Mit dem Richtlinien-Paket will die EU-Kommission die Möglichkeiten für Anbieter von Dienstleistungen verbessern, das Potential des europäischen Binnenmarktes noch besser nutzen zu können. So soll in den Mitgliedsstaaten die Entwicklung der Dienstleistungswirtschaft angekurbelt werden. In dem Maßnahmenbündel sind vier Initiativen enthalten, von denen eine bei Apothekern, Ärzten und Zahnärzten unisono für Empörung sorgt: Die Kommission will bei freiberuflichen Dienstleistungen – wozu die eben genannten Berufsgruppen gehören – ein europaweit einheitliches und konsequentes Vorgehen sicherstellen.

In Zukunft soll deshalb bei Änderungen oder Neufassungen von nationalen Vorschriften für die Reglementierung von Freien Berufen, also beispielsweise des Berufsrechtes, eine „einfache und klare“ aber auch „umfassende und transparente“ Verhältnismäßigkeitsprüfung vorgeschaltet werden. Apotheker- und Ärzteschaft stehen zwar eigentlich nicht im Fokus der von der EU-Kommission gewünschten Änderungen, befürchten aber, quasi als Kollateralschaden, erhebliche negative Auswirkungen und konnten darauf auch die nationale Politik erfolgreich aufmerksam machen – und zwar nicht nur in Deutschland. Das „überflüssige“ Gesetz erschwere es den Mitgliedsstaaten, die Berufsausübung in verhältnismäßigem Rahmen zu regeln und missachte den gerade beim Gesundheitsschutz EU-vertraglich garantierten nationalen Einschätzungsspielraum, so der BÄK-Präsident. Zudem werde die geplante Verhältnismäßigkeitsprüfung enorme Kosten und Bürokratie verursachen. Diese Gefahren sahen auch Bundestag und Bundesrat und so wurde im März 2017 per Beschluss eine sogenannte Subsidiaritätsrüge an die Europäische Union gerichtet.



Neben Deutschland reichten mittlerweile auch Frankreich und Österreich eine solche Subsidiaritätsrüge gegen die entsprechenden Vorschläge des Dienstleistungspakets der Europäischen Kommission ein. Diese Rügen setzen zumindest ein politisches Zeichen und führten immerhin zu einer verstärkten inhaltlichen Auseinandersetzung innerhalb der EU-Gremien mit der grundsätzlichen Ausrichtung der Vorschläge – für ein verbindliches Aussetzen des Vorhabens müssten mindestens zehn Staaten gegen die Gesetzesentwürfe vorgehen.

Derzeit läuft noch der komplexe Abstimmungsprozess auf europäischer Ebene, man befindet sich gerade in Trilog-Verhandlungen zwischen dem Europa-Parlament, dem EU-Rat und der Kommission, weshalb noch kein endgültiger Text der Richtlinie zur Verhältnismäßigkeitsprüfung vorliegt. Aber: Das Problembewusstsein scheint zu wachsen.

### *(Nur?) Vorübergehender Teilerfolg*

Als Teilsieg für Apotheker, Ärzte und Zahnärzte lässt sich beispielsweise deuten, dass der EU-Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) Mitte Oktober 2017 per Stellungnahme eine Ausnahme der Gesundheitsberufe aus dem Geltungsbereich der Richtlinie forderte. Die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik sei uneingeschränkt zu achten, hieß es. Der federführend zuständige EU-Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) hat allerdings im Dezember 2017 einen Kompromiss ohne explizite Ausnahme für den Gesundheitsbereich beschlossen.

Die gefundene Lösung, welche wie gesagt noch in Verhandlungen befindlich ist, sieht vor, die Medizinberufe in der Richtlinie zu belassen, den Mitgliedstaaten aber einen besonders großen Beurteilungsspielraum im Hinblick auf das hohe Gut der Gesundheit der Bürger zugestehen. Sollte dies so umgesetzt werden, der Zeitplan ist angesichts der vielen kontroversen Detailfragen schwer abzusehen, (bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt) wäre der höchst umstrittene Vorschlag der Europäischen Kommission zumindest spürbar entschärft.

Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA), eine aus Vertretern von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen und anderen Interessenvertretern zusammengesetzte beratende Einrichtung der EU, verabschiedete zudem jüngst ein „Europäisches Manifest der Freien Berufe“. In der aktuell laufenden „richtungsweisenden Diskussion über die Zukunft der regulierten Berufe“ werde von der Europäischen Kommission keine Differenzierung in Freie Berufe und andere regulierte Berufe vorgenommen, heißt es darin.

Um die Besonderheiten der Freien Berufe im Allgemeinen und insbesondere im Spannungsfeld von Regulierung und Liberalisierung deutlich zu machen, sei es erforderlich, ein gemeinsames Ver-



## Was ist das Subsidiaritätsprinzip bzw. die Subsidiaritätsrüge?

### **Subsidiaritätsprinzip**

*Das Prinzip der Subsidiarität besagt, dass die Europäische Union nur dann in nationalen Angelegenheiten tätig werden kann, wenn das jeweilige Land diese nicht selbst ausreichend lösen kann. Das heißt, primär sind die Mitgliedstaaten dafür zuständig, selbst entsprechende Gesetze zu erlassen. Dies gilt insbesondere auch für europäische gesetzgeberische Maßnahmen zum Gesundheitsschutz.*

### **Subsidiaritätsrüge**

*Durch den 2009 in Kraft getretenen EU-Reformvertrag von Lissabon wurden die Rechte der nationalen Parlamente gestärkt. Seit dem Inkrafttreten des Vertrages besteht die Möglichkeit einer Subsidiaritätsrüge. Im Rahmen einer solchen Subsidiaritätsrüge können die nationalen Parlamente Stellung in laufenden Gesetzgebungsverfahren der Europäischen Union beziehen. Hierbei können sie auf eine Verletzung der Einhaltung des oben erläuterten Subsidiaritätsprinzips aufmerksam machen und diese Nichteinhaltung der Kompetenzen auch durch Einreichen einer Subsidiaritätsklage vor dem Europäischen Gerichtshof geltend machen.*

ständnis von Freiberuflichkeit und eine entsprechende Definition auf europäischer Ebene anzustreben. So soll die Freiberuflichkeit in der Europapolitik künftig stärker verankert und angemessen berücksichtigt werden können. Verwiesen wird insbesondere auf die besondere Qualifikation, den geistig-intellektuellen Charakter der Dienstleistung, die Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit bei Angehörigen eines Freien Berufes sowie das besondere Vertrauensverhältnis, die Gemeinwohlverpflichtung und das Merkmal der persönlichen Erbringung.

Die sich aus einer zu undifferenzierten Marktliberalisierung ergebenden Probleme scheinen also verstärkt ins Bewusstsein der europapolitischen Gremien zu dringen, es bleibt nun abzuwarten, inwieweit dies den aktuell laufenden Entscheidungsprozess noch im Interesse der Freien Berufe beeinflussen kann ...

### Apropos Europa...

Der Europäische Gerichtshof hat in einem wegweisenden Urteil unmissverständlich festgestellt: Rufbereitschaft ist – jedenfalls unter bestimmten Voraussetzungen – mit Bereitschaftsdienst gleichzusetzen und insofern Arbeitszeit! Das Urteil geht zurück auf die bereits 2009 erhobene Klage eines belgischen Feuerwehrmannes, dessen Rufbereitschaft nicht als Bereitschaftsdienst anerkannt worden war, obwohl er verpflichtet war, seinen Arbeitsplatz im Einsatzfall innerhalb nur weniger Minuten zu erreichen. Das Gericht ließ keinen Zweifel daran, dass dieses Urteil auch für andere Berufsgruppen, also auch für Ärzte, bindend sei.





Neues Gesetz zur Einbeziehung  
externer Dienstleister

## Der schweigsame Dritte

*In jeder Praxis und Klinik fallen mittlerweile berufliche oder dienstliche Tätigkeiten an, die Ärztinnen und Ärzte weder selbst noch durch ihre Berufsgehilfen erbringen können, sondern an spezialisierte Unternehmen und selbständige Personen delegieren müssen. Deshalb ist das inzwischen in Kraft getretene „Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen“ auch für Ärzte und Ärztinnen von Bedeutung. Die darin enthaltene Neuregelung des § 203 des Strafgesetzbuches verfolgt unter anderem das Ziel, die Auswirkungen auf die Schweigepflicht von Berufsgeheimnistägern zu regeln, sofern diese in ihren Praxen, Kanzleien und Büros Dritte für bestimmte Tätigkeiten in Anspruch nehmen und diesen Dritten Zugang zu geschützten Daten gewähren.*

Von den einen als längst überfällige strafrechtliche Klarstellung insbesondere vor dem Hintergrund fortschreitender technischer Entwicklungen und zunehmender Digitalisierung von Informationen begrüßt, wird das Gesetz von anderen als unangemessene Ausweitung der Strafbarkeit von Berufsgeheimnistägern scharf kritisiert. Nach seinem Inkrafttreten bleibt neben der Analyse des neuen Straftatbestandes nunmehr die Frage nach den konkreten Folgen der Gesetzesänderung für die Praxis und wie Ärztinnen und Ärzte insofern rechtliche Risiken vermeiden können.

Der Gesetzgeber beweist im Rahmen seiner Änderungen Lebensnähe, indem er künftig die generelle Befugnis erteilt, geschützte Geheimnisse gegenüber mitwirkenden Dritten zu offenbaren, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung der Tätigkeit der mitwirkenden Personen erforderlich ist. Aber Vorsicht und Zurückhaltung bleiben dringend geboten, denn wer beispielsweise einen unnötig umfangreichen Zugang zu Daten gewährt, die für die Tätigkeit des Dritten überhaupt nicht erforderlich sind, macht sich dennoch strafbar.

Um die Verringerung des Geheimnisschutzes zu kompensieren, werden auch die mitwirkenden Personen selbst in die Strafbarkeit nach § 203 StGB einbezogen. So droht dem hinzugezogenen EDV-Dienstleister etwa die Strafverfolgung, wenn dieser ohne entsprechende Regelung einen weiteren Dienstleister hinzuzieht.

Der entscheidende Punkt für die Praxis ist, dass die Neuregelung des § 203 StGB für alle Berufsgeheimnistäger strafbewehrte Sorgfaltspflichten normiert, die bei der Einbeziehung anderer Personen in die Berufsausübung zu beachten sind. So haben Ärztinnen und Ärzte dafür Sorge zu tragen, dass die einbezogenen Personen in angemessenem Umfang zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Insofern ist es aus Gründen der besseren Beweisbarkeit dringend erforderlich, nicht nur die eigenen Angestellten, sondern eben auch externe Dienstleister schriftlich und detailliert zur Geheimhaltung zu verpflichten.

Bei Fragen hierzu wenden Sie sich gern an die Rechtsabteilung des Hartmannbundes!

Frank Poppmann,  
niedergelassener Chirurg aus Wilhelmshaven

”

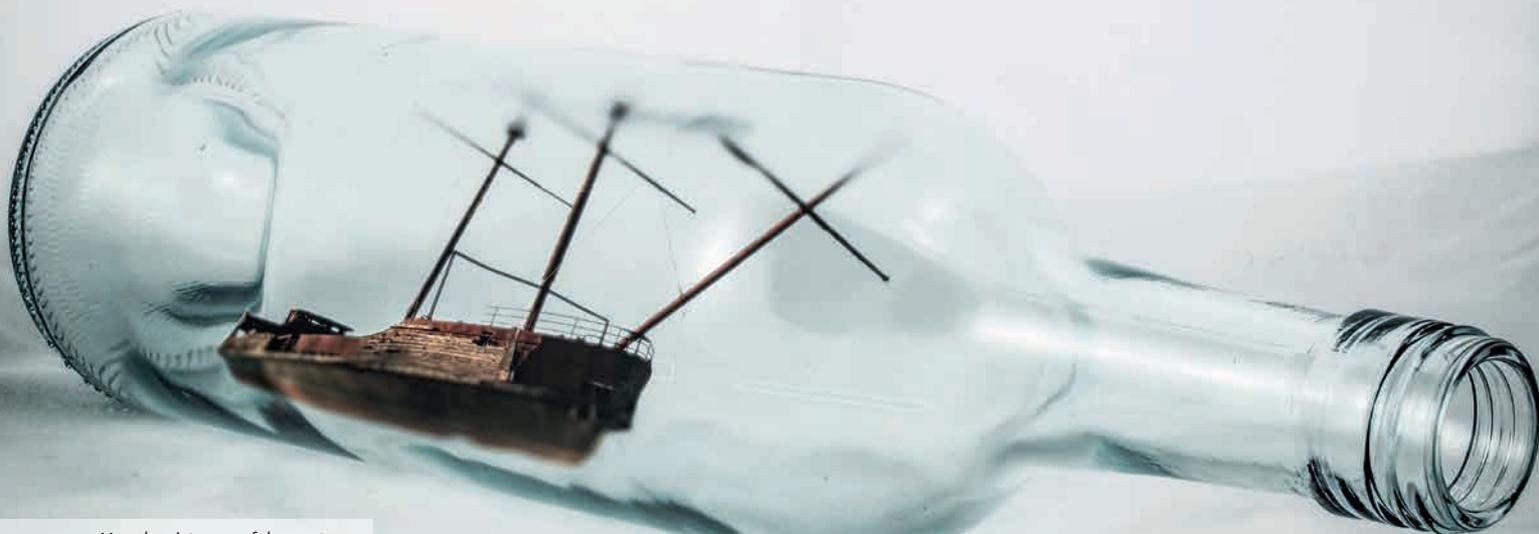
Arzt ist mein Traumberuf. Das soll  
auch für kommende Generationen  
so bleiben. Dafür kämpfe ich.“



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

## Die Zeitprofilprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung Wenn's mal wieder länger dauert



*Manches ist nur auf den ersten  
Blick nicht plausibel...*

*Neben der in der Regel stärker wahrgenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfung machen andere Prüfungsarten immer wieder Vertragsärzten das Leben schwer, z.B. die Zeitprofilprüfung als Bestandteil der Plausibilitätsprüfung. Was also tun, wenn ein Brief ins Haus flattert, der überschrittene Zeitprofile zum Inhalt hat. Noch besser, was tun, damit es erst gar nicht dazu kommt, denn Zeitprofilprüfungen sind ein Einfallstor für tiefere Prüfungen ...*

Gegenstand der Zeitprofilprüfung als Form der Plausibilitätsprüfung ist die rechtlich ordnungsgemäße und formal richtige Abrechnung von Leistungen und Sachkosten. Dabei wird u.a. geprüft, ob die abgerechneten Leistungen während einer normalen Arbeitszeit erbracht worden sein können. Dazu werden aus den Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM ermittelte Zeitprofile gebildet. Keinen Eingang darin finden Leistungen des organisierten Notfalldienstes (Muster 19), unvorhergesehene Inanspruchnahmen, dringende Besuche und – bei Belegärzten – Visiten. Zu beachten ist, dass eine Reihe von Leistungen nicht in das Tagesprofil eingehen, sondern nur im Quartalsprofil oder gar nicht betrachtet werden. Ergibt die errechnete Zeit an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalsprofil mehr als 780 Stunden (sog. Aufgreifkriterium), kommt es zur Prüfung. Bei ermächtigten Ärzten, Einrichtungen und Krankenhäusern beträgt die Quartalsobergrenze 156 Stunden.

In Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten wird die genannte Obergrenze mit der Zahl der Ärzte nach deren Tätigkeitsumfang multipliziert, bei angestellten Ärzten werden deren genehmigte Arbeitszeiten zugrunde gelegt. Eine Wochenarbeitszeit von über 30 Stunden zählt dabei mit einem vollen Vertragsarztsitz, bis zu 30 Stunden mit einem Dreiviertelsitz, bis zu 20 Stunden mit einem halben und bis zu zehn Stunden mit einem Viertelsitz. Da für angestellte Ärzte zudem das Arbeitszeitgesetz gilt, ist deren Beschäftigung in Vollzeitigkeit nur mit maximal

48 Stunden pro Woche genehmigungsfähig. Bei hälftigem Versorgungsauftrag wird die Quartalsobergrenze halbiert, das Tagesprofil bleibt jeweils bei zwölf Stunden. Sofern der betreffende Arzt in mehreren Betriebsstätten oder in verschiedenen Tätigkeiten tätig ist (z.B. Praxis und zusätzlich Anstellung in Praxis oder MVZ), erfolgt eine Zusammenführung der Zeiten für alle Tätigkeiten.

Im Falle KV-übergreifender Berufsausübung werden die Abrechnungsdaten der beteiligten KVen nach Erlass der jeweiligen – vorbehaltlichen – Honorarbescheide zusammengeführt; die eigentliche Prüfung erfolgt durch die zuständige KV.

Natürlich ist es freiberuflichen Vertragsärzten nicht verboten, mehr als 12 Stunden täglich zu arbeiten. Deshalb handelt es sich bei den Kriterien auch nur um Aufgreifkriterien, bei denen eine Prüfung beginnt und nicht endet. Dabei muss nachgewiesen werden, dass die Abrechnung tatsächlich falsch war, bevor eine Honorarkürzung vorgenommen werden kann. Der Arzt ist allerdings verpflichtet, in diesem Prüfverfahren mitzuwirken, indem er die Auffälligkeiten erklärt. Dies ist zum einen ein Vorteil, weil durch nachvollziehbare Erklärungen, insbesondere bei wenigen und kleineren Überschreitungen, u.U. eine weitergehende Prüfung abgewendet werden kann.

Eine Gefahr birgt die Zeitprofilprüfung, da Zeitprofilüberschreitungen als Aufgreifkriterium weitergehende Prüfungen nach sich ziehen können, z.B. eine Erweiterung auf Fälle unzulässiger Fall-

zahlvermehrung bei angestellten Ärzten – die sog. ergänzende Plausibilitätsprüfung. Ist das Verfahren erst einmal eröffnet, prüfen die KVen erfahrungsgemäß eingehend in alle Richtungen, insbesondere häufig abgerechnete oder hoch vergütete Leistungen unter Hinzuziehung von Patientendokumentationen. Bei Praxisgemeinschaften umfasst die Plausibilitätsprüfung z.B. bevorzugt auch die Feststellung der Patientenidentität, also die Behandlung desselben Patienten in mehreren zur Praxismgemeinschaft gehörenden Praxen. Als akzeptable Obergrenze gelten hier 20 Prozent Patientenidentität bei versorgungsbereichsidentischen und 30 Prozent bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen. Und auch wenn letztlich am Ende des Verfahrens keine Rückforderung steht, bringt der gesamte Vorgang einen großen Aufwand mit sich.

Was aber nun tun, wenn ein entsprechendes Schreiben der KV vorliegt? Zunächst einmal gilt es, Ruhe zu bewahren. Abhängig von der im Schreiben gesetzten Rückmeldefrist zur Stellungnahme kann es sinnvoll sein, bei der KV um eine Fristverlängerung zu bitten.

Wichtig ist es, alle Faktoren, die zu einer längeren Arbeitszeit an den angeführten Tagen geführt haben, nachvollziehbar aufzuzeigen, z.B. Berufserfahrung, gute Praxisorganisation, Haus- und Heimbuchstätigkeit, erhöhtes Krankheitsaufkommen, tatsächlich verlängerte Sprechstunden, etc. Dies kann helfen, wenn nur wenige Tage mit Zeitüberschreitung aufgetreten sind und/oder wenn die Überschreitungen nicht allzu weit über zwölf Stunden hinausgehen. Vorsicht ist geboten bei starken Überschreitungen, z.B. einem Tagesprofil von mehr als 25 Stunden oder über 2.000 Stunden im Quartal – beides Fälle aus der Beratungspraxis. Dies deutet auf systematische Abrechnungsfehler hin, die auch Erklärungen im

o.g. Sinne nicht mehr ausgleichen. In solchen Fällen empfiehlt sich von Anfang an ein Anwalt.

Was also tun, damit es gar nicht erst zu Überschreitungen des Zeitprofils kommt? Anhang 3 EBM führt für alle in Frage kommenden Leistungen Prüfzeiten auf, die aufsummiert werden. Einen tagesakturellen Überblick bieten dazu die meisten Praxisverwaltungssysteme. Vorsicht ist bei zeitgebundenen Leistungen geboten: Diese dürfen zur ordnungsgemäßen Erbringung und Abrechnung nicht unterschritten werden. Besonderes Augenmerk ist auf Versicherten- bzw. Grundpauschalen zu legen. Diese werden zwar nur für das Quartalsprofil gezählt, können aber bei gehäufter Abrechnung – z.B. am Quartalsbeginn – zu Tagesprofilauffälligkeiten führen, insbesondere im Zusammenhang mit anderen, zeitgebundenen, Leistungen. Prüfen Sie also insbesondere am Quartalsbeginn hin und wieder, ob Ihre Praxissoftware die einschlägigen EBM-Regelungen korrekt berücksichtigt. Bitte beachten Sie auch die Vorgaben für die persönliche Leistungserbringung, insbesondere bei Leistungen von Weiterbildungsassistenten. Zwar sind die Beschäftigung eines Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten), Job-Sharing und Vertreterfälle (Muster 19) zu berücksichtigen, dies wird jedoch auf KV-Ebene (unterschiedlich) geregelt.

Achten Sie also nach Möglichkeit bereits im laufenden Praxisbetrieb auf Ihr Zeitprofil und gehen Sie Implausibilitäten im Vorfeld nach, um gar nicht erst mit Zeitüberschreitungsverwürfen konfrontiert zu werden.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an das Referat **Ambulante Versorgung**.

Anzeige

## Ihre perfekte Privatabrechnung

*beste Qualität vom Experten*

Nutzen Sie unser Expertenwissen für Ihre optimale, leistungsgerechte und rechtssichere Privatabrechnung.

*Wie bereits über 8.850 Ihrer Kollegen!*

[www.ihre-pvs.de](http://www.ihre-pvs.de)

 **PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

# Entlassmanagement ist seit Oktober 2017 Pflicht Ist das „Bürokratiemonster“ zu bändigen?

*Seit dem 1. Oktober 2017 ist, nach langem Hin und Her, das sogenannte Entlassmanagement bundesweit Pflicht. Die Rahmenvereinbarung, auf die sich Krankenkassen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte verständigt haben, sieht vor, dass Krankenhäuser den möglicherweise vorhandenen weiteren Versorgungsbedarf der Patienten bei der Entlassung prüfen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen veranlassen müssen – also beispielsweise durch Krankenhausärzte Arzneimittel oder häusliche Krankenpflege verordnen oder Krankschreibungen ausstellen lassen. Was so sinnvoll und logisch klingt, sorgte in der Vorlaufzeit allerdings für einigen Ärger und Verzögerungen.*

Das neue Entlassmanagement, es gab bereits (unzulängliche) Vorläuferregelungen, hatte der Gesetzgeber bereits im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossen. Hauptargument der Kritiker: Zuviel Bürokratie. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) reichte deswegen sogar Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg ein. Das von Kassen und

niedergelassenen Ärzten vorgesehene System, die Ausgestaltung hatte die Politik der Selbstverwaltung überlassen, stelle „ein bürokratisches Monster“ dar, welches den Krankenhausärzten Zeit stehle, die sie zur Versorgung von Menschen benötigten, monierte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.

So verschob sich der ursprünglich für den 1. Juli 2017 geplante Start des Entlassmanagements auf Oktober, allerdings konnte die DKG einige Zugeständnisse in ihrem Sinne erzielen und zog die Klage nach der Unterzeichnung einer Änderungsvereinbarung schließlich zurück.

Diese Vereinbarung griff einen Hauptkritikpunkt der DKG auf: Ursprünglich sollte jeder Patient einen Anspruch auf Entlassmanagement haben, das heißt jeder Krankenhauspatient hätte von der Klinik schriftlich informiert werden und schon bei der Aufnahme schriftlich einwilligen müssen. Die Neuregelung sieht nun vor, dass von Patienten, welche keine Anschlussversorgung benötigen auch keine weiteren Einwilligungen mehr erforderlich sind. Die DKG hatte für die ursprüngliche Regelung den umsonst zu leistenden Arbeitsaufwand bei jährlich 19 Millionen Patienten auf rund 100.000 Arbeitstage geschätzt...



## Entlassmanagement im Krankenhaus

### 1. Schritt: Prüfung des Falls

*Das Krankenhaus prüft nach Aufnahme des Patienten, ob dieser voraussichtlich eine Anschlussversorgung benötigt. Zudem beobachtet die Klinik, wie sich der Gesundheitszustand des Patienten, z. B. nach der Operation, entwickelt und passt die Maßnahmen nötigenfalls an.*

### 2. Schritt: Entlassplan und Organisation der Entlassung

*Benötigt der Patient eine Anschlussversorgung, also zum Beispiel fortgesetzte Medikation oder Physiotherapie, wird ein Entlassplan erstellt. Das Krankenhaus nimmt gegebenenfalls Kontakt mit dem Haus- und Facharzt, der Reha-Einrichtung oder auch der Krankenkasse auf und kümmert sich um die Organisation der jeweils nötigen Anschlussmaßnahmen. Neben der Organisation der Überleitung in die Anschlussversorgung können Klinikärzte im Rahmen des Entlassmanagements diverse Leistungen verordnen – so etwa Arzneimittel, Heil- oder Hilfsmittel (wie z. B. einen Rollator oder Ergotherapie) oder häusliche Krankenpflege im Umfang von bis zu sieben Tagen.*

### 3. Schritt: Entlassbrief

*Am Tag der Entlassung erhält der Patient und mit seiner Einwilligung auch der weiterbehandelnde Arzt einen (vorläufigen) Entlassbrief. Darauf ist auch die Telefonnummer eines Ansprechpartners der Klinik vermerkt, der für das Entlassmanagement der Klinik zuständig ist.*

*Stabübergabe: Der Wechsel des Patienten von der Klinik in die ambulante Versorgung verläuft noch längst nicht immer reibungslos*

Bleibt die Frage, wie der ohne Zweifel trotz erzielter Erleichterungen vorhandene Mehraufwand in den Krankenhäusern bewältigt wird (siehe Infokasten). Die DKG empfiehlt unter anderem eine einheitliche Umsetzung der formalen Anforderungen in den jeweiligen Krankenhausinformationssystemen (KIS) – über die genaue Ausgestaltung ihres Entlassmanagements bestimmen die Krankenhäuser allerdings selbst.

Auch im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes am 17. November 2017 in Berlin wurde im Verlauf der Diskussionen deutlich: Beim Stand der organisatorischen und technischen Umsetzung gibt es offensichtlich große Unterschiede. Bei weitem nicht überall ist eine zeitgemäße IT-Infrastruktur vorhanden. Da die gewünschte lückenlose Anschlussversorgung aber nur teilweise delegiert werden kann und zum Großteil von Klinikärzten organisiert werden muss – nur diese dürfen Verordnungen ausstellen und Arbeitsunfähigkeit bescheinigen – frisst die zusätzliche Arbeit Arztzeit und sollte eigentlich so effektiv wie möglich strukturiert sein.

Zur Erinnerung: Laut einer Umfrage des Hartmannbundes (wir berichteten im HB-Magazin 1/2017) leisten 36,5 Prozent der Assistenzärzte bereits mehr als drei Stunden Dokumentationsaufwand pro Arbeitstag und fast 40 % gaben der IT-Ausstattung ihrer Klinik die Schulnoten vier bis fünf. Bleibt zu hoffen, dass sich hier noch einiges tut, damit die aus Patientensicht sicherlich wünschenswerte bessere Koordination einer Krankenhausentlassung im Klinikalltag der Ärzte nicht zu einem notwendigen Übel wird.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Handbuch zur Unterstützung von Klinikärzten erarbeitet, in welchem über die Regeln der vertragsärztlichen Bestimmungen, nach denen Klinikärzte im Rahmen des Entlassmanagements verordnen müssen, in übersichtlicher Form informiert wird.

Auch die DKG hat zu den Anforderungen des Entlassmanagements weitergehende Umsetzungshinweise veröffentlicht.

#### Kommentar zum Thema

## Im Alltag stößt das System an seine Grenzen



Eine sektorenübergreifende Verbesserung der Patientenversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen und wird von uns schon lange gefordert. Durch das neue Entlassmanagement kann bereits in der Klinik eine lückenlose Versorgung mit Medikamenten, Physiotherapie oder Hilfsmitteln durchgeführt werden. Das stellt in meinen Augen im Alltag für viele Patienten eine Verbesserung der Versorgung dar.

Das neue Gesetz stößt im stationären Alltag in der Umsetzung jedoch an seine Grenzen. So heißt es: „Das Krankenhaus hat gemeinsam mit der Kranken- und Pflegekasse rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren“. Im Zeitalter des DRG-Systems sind jedoch Liegezeiten von ein bis drei Tagen eher die Regel als Ausnahme. Das macht es bei einer immer älteren und komplex vorerkrankten Gesellschaft häufig kaum möglich, als betroffener Arzt im Krankenhaus die Wünsche des Gesetzgebers zu erfüllen: zum einen ökonomische DRG-orientierte Patientenbehandlung, zum anderen eine auf die Bedürfnisse des Einzelnen ausgerichtete, sozialdienstlich umfassende Beratung und Organisation der poststationären Phase.

Dass der entstandene bürokratische Mehraufwand von den Pflegeberufen und Ärzten geleistet werden muss, darf man inzwischen ja schon als selbstverständlich hinnehmen.

Ich würde mir wünschen, dass weitere Gesetzesinitiativen – und seien sie in ihrem Ziel noch so sinnvoll – uns Ärzte nicht weiter an den Schreibtisch und Computer binden, um rechtfertigende und doppelte Dokumentation einzufordern. Wir brauchen Zeit für den Patienten. Auch in Zeiten eines ökonomisierten und mitunter dividendenorientierten Gesundheitssystems wird eine gute Versorgung in der Zukunft nur möglich sein, wenn Aus- und Weiterbildung sowie Zeit am Patienten als entscheidender „Wert“ erkannt werden.

Jan Deichmann, Mitglied des Leitungsgremiums Assistenzärzte im Hartmannbund



## Notstand – nicht nur in Berlin. Tarifgemeinschaft der Länder ist gefordert! Ärztemangel im Gesundheitsdienst spitzt sich zu

*Es ging im Januar durch die Berliner Medienlandschaft und sorgte auch für überregionale Schlagzeilen: Im Gesundheitsdienst der Bundeshauptstadt Berlin sind mehrere hundert Stellen nicht besetzt, davon 55 Arztstellen. Und damit steht Berlin exemplarisch für eine fatale Entwicklung bundesweit.*

Auch wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst oft nur vor dem Hintergrund besonderer Ereignisse im Mittelpunkt der publikums-wirksamen Berichterstattung steht, so ist doch daran zu erinnern: Die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind unter anderem für die Überwachung von Hygieneregeln, Schuluntersuchungen oder auch psychiatrischen Gutachten zuständig.

Nun ist das Problem der zu dünnen Personaldecke nicht neu und auch kein exklusives Berliner Problem, aber hier kochte die Thematik einmal wieder besonders hoch. Nicht zuletzt wohl auch deshalb, weil der Rot-Rot-Grüne Senat laut Koalitionsvereinbarung eigentlich etwas an der prekären Situation ändern wollte. Der Berliner Senat beschloss dann auch tatsächlich im Oktober 2017 ein überarbeitetes Personalbedarfskonzept auf Vorlage der Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Dilek Kolat (SPD). Das Konzept sieht vor, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in den kommenden Jahren von 1.631 auf künftig 2.033 volle Planstellen ausgebaut wird. Dieser Personalaufbau soll bereits 2018 beginnen und schrittweise bis zum Ende der Legislaturperiode im Jahr 2021 vollzogen werden.

Der Knackpunkt: Die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden nach dem allgemeinen Ländertarif bezahlt. Damit sind sie seit Jahren von der Einkommensentwicklung angestellter Arztgruppen abgehängt. Der monatliche Grundverdienst liegt rund 1.000 Euro unter der Vergütung von Krankenhausärzten, mit der logischen Konsequenz, dass freie Stellen in den Gesundheitsämtern oftmals nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung besetzt werden können.

„Um die jetzt und künftig zur Verfügung stehenden Stellen auch besetzen zu können, müssen wir aber auch die Bezahlung verbessern. Heute verdienen zum Beispiel Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlins deutlich weniger als etwa an einer Klinik. Hier werde ich für eine Angleichung kämpfen“, so hieß es auch seitens der Senatorin – das Grundproblem ist also bekannt, passiert ist allerdings bis jetzt nicht viel. Den Tarifvertrag für Ärzte an Kliniken auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu übertragen, ist dem Berliner Senat jedoch auch nicht ohne weiteres möglich. Die Tarifgemeinschaft der Länder sperrt sich bislang gegen arzt-spezifische Sondertarife.

Als Überbrückungslösung – man will die anderen Bundesländer in der Tarifgemeinschaft von einem geänderten Vorgehen überzeugen – hat der Berliner Senat die Zahlung von Zulagen angekündigt. So soll zumindest ein Großteil der Differenz im Gehaltsgefüge ausgeglichen werden können. Bleibt abzuwarten, ob solch ein Provisorium – mit gewissen formalen Hürden – die Situation wirklich grundlegend zum Besseren verändern kann.

Optimalerweise ringen sich die Bundesländer doch noch gemeinsam zu arzt-spezifischen tariflichen Regelungen analog zu den Krankenhaustarifen durch, so wie dies bereits mehrfach von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) und dem Deutschen Ärztetag gefordert wurde. Das virulente Thema wurde auch im Koalitionsvertrag zwischen den Unionsparteien und der SPD aufgegriffen. „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öff-

fentlichen Gesundheitsdienstes ein“, heißt es dort. Dieses, leider recht unspezifische, Bekenntnis zeigt immerhin, dass die Probleme es mittlerweile auch auf die Agenda der Bundespolitik geschafft haben. Bleibt zu hoffen, dass sich im Zusammenspiel der Zuständigen eine Problemlösungsstrategie abzeichnet...

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein Teilbereich des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Struktur gliedert sich in die Gesundheitsfachverwaltung auf Landesebene, also Gesundheitsämter, Bezirksregierungen und die zuständigen Ministerien, und die entsprechenden Bundesoberbehörden und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens, neben der ambulanten und stationären

Versorgung, übernimmt der ÖGD seine vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind insbesondere folgende Schwerpunkttätigkeiten hervorzuheben:

- Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie
- gesundheitlicher Umweltschutz, Umwelthygiene
- Seuchenhygiene, Lebensmittelhygiene und -überwachung
- Sozialmedizin
- leitende Funktion in der medizinischen Katastrophenhilfe
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Gesundheitserziehung



## Standpunkt

**Dr. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**



### Die dritte Säule gerät regelmäßig in Vergessenheit!

*Die aktuelle Diskussion über die Qualität und personelle Ausstattung unseres Gesundheitswesens fokussiert sich weitgehend auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte sowie auf die ärztliche und pflegerische Versorgung in den stationären Einrichtungen. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) als dritte Säule des Gesundheitswesens gerät dabei regelmäßig in Vergessenheit. Er rückt allenfalls in Krisensituationen (Ebola, Schweinegrippe, Masernausbrüche, Hygienemängel in Krankenhäusern) ins Blickfeld. An allgemeinen Bekenntnissen zum Stellenwert des ÖGD mangelt es nicht. So haben der Deutsche Ärztetag im Mai 2014 und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juni 2016 Schwerpunktbeschlüsse zur Stärkung des ÖGD gefasst. Erstmals wurde auch in dem Entwurf einer Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD der ÖGD auf bundespolitischer Ebene thematisiert.*

*An Bekenntnissen zum Stellenwert des ÖGD mangelt es also nicht, was jedoch noch fehlt ist die konkrete Umsetzung notwendiger Maßnahmen zur Beseitigung klar erkennbarer Schwachstellen. Die Probleme liegen auf der Hand:*

*Stellenabbau: In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern um über ein Drittel abgebaut worden, ärztlicher Nachwuchs ist nicht in Sicht. Frei werdende Arztstellen können nicht mehr nachbesetzt werden. Dies führt zu gravierenden Versorgungsmängeln beim Impfschutz, in der Hygienekontrolle, bei den Schuleingangsuntersuchungen und bei der Versorgung psychisch Kranker, um nur einige Beispiele zu nennen.*

*Schlechte tarifliche Eingruppierung für Ärztinnen und Ärzte: Die Schwierigkeit bei der Nachbesetzung von Stellen hat vor allen Dingen zwei Gründe. Das sind vor allem die niedrigeren tariflichen Bezahlungen von Ärztinnen und Ärzten in den Gesundheitsämtern im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern sowie der geringe Stellenwert von öffentlicher Gesundheit in der universitären medizinischen Ausbildung. Notwendig ist deshalb der Abbau der Vergütungsunterschiede durch Einführung eines Ärzttarifes auch in den Gesundheitsämtern. Leider verweigert die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber, diese tariflichen Veränderungen seit Jahren durch eine Blockadehaltung.*

*Öffentliche Gesundheit wird im Medizinstudium nicht gelehrt: Es gibt bisher bundesweit keinen Lehrstuhl für öffentliche Gesundheit, bevölkerungsmedizinische Inhalte werden im Medizinstudium bisher kaum unterrichtet. Daher ist es dringend notwendig, die Approbationsordnung auch in diesen Punkten zu ändern.*

*Die gravierenden Versorgungsmängel in den Berliner Gesundheitsämtern, die in den letzten Wochen auch bundesweit für Schlagzeilen gesorgt haben, sind keine Einzelfälle und auch nicht auf Berlin beschränkt. In vielen Gesundheitsämtern bundesweit ist die Lage ähnlich alarmierend. Das Ganze wird sich durch den demografischen Wandel – verbunden mit einer hohen Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen – noch weiter verschärfen. Schon jetzt werden freie Stellen zum Teil jahrelang erfolglos ausgeschrieben. Hier sind in einer konzertierten Aktion Bund, Länder und Kommunen gefordert, politisch die Weichen zu stellen, damit die Gesundheit der Bevölkerung durch den ÖGD auch weiter geschützt werden kann.*

*Wir brauchen eine adäquate finanzielle und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter, eine leistungsgerechte Vergütung der ärztlichen Tätigkeit und eine deutliche Aufwertung der bevölkerungsmedizinischen Lehrinhalte in der universitären Ausbildung.*

# Famulatur und Doktorarbeit in der Südsee

## Totenkult am Krankenbett

### Planung und Doktorarbeit

Die Idee: Seitdem ich im dritten Semester zum ersten Mal eine Vorlesungsreihe zum Thema „Reisemedizin“ besucht hatte, konnte ich mich immer mehr für dieses Gebiet mit seinen für mich damals ungewohnten Sichtweisen und Problemlösungen für medizinische Fragestellungen begeistern. Damit wuchs auch das Bedürfnis, einmal über den Tellerrand des regulären Studienbetriebs hinaus zu schauen und im Ausland zu famulieren. Besonders wollte ich mehr über die medizinische Versorgung in weniger gut ausgebauten Gebieten erfahren. Da ich seit Studienbeginn leider den größten Teil meiner (zugegebenermaßen nie besonders beeindruckenden) Spanisch- und Französischkenntnisse eingebüßt hatte, schrumpfte die Zahl der infrage kommenden Länder auf jene zusammen, in denen hauptsächlich Englisch gesprochen wird. Darüber hinaus sollte es ein Gebiet in den Tropen oder Subtropen sein, um einen kleinen Einblick in die dortigen Infektionskrankheiten zu bekommen, welche in den Vorlesungen meist nur als seltene Differentialdiagnosen erwähnt werden, aber mein Interesse geweckt hatten. Diese Kriterien erfüllen die südpazifischen Inseln. Die Südpazifik-Region zeichnet sich durch eine riesige ununterbrochene Fläche freien Ozeans aus, in der versprengt einzelne Inseln und Atolle liegen; zusammen genommen ist die Landfläche jedoch äußerst gering, die addierte Einwohnerzahl beträgt etwa elf Millionen. Nach längerer Recherche über die Cook Inseln, durch die der Aachener Herbst um einiges farbenfroher wurde, stieß ich auf den deutschen Arzt Wolfgang Losacker, der seit vielen Jahren auf den Cook Inseln lebt und durch dessen Vermittlung ich Kontakt zum damaligen Leiter des Krankenhauses auf der Hauptinsel Rarotonga aufnehmen konnte. Zeitgleich hatte ich mich auf Vanuatu, einem weiteren Inselstaat im Südpazifik, ebenfalls um einen Famulaturplatz beworben.

Im Zusammenhang mit meinem geplanten Auslandsaufenthalt kam in-

nerhalb der Aachener Forschungsgruppe ADEMED e.V. (<https://www.ademed.de/>), die Expeditionen zu reisemedizinischen Fragestellungen rund um den Globus durchführt, die Idee auf, diesen mit reisemedizinischer Forschung und einer Doktorarbeit zu kombinieren. So begann zeitgleich mit meiner Famulatur auf den Cook Inseln im Januar 2016 auch die fünfte „ADEMED-Expedition“ mit der Zielsetzung, die Prävalenz potentiell hämorrhagi-

scher Virusinfektionen (hier vor allem Zikavirus, Denguevirus und Chikungunyavirus) in der Region der Cook Inseln und Vanuatus zu erforschen. Von Interesse ist dieses Thema, da es

[...] Sowohl die Inseln von Vanuatu als auch die der Cook Islands sind atemberaubend schön und jede hat ihre Besonderheiten. ... Die diagnostischen Möglichkeiten waren auf den Cook Inseln ebenso wie auf Vanuatu begrenzt, sodass der körperlichen Untersuchung und der Anamnese ein extrem hoher Stellenwert zukam. [...]

„Es war sicherlich kein Zufall, dass mich das Fernweh gerade im verregneten Aachener Herbst gepackt hat.“

während der letzten zehn Jahre in der Region zu einem alarmierenden Auftreten von Arboviren kam. Vor allem das lange Zeit wenig erforschte Zika-Fieber hat aktuell viel Aufmerksamkeit erregt, aber auch Dengue- und Chikungunya-Fieber stellen in der Region ein ernsthaftes Problem dar. Neben ihrem potentiell kritischen Verlauf können sie durch prolongierte und rezidivierende schwere Arthralgien auch einen enormen volkswirtschaftlichen Schaden verursachen. Klinisch sind die Erkrankungen oft schwer voneinander zu unterscheiden, erschwerend hinzu kommen die begrenzten Möglichkeiten der Diagnostik und der statistischen Erfassung vor Ort. Es besteht also Bedarf an genaueren epidemiologischen Daten, zu denen diese Seroprävalenzstudie einen Beitrag liefern soll. Die Idee des Projekts war zwar schon geboren und in Deutschland auch bereits die ersten bürokratischen Hürden genommen, die Kommunikation mit den Behörden vor Ort war allerdings im Vor-



Vanuatu (Espiritu Santo) – das Northern Provincial Hospital



Cook Islands (Rarotonga) – Der Blick vom Krankenhaus aus auf die Lagune

# Beeindruckende Erfahrungen am „Ende der Welt“

feld sehr schwierig. Es stand also nicht fest, ob die Cook Inseln an einer solchen Studie interessiert sein würden.

**Cook Inseln (1): Januar 2016 – März 2016:** Neben meiner Famulatur habe ich also vor Ort Kontakt zum Gesundheitsministerium hergestellt. Bei der Secretary of Health stieß ich gleich auf großes Interesse für das Projekt. Es folgten diverse Besprechungen mit der Krankenhausleitung, der Laborleitung und Vertretern des Gesundheitsministeriums, bei denen wir uns auf den Ablauf der Probengewinnung und weitere Regularien verständigen konnten. Neben der Hauptinsel Rarotonga sollte auch die kleinere Außeninsel Aitutaki in die Studie miteinbezogen werden. Da die Vorbereitungen einige Zeit in Anspruch nahmen und meine Abreise näher rückte, wurde ein zweiter Aufenthalt im Frühjahr 2017 geplant.

**Vanuatu: Juli 2016 – August 2016:** Nach meinem ersten Aufenthalt auf den Cook Inseln setzte ich meine Reise wie geplant fort und begann im Juli 2016 meine zweite Famulatur auf Espiritu Santo, einer der Außeninseln von Vanuatu. Die Idee war, die Probengewinnung auf diese Region auszuweiten, wodurch ein interessanter Vergleich der Ergebnisse der Cook Inseln mit denen des gut 3500 Kilometer weiter westlich gelegenen Vanuatus möglich wäre.

Auch hier war die Kommunikation im Vorfeld recht schwierig, sodass die Planung wiederum hauptsächlich vor Ort erfolgte. Da Vanuatu um einiges größer ist als die Cook Inseln und diesen in den meisten organisatorischen Aspekten nachsteht, brauchte es einiges an Geduld und Hartnäckigkeit, um einen Ansprechpartner vor Ort zu finden. Erschwerend kam eine große Anzahl an Feiertagen, an denen niemand zu erreichen war, und eine gewisse Sprachbarriere hinzu, da neben Englisch und Französisch noch gut 110 weitere lokale Sprachen existieren. Darüber hinaus war ich dieses Mal nicht auf der Hauptinsel im Krankenhaus tätig, sondern auf einer der Außeninseln und es traten immer wieder technische Probleme bei der Kommunikation mit der Hauptstadt auf. Schließlich konnte ich jedoch die richtige Person erreichen und da die Gesundheitsbehörden Vanuatus ebenfalls Interesse an den epidemiologischen Daten hatten, durfte ich in Zusammenarbeit mit dem Labor des Northern Provincial Hospitals mit meiner Arbeit beginnen.

Im Anschluss habe ich von Aachen aus den Transport dieser Proben nach Deutschland organisiert. Die teilweise sehr einfache Infrastruktur auf Vanuatu sowie die internationalen Regularien über Verpackung, Kennzeichnung und Transport menschlicher Proben über Länder- Kontinent- und Hemisphäregrenzen hinweg, stellten dabei für

„110 lokale Sprachen machen die Sache nicht einfacher“

mich eine unerwartete Herausforderung dar. Auch hier waren

wieder ein gewisses Durchhaltevermögen und etliche nächtliche Telefonate (Zeitverschiebung 10 Std.) notwendig. Der persönliche Kontakt zum örtlichen DHL Büro hat die Absprache und Kommunikation allerdings sehr erleich-

[...] Ich musste mich zunächst daran gewöhnen, dass alle Prozesse in der berühmten „Island Time“ ablaufen, wodurch für vieles mehr Zeit eingeplant werden muss, allerdings kann man sich in der Regel darauf verlassen, dass die bestehenden Strukturen funktionieren. [...]



Cook Islands (Rarotonga) – OP-Vorbereitungen. Vieles kann vor Ort versorgt werden



Cook Islands (Rarotonga) – Im Labor des Rarotonga Hospitals wurde ich herzlich in Empfang genommen

tert und die Serumproben kamen schließlich in gutem Zustand in Deutschland an.

**Cook Inseln (2): Februar 2017 – Mai 2017:** Auch im Vorfeld zu meiner zweiten Reise auf die Cook Inseln im Februar dieses Jahres musste ich von Deutschland aus noch einige Vorkehrungen treffen, um eine reibungslose und fehlerfreie Probensammlung und Datenerhebung

zu gewährleisten. Dazu gehörte unter anderem, bei dem einzigen größeren Haushaltswarengeschäft des Inselstaats eine Tiefkühltruhe zu bestellen und diese ins Labor liefern zu lassen, um die Proben vor Ort lagern zu können. Bei meinem zweiten Aufenthalt gestalteten sich sowohl die Probensammlung auf Rarotonga und Aitutaki, als auch der anschließende Transport nach Deutschland problemlos, was auch der großen Unterstützung der beteiligten Krankenhaus-, Labor- und DHL-Mitarbeiter zu verdanken ist. Ebenso konnte ich mich natürlich immer auf die Unterstützung aus der Ferne seitens der beteiligten ADEMED-Mitglieder verlassen.



## Arbeiten unter Palmen: Licht- und Schatten

# Vieles ist ähnlich ... und vieles ganz anders

Sowohl die Inseln von Vanuatu als auch die der Cook Islands sind atemberaubend schön und jede hat ihre Besonderheiten. Die Cook Islands bestehen aus 15 einzelnen Inseln; ich habe auf der Hauptinsel Rarotonga sowie auf der etwa 50 Flugminuten entfernten Nebeninsel Aitutaki gewohnt. Von den vielen weiteren Inseln Vanuatus habe ich die beiden Außeninseln „Espiritu Santo“ und „Tanna“ kennen lernen dürfen. Eingesetzt war ich hauptsächlich in der Ambulanz, in der Notaufnahme und im OP. In dieser Zeit habe ich einen kleinen Einblick in die Kultur und die Lebensweise der Bevölkerung erhalten:

Neben einigen Gemeinsamkeiten waren zwischen den beiden Inselstaaten deutliche Unterschiede in Ausstattung und Organisation zu spüren: Während die Cook Inseln relativ westlich geprägt sind und große Bemühungen in den Ausbau der Infrastruktur und des Tourismus gesteckt werden, ist die Lebensweise vieler Einwohner Vanuatus noch sehr traditionell und es mangelt häufig am Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. In vielen Dörfern sorgen daher Kirchen und NGOs für eine minimale Versorgung der Menschen. Gerade dort vertrauen die Einwohner noch stark auf die traditionelle Medizin, sodass viele Patienten erst in einem sehr späten Stadium ihrer Erkrankung in einer Gesundheitseinrichtung vorstellig werden. Mit der relativ schnell wachsenden Stadtbevölkerung treten jedoch ebenfalls Probleme auf, sodass auch in den städtischen Gebieten von Port Vila und Luganville nicht immer von einem funktionierenden Gesundheitssystem gesprochen werden kann.

Die diagnostischen Möglichkeiten waren sowohl auf den Cook Inseln als auch auf Vanuatu begrenzt, sodass der körperlichen Untersuchung und der Anamnese ein extrem hoher Stellenwert zukam.

### Cook Islands

Das nationale Krankenhaus befindet sich auf der Hauptinsel Rarotonga, auf Aitutaki befindet sich ein weiteres kleineres Krankenhaus mit zwei fest angestellten Ärzten. Auf den verbliebenen bewohnten Außeninseln gibt es nur kleine Gesundheitszentren, welche von einzelnen Krankenschwestern betreut werden. Auf Rarotonga sind Allgemeinarztbesuche und auch viele chirurgische Eingriffe problemlos möglich, jedoch können weitergehende Behandlungen oft nicht gewährleistet werden und erfolgen in Neuseeland.

Neben finanzieller Hilfe kommen auch regelmäßig Fachärzte aus Neuseeland und Australien nach Rarotonga und teilweise auch nach Aitutaki. Die Inseln verfügen selbst nur über insgesamt vier Fachärzte, die daher praktisch rund um die Uhr im Dienst sind.

Ich musste mich zunächst daran gewöhnen, dass alle Prozesse in der berühmten „Island Time“ ablaufen, wodurch für vieles mehr Zeit eingeplant werden muss, allerdings kann man sich in der Regel darauf verlassen, dass die bestehenden Strukturen funktionieren.

Wie viele der pazifischen Inseln haben auch die Cook Inseln ein enormes Problem mit sog. NCDs (non-communicable diseases), wozu u.a. Diabetes, Übergewicht, Hypercholesterinämie und Hypertonie zählen. Entsprechend häufig sind mir diese Krankheitsbilder

und die mit ihnen assoziierten Folgeerkrankungen während meiner Famulatur begegnet. Das gemeinsame Essen nimmt auf den Cook Inseln einen sehr großen Stellenwert ein und es wird zu jeder Gelegenheit etwas gereicht. Angebotenes Essen auszuschlagen gilt als sehr unhöflich. Neben dem großen Angebot an einheimischen Obst- und Gemüsesorten bestehen die typischen Speisen zum Großteil auch aus industriell gefertigten Lebensmitteln, die aus Australien, Neuseeland und teils aus China importiert werden. Sie sind in der Regel recht fettig und kalorienreich, hinzu kommen die großen Mengen, die verzehrt werden. Das Gesundheitsministerium versucht, diesem Trend entgegenzuwirken und führt derzeit mehrere Kampagnen durch, die zu einem gesünderen Lebensstil aufrufen.

Eine weitere große Gruppe bildeten die gynäkologischen Patientinnen, hier stand vor allem die Betreuung der werdenden Mütter und das standartmäßige Screening auf Gebärmutterhalskrebs mittels PAP-Abstrich im Vordergrund. Hinzu kamen einige Krankheitsbilder, die für mich relativ neu waren, beispielsweise Ciguatera-Fischvergiftungen sowie diverse dermatologische Fälle, vor allem Mykosen („ringworm“), Krätze und (bei der nicht-einheimischen Bevölkerung) Melanome oder andere Sonnenschäden der Haut. Zudem stellten sich häufig Kinder mit einer Vielzahl aufgekratzter und anschließend superinfizierter Insektenstichen am ganzen Körper vor. Generell werden durch das schwül-warme Klima Infektionen, auch von kleinen Wunden, begünstigt. In diesen Fällen wurden im Allgemeinen Antibiotika verordnet sowie ein Bad in verdünnter Bleiche empfohlen.

„Massiver Einsatz von Antibiotika macht erhebliche Probleme“

Außer den Mücken, die als Vektoren für verschiedene Erkrankungen fungieren, gibt es auf den Cook Inseln an Land keine gefährlichen Tiere. Die Bewohner sammeln jedoch oft Schalentiere und andere Meeresfrüchte in der ausgedehnten Lagune, wobei es regelmäßig vorkommt, dass Verletzungen durch den Tritt auf die giftigen Stachelstrahlen von Steinfischen entstehen. Diese Wunden sind sehr schmerzhaft, heilen schlecht und infizieren sich häufig, sodass sie gegebenenfalls chirurgisch versorgt werden müssen. Operativ versorgt werden mussten ebenfalls diverse Verletzungen, die durch herunterfallende Kokosnüsse entstanden sind, ein Haifischnbiss in den Unterschenkel sowie eine schwere Schnittverletzung an der Hand, die beim Häuten einer frisch geernteten Kokosnuss mittels einer Machete entstanden war.

Die schwersten Verletzungen ereignen sich tendenziell jedoch im Straßenverkehr: Auf Rarotonga gibt es zwei Straßen, die beide



Cook Islands (Aitutaki)  
– One Foot Island, eine Nebeninsel Aitutakis

„Mücken und Kokosnüsse als Gefahrenquellen“



Cook Islands (Aitutaki) – eine Unterkunft für Gäste, die Einheimischen leben in der Regel sehr viel bescheidener

kreisförmig um die Insel verlaufen, die eine genau an der Küstenlinie entlang, die andere einige Meter weiter im Landesinnern. Eine Umrundung der annähernd kreisförmigen Insel ist gut 30 Kilometer lang, die maximal erlaubte Geschwindigkeit beträgt 50km/h. Trotz dieser recht übersichtlichen Gegebenheiten ereignen sich verhältnismäßig viele Verkehrsunfälle. Die typischen Transportmittel sind entweder Motorroller oder „Pick-up Trucks“ mit offener Ladefläche; als öffentliche Verkehrsmittel stehen zwei Busse zur Verfügung, von denen der eine im Uhrzeigersinn, der andere gegen den Uhrzeigersinn fährt. Dieser Service wird jedoch nur bis zum frühen Abend angeboten und obwohl es auf den Cook Inseln verboten ist unter Alkoholeinfluss zu fahren, kommt dies häufig vor. So konnte bei den meisten schweren Verkehrsunfällen, die ich im Krankenhaus miterlebt habe, bei mindestens einem der Beteiligten ein zu hoher Blutalkoholspiegel nachgewiesen werden. Gerade bei den Fahrern von Motorrollern traten teilweise schwerste Verletzungen auf, die dann in der Regel zur Versorgung nach Neuseeland überführt wurden.

Ein weiteres Problem besteht im vermehren Einsatz von Antibiotika, der zu einer verstärkten Resistenzlage vor Ort geführt hat. Neben Kampagnen der WHO bemüht sich auch Neuseeland darum, dem Einhalt zu gebieten. Dazu haben neuseeländische Mikrobiologen ein Nachschlagewerk zur Anwendung von Antibiotika speziell auf den Cook Inseln zusammengestellt. Zusätzlich finden regelmäßige Schulungen, entweder vor Ort (Rarotonga) oder via Video-Konferenz (Außeninseln) statt.

### Vanuatu

Da ich in einem Krankenhaus auf einer Nebeninsel famuliert habe, kann ich nur von den Verhältnissen dort berichten. Das größte Krankenhaus befindet sich in der Hauptstadt Port Vila auf der Insel Efate, ein weiteres Krankenhaus ist das Northern Provincial Hospital auf der Insel Espiritu Santo, in dem ich tätig war.

Während auf den Cook Inseln die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung weitestgehend gesichert ist, trifft dies für die Bewohner von Espiritu Santo nicht immer zu. Es gab oft große Material- und Personalengpässe, die aber eher durch die generelle Organisation, als durch echten Mangel bedingt waren. Auch die allgemeine Hygiene im Krankenhaus stand der auf den Cook Inseln um einiges nach.

Außer einer Kinderärztin war kein älterer Arzt dauerhaft auf Santo stationiert, sondern diese wurden in unregelmäßigen Abständen von Port Vila eingeflogen. In der Zwischenzeit wurde das Krankenhaus von Assistenzärzten geleitet, von denen einige aus China stammten und kaum ein Wort Englisch sprachen.

Auch in der Medizin war die teilweise ungleiche Stellung von Mann und Frau zu spüren. So wurde beispielsweise vor einem gynäkologischen Notfalleingriff zunächst die Einwilligung des Ehemanns eingeholt, wenn die Frau anschließend nicht mehr gebärfähig sein würde.

Obwohl der Staat als Arbeitgeber für das medizinische Personal fungiert, berichteten einige Mitarbeiter, dass sie seit mehreren Monaten auf ihre Gehaltszahlungen warteten. Das führte dazu, dass alle Abteilungen zeitweise drastisch unterbesetzt und auch im Notfall nicht immer ein Arzt zu erreichen war. Auch mangelte es oft an grundlegender Ausrüstung wie Desinfektionsmitteln, Handschuhen oder Verbandsmaterial sowie an chirurgischen Instrumenten. Im gesamten Krankenhaus war zeitweise nur



Cook Islands (Aitutaki) – die Apotheke im Aitutaki Hospital

ein funktionierendes EKG vorhanden und auch im Labor konnten nicht immer alle Untersuchungen durchgeführt werden, da teilweise die Ausstattung für die Analyse fehlte.

### Wo der Mediziner nicht mehr helfen kann

Häufig stellten sich Patienten erst im Krankenhaus vor, wenn ihnen die traditionelle Medizin nicht weiterhelfen konnte, sodass sich manche Erkrankungen in einem weit fortgeschrittenen Stadium befanden. So etwa eine junge Frau, bei der ein 15 Kilogramm schweres Teratom entfernt wurde, oder ein junger Mann mit einer stark entzündeten Wunde am Rücken, die ihm ein wilder Keiler zugefügt hatte. Ein Mediziner seines Dorfs hatte die Wunde über mehrere Wochen mit Blättern eines Baums, dem heilende Eigenschaften zugesprochen werden, versorgt und anschließend zugenäht. Unter der Naht entwickelte sich die Entzündung, welche im Krankenhaus ausgeräumt wurde.

Ein weiteres Mittel gegen vielerlei Beschwerden ist Kokosöl, das zur Linderung von Pilzbefall, Ausschlag, Hals-, Zahn- und Gliederschmerzen, Lausbefall und Asthma eingesetzt wird.

Wie auf den Cook Inseln ist auch in Vanuatu Diabetes mellitus eines der Hauptprobleme. Im Unterschied zu den Cook Inseln gibt es hier jedoch kein gut ausgebautes Public Health System und kein regelmäßiges Monitoring. Das führt dazu, dass in vielen Fällen ein DM erst dann diagnostiziert wird, wenn bereits gravierende Folgeerkrankungen aufgetreten sind. So habe ich in den Wochen, die ich auf Espiritu Santo war, eine Vielzahl von Fußamputationen miterlebt.

Auch Infektionskrankheiten sind auf Vanuatu häufig anzutreffen. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung ist mit einer sexuell übertragbaren Krankheit infiziert. Im Gegensatz zu den Cook Inseln kommt hier auch Malaria vor (wobei in der Zeit meiner Famulatur kein Fall aufgetreten ist) und auch Tuberkulose und rheumatisches Fieber sind keine Seltenheit. Infektionen der Haut gehörten ebenfalls zu den Hauptkrankheitsbildern. Neben häufigen Pilzkrankungen stellten sich auch einige Patienten mit YAWS (Framböse) vor.

Der Antibiotikaeinsatz ist massiv erhöht, wodurch lokale Resistenzen begünstigt werden. Vor allem in den kleinen Gesundheitszentren der abgelegenen Gebiete werden sie großzügig herausgegeben.

Auf Vanuatu habe ich die Menschen immer als sehr freundlich, aber doch um einiges stiller und in sich gekehrter erlebt als auf den Cook Inseln. Die Verständigung war zum einen durch die Vielzahl an gesprochenen Sprachen sehr erschwert, zum anderen wurde aber auch generell wenig geredet. Ein großer Teil der Kommunikation erfolgte nonverbal, z.B. über die Gesichtsmimik. Das war gerade am Anfang und während meiner Tätigkeit im Krankenhaus zunächst gewöhnungsbedürftig. Auch Schmerz- oder Angstäußerungen habe ich auf Vanuatu nur selten gehört, wodurch es teilweise schwierig war, die ersten Fälle herauszufiltern. Selbst bei größten Beschwerden haben die Patienten teilweise stundenlang gewartet, ohne sich zu beschweren. Auf Außenstehende wirkten das lange Schweigen und die wenigen Nachfragen der Angehörigen manchmal irritierend und emotionslos. Es war jedoch immer selbstverständlich, dass die Kranken von der Dorfgemeinschaft rund um die Uhr fürsorglich betreut wurden.

„Ohne Einwilligung des Mannes wird Frau nicht operiert“



Cook Islands (Aitutaki) – ein typisches Haus mit Aussicht auf die Lagune

## Leben retten unter erschwerten Bedingungen

# Das Notfall-Equipment ist nicht zu finden und der Bohrer wird eingeflogen

Zwei junge Patientinnen, die ich im Northern Provincial Hospital gesehen habe, sind mir besonders in Erinnerung geblieben:

Die Straßen auf Espiritu Santo sind in einem schlechten Zustand und längst nicht jeder verfügt über ein eigenes Fahrzeug. So sieht man häufig Pick-up Trucks, auf deren Ladeflächen mehrere Leute sitzend oder stehend mitfahren. Als ich in der Notaufnahme war, kam ein Mann herein, der sagte, er bringe seine 17-jährige Tochter. Er berichtete, sie habe Schwierigkeiten zu laufen und eine der Krankenschwestern bot an, einen Rollstuhl zu holen. Ich fragte ihn, warum seine Tochter denn nicht laufen könne, woraufhin er erzählte, dass sie vor zwei Tagen von der Ladefläche eines Trucks gefallen sei, als dieser über ein großes Schlagloch fuhr. Sie sei dabei mit dem Kopf aufgeschlagen, habe sich aber nach einer kurzen Ohnmacht wieder erholt und sich auch, außer einer kleinen Platzwunde, nicht verletzt.

Ihr Vater hatte sie danach im Krankenhaus vorgestellt, wo die Wunde verbunden und das Mädchen dann nach Hause entlassen wurde. Zu dem Zeitpunkt war die Notaufnahme von nur einer Schwester besetzt gewesen, die bereits seit einigen Stunden auf ihre Ablösung gewartet hatte.

Am Abend des Vortags sei das Mädchen aber zunehmend schläfrig geworden und heute Morgen kaum noch zu wecken gewesen. Nach diesen Schilderungen warteten wir nicht mehr auf den Rollstuhl, sondern trugen sie gemeinsam in die Notaufnahme. Beim Ablegen begann sie zu krampfen und zu röcheln. Ihre Pupillen waren stark seitenungleich und reagierten einseitig nicht auf Licht. In der Zwischenzeit trafen weitere Familienmitglieder ein, die alle schweigend in der

Notaufnahme standen und uns zusahen. Glücklicherweise war zeitgleich mit mir auch ein voll ausgebildeter Paramedic aus Australien vor Ort eingesetzt und hat die Leitung in der Situation übernommen. Wir merkten bald, dass die Notaufnahme für einen solchen Fall nicht ausgerüstet war. Es gab zwar einen Schrank, in dem laut Aufschrift sämtliches Notfallmaterial bereitstehen sollte, bei einem Blick in die Schubladen hat sich jedoch gezeigt, dass diese teilweise voll mit alten und leeren Verpackungen oder auch Stationsmaterial waren. Unter dem Verpackungsmüll fanden sich dann doch noch einige der Sachen, die wir brauchten, andere mussten von den Stationen geholt werden. Insgesamt herrschte großes Chaos und es ist dem Management des Paramedic zu verdanken, dass das Mädchen schließlich so gut es ging erstversorgt werden konnte. Es gelang, sie zu stabilisieren und schließlich einen der Assistenzärzte aufzutreiben, der beschloss, dass sofort eine Druckentlastung erfolgen müsse.

**Notfallmaterial, OP-Instrumente?**

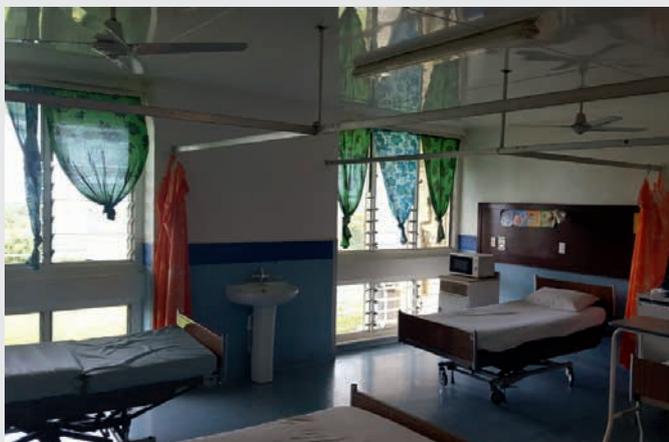
**Keine Selbstverständlichkeit!**

Das Mädchen wurde in den OP gebracht und der Eingriff vorbereitet. Als alles bereit war und die Operation beginnen sollte, fiel auf, dass kein Bohrer oder ein alternatives Instrument vorhanden war. Das gesamte Team stand um den Tisch herum und überlegte erfolglos, wie man die Druckentlastung durchführen könne. Schließlich wurde die OP abgebrochen und eine Nachricht an das Krankenhaus in Port Vila auf der Hauptinsel Efate geschickt. Da jedoch an diesem Tag keine Flüge zwischen den beiden Inseln mehr auf dem Plan standen, musste die Operation bis zum folgenden Tag verschoben werden. Das komatöse Mädchen wurde für die Zwischenzeit auf die chirurgische Station verlegt und dort so gut es ging überwacht. Die Familie war die gesamte Zeit vor Ort.

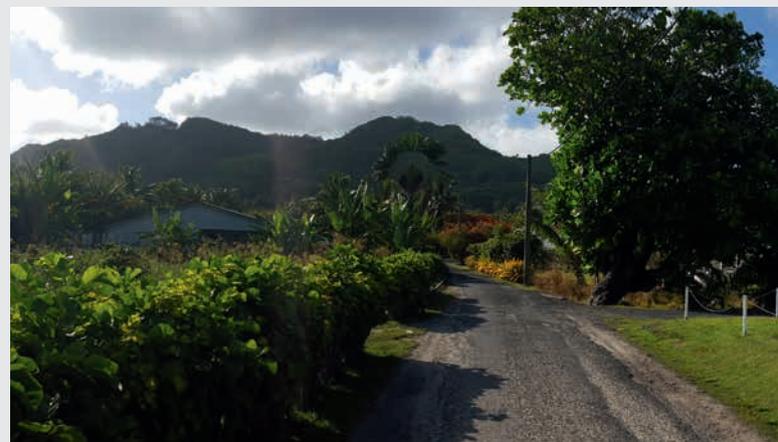
Am nächsten Morgen traf mit dem ersten Flug ein Chirurg aus der Hauptstadt ein, der einen Handbohrer im Gepäck hatte und den Eingriff durchführte. Er reiste direkt im Anschluss wieder ab. Wir suchten im Krankenhaus nun Materialien zusammen, um den Notfallschrank aufzufüllen. Dabei stellte sich heraus, dass in der



*Cook Islands (Aitutaki)  
- der zahnärztliche  
Behandlungsplatz*



*Cook Islands (Aitutaki) - die pädiatrische Station im Aitutaki Hospital*



*Cook Islands (Rarotonga) - eine Straße ins Landesinnere (es ist üblich, seine Verwandten im Vorgarten zu bestatten)*



Cook Islands (Aitutaki) – das Aitutaki Hospital



Vanuatu (Espiritu Santo) – Wartebereich der Notaufnahme des Northern Provincial Hospitals

Apothekenkisten mit Lieferungen von Hilfsorganisationen bis unter die Decke gestapelt waren. Einige standen dort schon seit Jahren, ohne jemals geöffnet worden zu sein und wir fanden viele der Sachen, die am Vortag gefehlt hatten.

Kurz nachdem wir wieder zurück waren, kam eine Gruppe Jugendlicher herein, die zusammen ein junges Mädchen trugen. Die Situation war beinahe identisch zu der am Vortag. Es stellte sich heraus, dass die 18-Jährige ebenfalls bei einer Bodenwelle von der Ladefläche eines Trucks auf den Kopf gefallen war. Auch sie war stark eingetrübt, hatte ungleiche Pupillen, begann zu krampfen und übergab sich. Glücklicherweise war auch an diesem Tag der Paramedic anwesend und insgesamt arbeitete das Team um einiges koordinierter und gezielter, als am Vortag. Auch hatten wir jetzt viele der benötigten Materialien griffbereit. Es gelang jedoch zunächst nicht, das Mädchen zu stabilisieren und ihre Vitalparameter verschlechterten sich zunehmend. Wie am Vortag trafen die Eltern und Verwandten ein und standen schweigend um uns herum.



Cook Islands (Aitutaki) – die Lagune

### Totenkult am Krankenbett

Schließlich kamen zwei Ärzte und erklärten, es bestehe keine weitere Möglichkeit einer Therapie, da der Chirurg aus Port Vila bei seiner Abreise einige Stunden zuvor auch den Bohrer wieder mitgenommen habe. Die Erste-Hilfe-Maßnahmen wurden daraufhin weitestgehend eingestellt und die Familie allein gelassen.

Nach einiger Zeit war lautes Geschrei zu hören: Die Männer aus dem Heimatdorf des Mädchens waren in die Notaufnahme gekommen und führten am Bett einen Totenkult durch, wie mir von den Schwestern erklärt wurde. Geleitet wurde dieser von einer Art Priester, der sowohl mit Kreuzen, als auch mit anderen kulturellen Symbolen behangen war. Auch die Gesänge waren eine Mischung aus traditionellen Liedern und christlichen Gebeten.

Da die Stimmen die kleine Notaufnahme zum Vibrieren brachten und es nicht möglich war, weiter zu arbeiten, wurde das

Mädchen, dessen Zustand sich wieder etwas stabilisiert hatte, in ein Einzelzimmer verlegt. Sie lag somit direkt neben der 17-Jährigen vom Vortag. Der Kult wurde dort weitergeführt und war den restlichen Tag über im ganzen Krankenhaus zu hören. Insgesamt zog er sich über zwei volle Tage und als am dritten Tag ungewohnte Stille herrschte, war ich sicher, dass sie nun doch verstorben sei. Es hatte sich jedoch, ganz im Gegenteil, ihr Zustand gebessert und die Männer waren in das Dorf zurückgekehrt. In den Zimmern der beiden Mädchen waren von da an ununterbrochen einige Familienmitglieder anwesend, da es üblich ist, dass die Pflege der stationären Patienten von den Angehörigen übernommen wird. Ich habe fast jeden Tag einmal bei den Patientinnen vorbeigeschaut, die zu der Zeit beide noch im Koma lagen, da sich die Familien stets über einen Besuch zu freuen schienen. Nach etwa zwei Wochen begann zunächst die eine und nach etwa drei Wochen die andere aufzuwachen. Ich war zu diesem Zeitpunkt bereits wieder in Deutschland, habe mich aber sehr über ein paar Bilder gefreut, die ich von ihnen erhalten habe. Entgegen allen Vorhersagen haben sich beide wieder weitestgehend von ihren Unfällen erholen können.

### Über Charlotte Saretzki

*Ich bin 25 Jahre alt und studiere Humanmedizin im 9. Semester an der RWTH Aachen. Seit 2015 gehöre ich der Forschungsgruppe „ADEMED“ (Aachen Dental and Medical Expeditions) an.*

*Momentan arbeite ich an meiner Doktorarbeit zur Prävalenz (potentiell hämorrhagischer) Virusinfektionen in der Region der Cook Inseln und Vanuatus (vor allem Zikavirus, Denguevirus und Chikungunyavirus).*

**Mehr Informationen über das Land, Klima uvm. erfahren Sie hier.**



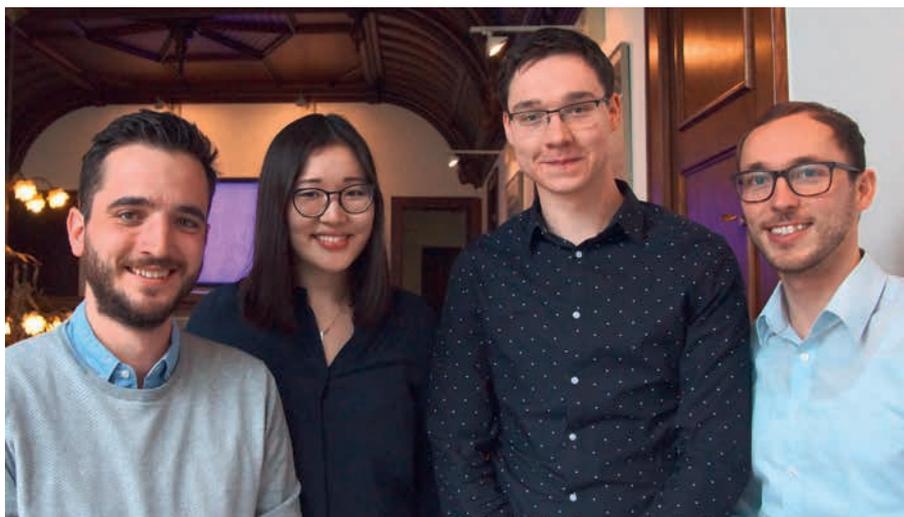
## Ausschusssitzung der Medizinstudierenden

# Neuer Vorstand hat Digitalisierung und Promotion ganz oben auf der Agenda

Sitzung der Mitglieder des Ausschusses der Medizinstudierenden in Berlin und im Mittelpunkt standen die Neuwahlen des Vorstandes, da Moritz Völker und Käthe Lewicki ihr Studium zum Ende des letzten Jahres erfolgreich beendeten.

Christian Wolfram ist neugewählter Vorsitzender des Ausschusses. Er studiert im 7. Semester an der Universität Leipzig. Als seinen Stellvertreter wählten die Mitglieder des Ausschusses Johannes Stalter, Student an der European Medical School Oldenburg-Groningen im 6. Semester. Komplettiert wird der neue Vorstand durch Jan Baumann als erster Beisitzer (6. Semester, Universität des Saarlandes) und Ekaterina von Rauchhaupt (7. Semester, Ludwig-Maximilians-Universität München) als Schriftführerin.

Der neue Vorstand hat auch gleich eine Fülle von Themen auf der Agenda. „Mit Blick auf die Koalitionsverhandlungen und die dortigen Pläne zur zügigen Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 müssen die Studierende weiter am Ball bleiben“, fordert Christian Wolfram, da bei der Überarbeitung der Zulassungs- und Ausbildungsbedingungen die Qualität der Ausbildung im Mittelpunkt stehen müsse. „Der Koalitionsvertrag erwecke aber den Eindruck, dass



Neuer Vorstand (v.l.n.r.) Johannes Stalter, Ekaterina von Rauchhaupt, Christian Wolfram und Jan Baumann

nach wie vor regionale und fachspezifische Versorgungsprobleme die dominierende Rolle spielen.“

Weiterhin befassten sich die Studierenden mit dem Thema Promotion und der Digitalisierung in der universitären Ausbildung. In Workshops sammelten die Teilnehmer verschiedene Aspekte und diskutierten diese gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Lesinski-

Schiedat, Vorsitzende des LV Niedersachsen. Weitere Teilnehmer waren der Vorsitzende des LV Baden-Württemberg, Klaus Rinkel, der Vorsitzende des AK IV, Klaus-Peter Schaps sowie die Sprecher des Ausschusses der Assistenzärzte, Theo Uden und Wenke Wichmann.

**Mehr über den Ausschuss finden Sie hier.**

### Seminar des LV Westfalen-Lippe

## IT-Security & Cyberabsicherung in der Arztpraxis

Die voranschreitende Digitalisierung birgt trotz aller Automatisierung und Vereinfachung auch ihre Schattenseiten. Dies gilt im Privaten als auch im Beruflichen. Beinahe täglich erfährt man von neuen Sicherheitslücken oder Hackerangriffen. Unternehmen wie auch Arztpraxen sehen sich einer immer ernster zu nehmenden Bedrohung ausgesetzt.

Durch die fortschreitende Digitalisierung und die wachsenden Datenschutzansprüche müssen sensible Daten besonders gesichert werden. Im Falle eines Worst-Case-Szenarios steht man oftmals mit dem Rücken zur Wand und hat ohne die richtigen Vorkehrungen nur bedingt die Möglichkeit schlimmeren Schaden abzuwenden. Was kann man also tun, wenn trotz aller Sicherheitsvorkehrungen das eigene System der Praxis gehackt wurde und welche Absicherungsmechanismen kommen für Arztpraxen in Frage?

Diese Fragestellungen möchte der Landesverband Westfalen-Lippe am 25. April 2018 im Seminar „IT-Security & Cyberattacken“ thematisieren. Gemeinsam mit Finanzexperten, Juristen und IT-Consultants sollen in einem offenen Diskurs für die Arztpraxis bestehende Lösungen erläutert, diskutiert und abgewogen werden.

Bei Interesse melden Sie sich bitte an unter <http://www.hartmannbund.de/detailansichten/seminartermine/seminar/it-security-cyberabsicherung-in-der-medizin/> oder unter [akademie@hartmannbund.de](mailto:akademie@hartmannbund.de)

## Hartmannbund-Stipendium für Medizinstudierende

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes schreibt auch in diesem Jahr ein Stipendium in Höhe von monatlich 250,00 € (für die Dauer eines Jahres) aus. Das Stipendium wird an zwei Medizinstudierende (m/w) vergeben. Der Bewerbungsschluss ist der 30. Juni 2018.

Die Bewerber sollten sich aktuell im Medizinstudium befinden und sehr gute Studienleistungen sowie ein aktuelles berufs- oder sozialpolitisches Engagement während des Studiums vorweisen. Die Verpflichtungen der Stipendiaten sind die Teilnahme an der Berufspolitischen Seminarreihe der Friedrich-Thieding-Stiftung sowie ein aktueller Bericht über ihr ehrenamtliches Engagement in den Publikationen des Hartmannbundes.

Für die Bewerbung reichen Sie bitte ein: Schriftlicher formloser Antrag (Motivationsschreiben), Kopien von Studienzeugnissen,

Bescheinigungen oder Empfehlungen, Nachweis über das sozial- oder berufspolitische Engagement, aktuelle Studienbescheinigung.

Ihre Bewerbung richten Sie an: Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, oder per E-Mail an [johanna.heinrichs@hartmannbund.de](mailto:johanna.heinrichs@hartmannbund.de).

Der Einsendeschluss ist der 30. Juni 2018.

Weitere Informationen zum Stipendium erhalten Sie im Referat Stiftungen und Seminare telefonisch unter 030 206 208-53.

Bei der Vergabe des Stipendiums wird die Friedrich-Thieding-Stiftung von der Bank Alpinum (Lichtenstein) unterstützt.

**Mehr Infos gibt es hier.**

Landesdelegiertenversammlung  
LV Sachsen, Sachsen-Anhalt und  
Thüringen am 14.04.2018:

## Arztnetze – Lösung vieler Probleme?

Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit und Vernetzungen im Gesundheitswesen ausgebaut und verstärkt werden müssen. Sind Arztnetze an dieser Stelle Taktgeber? Was können sie leisten, was hemmt die Entwicklung und welche Rolle spielen sie in der sektorenübergreifenden Versorgung? Die Referenten der Veranstaltung sind: Dr. med. Jürgen Flohr, Vorstandsvorsitzender Leipziger Gesundheitsnetz e. V., Dr. rer. pol. Gunnar Dittrich, Hauptabteilungsleiter KV Sachsen, Birgit Brand (angefragt), Bereichsleiterin Versorgungsentwicklung AOK Plus. Die Veranstaltung findet statt im Hotel NH Magdeburg, Olvenstedter Str. 2a, 39179 Barleben / Magdeburg in der Zeit von 9.30 bis ca. 13 Uhr. Interessierte Mitglieder sind herzlich eingeladen bitten melden Sie sich zur Veranstaltung über [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de) -Landesverbände oder direkt unter [petra.schroeter@hartmannbund.de](mailto:petra.schroeter@hartmannbund.de) zur Veranstaltung an.

Anzeige



SRH FERNHOCHSCHULE  
The Mobile University

STAATLICH  
ANERKANNTE  
HOCHSCHULE



### DAS MANAGEMENT-PLUS FÜR ÄRZTE

Qualifizieren Sie sich für die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen – berufsbegleitend. Das Studienangebot der SRH Fernhochschule – The Mobile University in Kooperation mit dem Hartmannbund eröffnet Ihnen hervorragende Karriereperspektiven.

**Hochschulzertifikate für Ärztinnen und Ärzte:**

- Operative Führung
- Strategische Führung
- Controlling

Die Zertifikatskurse sind auf den neuen Master-Studiengang „Executive MBA für Ärztinnen und Ärzte“ (ab 01.06.2018) anrechenbar.

**SRH Fernhochschule – The Mobile University**  
Telefon +49 (0) 7371 9315-0 | [info@mobile-university.de](mailto:info@mobile-university.de)




[WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG](http://WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG)



## Landesverbände Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein

# Ärzte müssen E-Health aktiv mitgestalten!

*Digitalisierung, E-Health und Telemedizin – das sind Schlagworte einer Entwicklung, die in aller Munde ist und der sich die diesjährige Klausurtagung der Landesverbände Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein vertieft widmete.*

Und ja, es ist eine Entwicklung, die sich nicht aufhalten lässt, stellte der Vorsitzende des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, Bernd Helmecke, in seinem Eingangsstatement klar. Sie müsse aber auch von der Ärzteschaft aktiv mitgestaltet werden, wenn sie ihre Potenziale in der Patientenversorgung für alle Seiten gewinnbringend entfalten soll. Bisher, so Helmecke, fehle eine durchgehende Systematik, was Insellösungen provoziere und App-Anbietern das Feld überlasse. Ziel müsse eine Infrastruktur sein, die alle Leistungserbringer einbezieht. Die Ärzteschaft, so sein Appell, müsse sich diesen Herausforderungen stellen, denn die Telemedizin biete Möglichkeiten, die genutzt werden müssten.

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann von der Uni Greifswald unterstützte diese Herangehensweise. Grundsätzlich sei ein sektorübergreifender Denkansatz nötig, die Telemedizin müsse in ein Gesamtversorgungskonzept eingebunden sein. Anhand von aktuellen Problemen in der pädiatrischen Versorgung einer dünn besiedelten Region zeigte er die Potenziale der neuen Techniken zur Kommunikation und medizinischen Versorgung auf. So könne über eine telemedizinische Triage – z.B. mittels eines bidirektionalen Videokonferenzsystems und unter Beteiligung von Pflegefachkräften – in entfernten Gebieten der Facharztstandard gewährleistet werden.

Dr. Franz Josef Bartmann (Foto), Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Telematik-Ausschusses bei der Bundesärztekammer, erläuterte die Stärken telemedizinischer Anwendungen. So könnten sie wesentlich dazu beitragen, Informationsverluste zwischen den Leistungserbringern zu vermeiden – wenn zugleich Informationsbrüche, die aus einem analogen Umgang mit digitalen Daten rühren, ebenfalls vermieden würden. Die elektronische Patientenakte sei in Verbindung mit einer entsprechenden Infrastruktur daher drin-

gend notwendig. Zugleich machte Bartmann aber klar, dass die neuen Kommunikationstechniken die Anamnese des jeweils behandelnden Arztes nicht ersetzen dürfe.

Der Vorsitzende des Landesverbandes Schleswig-Holstein, Dr. Mark F. Tobis, verwies darauf, dass die Telemedizin rechtssicher ausgestaltet sein müsse. So dürfe ein Arzt nur auf Basis der ihm zugänglich gemachten Daten haftbar gemacht werden können. Zugleich müsse er das Recht haben, einen Patienten ablehnen zu dürfen, falls er keinen Zugriff auf die für die Behandlung notwendigen Daten bekommt.

Bedenken wurden auch zu der Frage laut, wie in einem durch die Telemedizin geprägten Gebiet eine Notfallversorgung aufrechterhalten werden kann, die bislang auf die persönliche Präsenz des Arztes in einer Region setzt. Hier seien zumindest ebenso umfassende Denkansätze und Investitionen nötig. Entsprechend einig war sich das Plenum in der grundsätzlichen Bewertung der Zielrichtung: Telemedizinische Konzepte dürften nicht allein unter dem Kostensenkungsaspekt entwickelt werden, sondern sollten vorrangig der Verbesserung der Versorgung dienen.

Den Blick eines Kostenträgers auf die digitale Entwicklung erläuterte Henning Kutzbach, Landesgeschäftsführer der Barmer GEK in Mecklenburg-Vorpommern. Seine Kasse plädiere für eine gemeinsame Plattform, da die Zukunft ohnehin einer sektorenübergreifenden Versorgung gehören müsse. Die Telemedizin sieht Kutzbach dabei als einen Wegbereiter. Einig waren sich die Teilnehmer darin, dass die Zugriffsrechte der jeweiligen Leistungserbringer und Kostenträger innerhalb solch einer gemeinsamen Plattform rechtlich soweit geregelt sein müssten, dass der Einfluss der Kassen begrenzt wird.

Nicht zuletzt galt die Tagung der Vorbereitung der diesjährigen Delegiertenversammlung am 9. Juni in Kiel, die sich den Potenzialen der Digitalisierung für die medizinische Versorgung von morgen widmet. Dort wird unter anderem Prof. Dr. Christof von Kalle vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg über das Projekt „Data-ThereHouse“ berichten – ein Navigationssystem durch alle verfügbaren Diagnosedaten im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen, mit dem der Arzt künftig schneller und sicherer zu einer Therapieentscheidung gelangen kann. (stp)

## Messe Medizin in Stuttgart

### Hartmannbund präsentierte sich an eigenem Stand

Der Hartmannbund war auch in diesem Jahr auf der Messe Medizin in Stuttgart mit einem eigenen Stand vertreten. Vom 26. bis zum 28. Januar lud der Landesverband Baden-Württemberg zu vielen interessanten Aktionen ein. Dazu gehörte zum Beispiel in Kooperation mit der Firma Ambu ein Reanimationsrefresher mit Reanimationswettbewerb. Der zweite Messetag stand ganz im Zeichen von spannenden Vorträgen und Debatten: Am Vormittag begrüßte Klaus Rinkel, Vorsitzender des Hartmannbund-LV Baden-Württemberg, die Teilnehmer und referierte im Anschluss zum Thema Bewerbungsverfahren. Es folgte ein Vortrag der Universitätsärztin aus Ulm, Sarah Knödler, zum Thema Medizinstudium im Ausland. Am Nachmittag informierten verschiedene Referenten zum Thema „Start-ups – Taktgeber für neue Entwicklungen im Gesundheitswesen?“. Im Fokus standen dabei die Vernetzung

von Start-ups mit der Ärzteschaft. Hierfür wurden zwei Start-ups eingeladen, die den Teilnehmern ihre Produktideen präsentierten. In der anschließenden Debatte wurden unter anderem diskutiert, welche Chancen sich aus der digitalen Vernetzung für die Versorgung ergeben und wie Innovationen aus den Start-ups in die reale Versorgung gelangen könnten.



## AMBOSS-Verlosung im Hartmannbund-Haus

### Gewonnenes Wissen

Erinnern Sie sich noch an die gemeinsame Verlosungsaktion des Hartmannbundes mit dem ärztlichen Wissensprogramm AMBOSS?\* Zu gewinnen gab es exklusiv für Mitglieder des Hartmannbundes drei AMBOSS-Jahres-Zugänge inklusive eines iPads für die Nutzung der AMBOSS-App auf Station sowie jeweils zehnjährige Zugänge für Kollegen der drei Gewinner. Des Weiteren haben die 50 ersten Teilnehmer an der Aktion einen kostenlosen Drei-Monats-Zugang zu AMBOSS erhalten. Die drei glücklichen Hartmannbund-Mitglieder, die einen AMBOSS-Jahres-Zugang und ein iPad gewonnen haben, stehen inzwischen fest und freuen sich über die gelungene Aktion und weiteren spannenden Austausch ebenso, wie der Hartmannbund und AMBOSS. Der Hartmannbund sprach mit Gewinnerin Anna Berkefeld:

*Hartmannbund: Liebe Frau Berkefeld, Sie sind eine der Gewinnerinnen der Verlosungsaktion des Hartmannbundes und AMBOSS! Sie haben einen AMBOSS-Jahreszugang und ein iPad gewonnen, auf dem Sie diese Lizenz im Klinikalltag nutzen können. Wir*

*\*AMBOSS ist die Wissens-App für Ärzte, mit der sich leitliniengerechtes Fachwissen schnell und übersichtlich nachschlagen lässt. Die ärztlichen Inhalte inklusive Diagnostik- und Therapieempfehlungen, werden täglich von der ärztlichen Vollzeitredaktion aktualisiert und erweitert. Das Medizinprogramm hat sich bereits unter Kollegen bewährt und wird im klinischen Alltag vor allem zur Absicherung von Therapieentscheidungen, zum Auffrischen von fachgebietsangrenzendem Wissen oder zum Teilen von SOPs innerhalb einer Abteilung genutzt. Wenn auch Sie AMBOSS unabhängig noch kennenlernen möchten, können Sie das Programm hier kostenlos testen: [www.miamed.de/amboss/wissen-fuer-den-klinikalltag](http://www.miamed.de/amboss/wissen-fuer-den-klinikalltag)*

*freuen uns, dass sie heute Ihre Erfahrungen über den Einsatz von AMBOSS im Klinik-Alltag mit uns teilen. Wie haben Sie von der Aktion erfahren?*

**Dr. Berkefeld:** Ich bin seit dem Studium Hartmannbund Mitglied und lese regelmäßig die E-Mail Newsletter. Durch einen Kollegen hatte ich schon einmal von AMBOSS gehört und war sehr begeistert von dem Programm. Als ich die Aktion im Newsletter gesehen habe, habe ich sofort an der Verlosung teilgenommen. Ich konnte mein Glück kaum fassen einer der Gewinner zu sein und dann auch noch eines von den iPads gewonnen zu haben. Ich habe mich riesig darüber gefreut.

*Hartmannbund: Wie nutzen Sie AMBOSS im Klinikalltag?*

**Dr. Berkefeld:** Ich bin Assistenzärztin im vierten Ausbildungsjahr und in meiner Weiterbildung zur Fachärztin für Kardiologie. Aktuell habe ich meine Rotation auf der Intensivstation. Es ist eine interdisziplinär geführte Intensivstation, wo man täglich mich den verschiedensten Krankheitsbildern sowie multimorbiden Patienten konfrontiert wird. An einem Haus der Maximalversorgung hat man oft seltene Krankheitsbilder, von denen man nur aus dem Studium gehört hat. Um schnell etwas nachzuschlagen und Entscheidungen treffen zu können, ist AMBOSS einfach perfekt für den Klinikalltag.

*Hartmannbund: Beeinflusst die Nutzung von AMBOSS ihren Umgang mit medizinischer Information im Klinikalltag? Hat sich etwas geändert?*

**Dr. Berkefeld:** Auf jeden Fall. Da AMBOSS die aktuellen Leitlinien integriert, kann ich schnell und adäquat Patienten nach neus-

ten Empfehlungen behandeln. Gerade im Umgang mit seltenen Krankheitsbildern gibt mir AMBOSS das Gefühl immer auf dem neusten Stand zu sein und mein Wissen rasch und auf den Punkt zu erweitern, anstatt lange dicke Bücher wälzen zu müssen. So macht Weiterbildung richtig Spaß.

*Hartmannbund: Nutzen auch Ihre Kollegen AMBOSS?*

**Dr. Berkefeld:** Durch die Aktion habe ich zehn weitere AMBOSS Jahreszugänge gewonnen. Darüber habe ich mich besonders gefreut. Also vielen Dank auch dafür. Ich habe so die Gelegenheit auch mit meinen Kollegen das Wissen zu teilen. Durch die Kommentarfunktion in AMBOSS können wir uns sogar direkt mit Fragen zu einem Thema austauschen. Gerade wenn man im Schichtdienst arbeitet und man sich nur in der Übergabe sieht, ist es sehr hilfreich sein Wissen über ein Thema noch einmal gemeinsam zu reflektieren. Gemeinsam kann man dadurch auch vorhandene SOPs ergänzen und verbessern.

*Hartmannbund: Würden Sie AMBOSS auch anderen Kollegen empfehlen?*

**Dr. Berkefeld:** Absolut und 100 Prozent. Die Kooperation mit der Fachgesellschaft der DGIM ist toll und hält einen immer auf dem neusten Stand. Auch in Bereichen wie Sonographie, Medikamentendosierungen, Therapieempfehlungen und Dosierungsempfehlungen, wo sich ständig etwas verändert, hat man so immer die aktuellsten Informationen und kann die Patienten leitliniengerecht therapieren. Man merkt, dass Ärzte hinter



*Hartmannbund-Mitarbeiterin Sabine Eckhardt und AMBOSS-Mitarbeiterin Dr. med. Stefanie Hollunder bei der anonymisierten Ziehung der Gewinner*



*Dr. med. Anna Berkefeld, Ärztin in einem Haus der Maximalversorgung in München, beim Nachschlagen in AMBOSS während der Stationsarbeit*

AMBOSS stecken, die selbst in der Klinik gearbeitet haben und wissen, um was es nachts um drei Uhr geht, wenn man schnell eine Antwort auf eine Frage braucht. Ich finde AMBOSS ist sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung sowie danach immer ein wertvoller Begleiter.

*Hartmannbund: Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen und viel Erfolg für Ihre Weiterbildung! Wir hoffen, dass die AMBOSS-App weiterhin ein treuer Begleiter in Ihrer Kitteltasche sein wird und Sie bei der Versorgung Ihrer Patienten täglich unterstützt!*

## Die Option auf private Krankenversicherung Kostenfrei für Studierende im PJ und Assistenzärzte

*Wenn man krank ist – eine Behandlung nur vom Besten. Und unter optimalen Bedingungen. Das wünscht und will jeder. Nun, eine gute Grundversorgung wird in Deutschland durch die gesetzliche Krankenversicherung ohne Zweifel gewährleistet. Aber eine private Krankenversicherung hat Vorzüge.*

Die Entscheidung, sich privat zu versichern, muss gut überlegt sein. Sie ist oft eine Entscheidung für´s Leben. Grundsätzlich gilt, dass die Wahl zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) immer von den individuellen Bedürfnissen und den finanziellen Möglichkeiten abhängt. Demnach können sich Selbständige, Niedergelassene wie auch Freiberufler und Beamte privat versichern, und zwar unabhängig von ihrem Einkommen. Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2018 = 59.400 Euro) haben ebenfalls die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln.

Was sind die Vorteile? Der wohl wichtigste ist, dass der Versicherte in der PKV seine Leistungen individuell zusammenstellen kann. Die Leistungen in der PKV sind vertraglich garantiert. Wer in die PKV wechseln möchte zahlt einen individuellen Beitrag.

Dieser ist abhängig vom gewünschten Versicherungsschutz, vom Alter und dem Gesundheitszustand.

Um jungen Ärzten – vom PJ´ler bis Assistenzarzt – einen attraktiven Einstieg in die private Krankenversicherung zu ermöglichen, hat der Hartmannbund mit der AXA Krankenversicherung eine Kooperation geschlossen. Im Rahmen dieser Kooperation ist es möglich, sich den späteren Wechsel in die PKV zu sichern – mit dem Optionstarif VIAMED. Diese Option ist für Hartmannbund-Mitglieder bis zu drei Jahre beitragsfrei, da die Beiträge vom Verband übernommen werden. Danach kann die Option für nur 36 Euro\* im Jahr weitergeführt werden (\*bis zum 34. Lebensjahr). Dieser Vorteil kann ausschließlich von der Deutschen Ärzte Finanz angeboten werden.

Ist die Übernahme der Beiträge durch den Hartmannbund schon ein nicht zu

vernachlässigender finanzieller Vorteil, so liegt die Attraktivität des Optionstarifes vor allem darin, sich bei einem späteren Wechsel in die private Voll- /Zusatzversicherung keiner erneuten Gesundheitsprüfung unterziehen zu müssen. Also: Auch nach eingetretener Erkrankung oder einem Sportunfall gelten die Konditionen wie zur VIAMED-Vertragsunterzeichnung.

Und noch ein für den reiselustigen Mediziner interessanter Nutzen: „VIAMED“ ist nicht nur die attraktive Option in die private Krankenversicherung, sondern beinhaltet auch ab Vertragsabschluss einen kostenlosen Auslandsreisekrankenschutz für bis zu sechs Wochen bei privaten Reisen und bis zu drei Tertiale im Zuge des PJ.

Mehr Informationen unter [www.aerzte-finanz.de/viamed-hartmannbund](http://www.aerzte-finanz.de/viamed-hartmannbund)



# Deutsche Hospitality

## Deutsche Tradition – international erfolgreich



*Die Deutsche Hospitality versteht sich als dynamische Markenfamilie, die sich durch Attribute wie Leidenschaft, Perfektion, Caring, Tradition und Vision auszeichnet. Aktuell befinden sich drei Hotelmarken unter ihrem Schirm: Steigenberger Hotels and Resorts, Jaz in the City und IntercityHotel.*

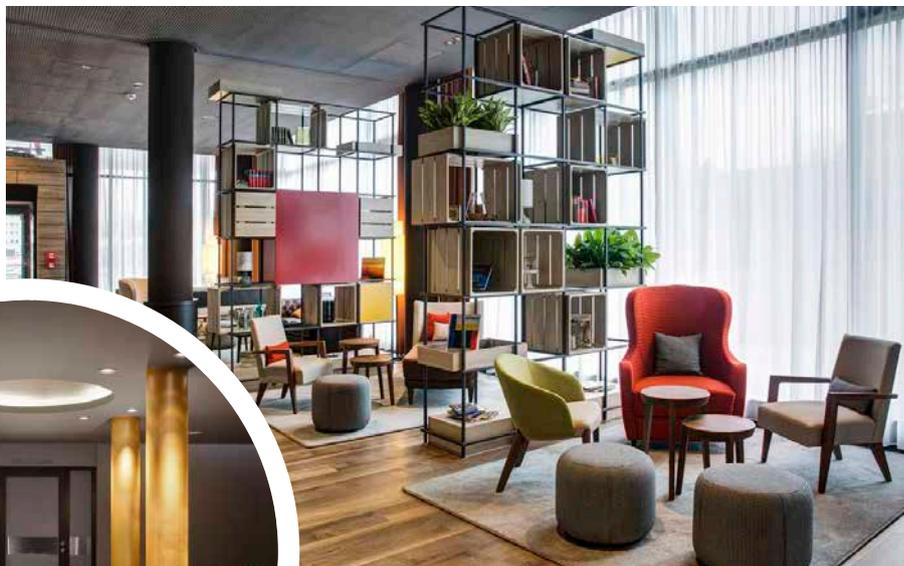
Gerne begrüßen wir Sie an einem der 104 Standorte in Deutschland oder im Ausland. Dabei haben Sie die Wahl zwischen der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Spanien, China, Belgien, Ägypten, Tunesien, der Türkei, Dubai oder dem Oman. Können Sie sich zwischen den Marken noch nicht so recht entscheiden? Vielleicht hilft Ihnen ja dieser kurze Einblick:

Die Hotels der Traditionsmarke Steigenberger stehen seit 88 Jahren für Luxus und Gastfreundschaft in Vollendung. Die 60 Hotels, von historischen Häusern bis hin zu lebendigen Stadtresidenzen oder Wellness-Oasen inmitten der Natur bieten Reisenden aus aller Welt ein Zuhause auf Zeit. Mit ihrem einmaligem Spa- und Verpflegungsprogramm passen sie sich genau den Erwartungen ihrer Zielgruppe an.

2015 eröffnete das erste Jaz in the City. Die hippe Marke zeichnet sich durch modernes Raumdesign, bekannten Live Acts sowie den neusten Trends aus der lokalen Food- und Drinks-Szene aus. An diesem Angebot erfreuen sich seit Anfang 2018 auch Hotelgäste im Jaz Stuttgart, dem ersten Hotel der Marke in Deutschland.

Die insgesamt 40 IntercityHotels entsprechen genau dem Anspruch der gehobenen Mittelklasse an moderne Stadthotels. IntercityHotels befinden sich nur wenige Gehminuten entfernt von Bahnhöfen oder Flughäfen. Zudem kann jeder Hotelgast mit dem kostenlosen FreeCityTicket den öffentlichen Nahverkehr nutzen.

Wurden Sie neugierig? In nur vier Schritten können Sie sich ein Zimmer im Hotel Ihrer Wahl sichern – und das zur Deutschen Hospitality Verbandsrate!



**Schritt 1:** Melden Sie sich einfach im Mitgliederbereich der Website des Hartmannbundes an und rufen Sie die Deutsche Hospitality Sonderpreise auf. Um auf die Buchungsmaske der Marke zu kommen, drücken Sie auf den Buchungscode.

**Schritt 2:** Wählen Sie Ihre Wunschdestination und Ihr Wunschdatum aus und ge-

ben Sie den „Promotioncode“ CINV55 ein.

**Schritt 3:** Entscheiden Sie sich für eines der Hotels an Ihrem Wunschstandort.

**Schritt 4:** Um Ihre Reservierung abzuschließen, vervollständigen Sie Ihre Gästedaten und schon sind Sie eingebucht.

*Wir freuen uns sehr über Ihren Besuch!*

# „Mein Wagen? Der läuft über die Firma.“

## Berufliche Fahrzeugnutzung in der Arztpraxis

„Mein Wagen? Der läuft über die Firma.“ – so oder ähnlich lautet die Antwort der meisten Unternehmer, die nach ihrem Fahrzeug gefragt werden. Was dabei stets mitschwingt, ist die unausgesprochene Aussage, dass es somit quasi nichts kostet, weil man es ja „von der Steuer absetzen“ kann. Und so fragen sich auch Ärzte immer wieder, ob es steuerlich nicht doch günstiger wäre, ihr auch beruflich genutztes Fahrzeug ins Praxisvermögen einzulegen. Doch ganz so einfach ist es nicht. Denn wie so oft lautet die Antwort des Steuerberaters: „Es kommt darauf an.“ Konkret sind die Nutzungsverhältnisse entscheidend. Unter Umständen kann es sogar sinnvoller sein, das Fahrzeug im Privatvermögen zu belassen und nur die betrieblichen Fahrten abzurechnen.

### Betriebliche Nutzung zwischen 10 Prozent und 50 Prozent

#### Fahrzeug im Privatvermögen

Ordnet ein Arzt sein privat erworbenes Fahrzeug nicht dem Praxisvermögen zu, weil die Nutzung durch die berufliche Tätigkeit nur bis zu 50 Prozent beträgt, können pauschal je 0,30 Euro für berufliche Zwecke gefahrene Kilometer steuerlich geltend gemacht werden. Einzige Ausnahme: Für Fahrten zwischen Wohnung und eigener Praxis darf nur die sogenannte Pendlerpauschale von 0,30 Euro je Kilometer für die einfache Entfernung angesetzt werden. Die tatsächlich gefahrenen Kilometer sind durch entsprechende Aufzeichnungen und Nachweise glaubhaft zu machen. Achtung: Bei vielen Fahrten fordert das Finanzamt gern auch einmal die letzten Werkstattrechnungen oder den Bericht über die letzte Hauptuntersuchung an, da auf diesen immer der Kilometerstand vermerkt wird. Hierdurch kann das Finanzamt dann prüfen, ob die angegebenen betrieblich gefahrenen Kilometer realistisch sind.

#### Fahrzeug im Betriebsvermögen

Fahrzeuge, die zumindest zu 10 Prozent beruflich genutzt werden, können auch dem Praxisvermögen zugeordnet werden (sogenanntes gewillkürtes Betriebsvermögen).

Fahrten zwischen Wohnung und Praxis zählen dabei anhand der tatsächlich gefahrenen Kilometer (nicht lediglich mit der einfachen Entfernung) zu den betrieblichen Fahrten, wodurch die 10 Prozent-Hürde etwas leichter überschritten werden sollte. Die Zuordnung zum Betriebsvermögen hat zwar den Nachteil, dass Wertsteigerungen des Fahrzeugs beim späteren Verkauf voll steuerpflichtig sind. Doch wer erwartet bei

einem Pkw heutzutage Wertsteigerungen? Im Gegenteil: Es läuft in den meisten Fällen auf einen Verlust hinaus und dieser kann dann natürlich auch steuermindernd geltend gemacht werden.

Die laufenden Kosten für Steuern, Versicherung, Kraftstoff und Reparaturen sind grundsätzlich als Betriebsausgaben abzugsfähig. Der Wertverzehr des Fahrzeugs wird über die sogenannte Absetzung für Abnutzung geltend gemacht. Bei einer beruflichen Nutzung von bis zu 50 Prozent gibt es aber noch eine wichtige Besonderheit. Denn die Kosten sind nicht in voller Höhe steuerlich abzugsfähig, sondern nur in Höhe der beruflichen Nutzung. Der Nutzungsanteil ist in der Regel durch Aufzeichnungen über einen repräsentativen Zeitraum sachgerecht zu schätzen. Bei den Fahrten zwischen Wohnung und Praxis darf jedoch auch wieder nur die Entfernungspauschale mit 0,30 Euro je Entfernungskilometer angesetzt werden.

### Betriebliche Nutzung mehr als 50 Prozent

Wenn das Fahrzeug zu mehr als 50 Prozent beruflich genutzt wird, gibt es kein Wahlrecht, sondern es handelt sich stets um notwendiges Betriebsvermögen. Der Vorteil: Es können grundsätzlich alle Kosten für das Fahrzeug steuerlich geltend gemacht werden. Jedoch muss auch hier ein Ausgleich für die Privatnutzung des Arztes und seiner Familie gegengerechnet werden. Diese Privatnutzung kann durch Fleißarbeit anhand eines ordnungsgemäß zu führenden Fahrtenbuches

ermittelt werden. In diesem Fall muss aber sehr penibel Buch geführt werden – nicht jedermanns Sache. Daher gibt es auch die Möglichkeit, die sogenannte 1-Prozent-Methode anzuwenden.

Bei dieser wird monatlich pauschal 1 Prozent vom Bruttolistenpreis des Fahrzeuges im Zeitpunkt der Erstzulassung als Privatnutzung angesetzt. Dazu kommt pro Monat und je Entfernungskilometer noch eine Privatentnahme von 0,03 Prozent des Listenpreises für die Fahrten von der heimischen Wohnung zur Praxis. Allerdings kann der Arzt dafür die Entfernungspauschale von 0,30 Euro je Entfernungskilometer abziehen – so wie jeder Arbeitnehmer auch.

Wird das Fahrzeug zu mehr als 50 Prozent betrieblich genutzt, ergibt sich insbesondere bei teureren Modellen oftmals der Fall, dass die zu versteuernde Privatnutzung die



tatsächlichen Fahrzeugkosten übersteigt. Hier kann jedoch Entwarnung gegeben werden. Die 1-Prozent- Methode kann nicht dazu führen, dass der Arzt draufzahlt (Kostendeckelung auf die tatsächlichen Kosten).

### Beispielrechnung

Ein Arzt nutzt ein für 10.000 Euro gebraucht erworbenes Dieselfahrzeug mit einem Bruttolistenpreis von 50.000 Euro auch für Fahrten zwischen seiner Wohnung und der Praxis (einfache Entfernung 5 Kilometer bei 200 Arbeitstagen). Dies entspricht 2.000 gefahrenen Kilometern (5 km x 2 x 200 Arbeitstage). Daneben kann er Dienstfahrten (Hausbesuche, Fortbildungen und Kongresse) von insgesamt 3.000 Kilometern glaubhaft machen. Insgesamt ergeben sich also 5.000 betrieblich gefahrene Kilometer. Privat fährt er tatsächlich weniger als 5.000 Kilometer. Insgesamt sind Kosten für den Betrieb des Fahrzeugs von 3.000 Euro entstanden (darin enthaltene Abschreibung von 1.250 Euro; der Rest entfällt auf Steuern, Versicherung und Kraftstoff).

Das Fahrzeug wird zu (etwas) mehr als 50 Prozent für betriebliche Fahrten (inklusive Fahrten zwischen Wohnung und Praxis) genutzt und gehört somit zwingend zum notwendigen Betriebsvermögen. Für die Privatnutzung sind pro Jahr 6.000 Euro anzusetzen (Bruttolistenpreis 50.000 Euro x 1 Prozent x 12 Monate). Die nicht abzugsfähigen Betriebsausgaben für Fahrten zwischen Wohnung und Praxis belaufen sich auf 600 Euro und sind hinzuzurechnen. (Bruttolistenpreis 50.000 Euro x 0,03 % x 5 km x 12 Monate = 900 Euro abzüglich Entfernungspauschale 5 km x 0,30 Euro x 200 Arbeitstage = 300 Euro)

In diesem Fall greift die Kostendeckelung, da lediglich Kosten von 3.000 Euro entstanden sind und der Korrekturbetrag nach der 1-Prozent-Methode in Höhe von 6.000 Euro diese Kosten übersteigt. Das Fahrzeug wirkt

sich steuerlich somit lediglich in Höhe der Entfernungspauschale von 300 Euro aus.

**Alternative:** Die tatsächliche Nutzung des Fahrzeugs beläuft sich auf ein Verhältnis von exakt 50:50, nur weil es der Arzt schafft, auch privat mindestens 5.000 Kilometer zu fahren. In diesem Fall läge keine mehr als 50-prozentige betriebliche Nutzung und damit kein notwendiges Betriebsvermögen, sondern allenfalls gewillkürtes Betriebsvermögen vor. Nun ist also wieder der geschätzte Kostensatz mit der pauschalen Kilometerpauschale zu vergleichen:

Da der individuelle Kostensatz des Fahrzeugs bei 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer liegt (3.000 Euro Kosten / 10.000 Kilometer), macht es keinen Sinn, das Fahrzeug dem Betriebsvermögen zuzuordnen. Denn die Dienstfahrten könnten dann lediglich mit einem Betrag von 450 Euro geltend gemacht werden (50 Prozent von 3.000 Kilometern mit dem individuellen Kostensatz 0,30 Euro). Für die Fahrten zwischen Wohnung und Praxis ist die Entfernungspauschale von 300 Euro abzugsfähig. Insgesamt können somit nur Kosten von 750 Euro geltend gemacht werden.

Ohne Zuordnung zum Betriebsvermögen wären es hingegen immerhin 1.200 Euro (3.000 Kilometer mit der Kilometerpauschale von 0,30 Euro zzgl. Entfernungspauschale 300 von Euro). Im Vergleich zum notwendigen Betriebsvermögen ergibt sich somit ein Vorteil von mindestens 450 Euro bei Zuordnung zum Betriebsvermögen und sogar von 900 Euro bei Zuordnung zum Privatvermögen.

### Vergleich Privat- oder Betriebsvermögen

Ein Vergleich der einzelnen Möglichkeiten zeigt: Ein Fahrzeug, das zu über 50 Prozent betrieblich genutzt wird, wirkt sich im Zweifel steuerlich nur in Höhe der Entfernungspauschale aus, während für ein Fahrzeug, das lediglich sporadisch genutzt wird (auch unterhalb 10 Prozent) – neben der Entfernungspauschale zusätzlich – pauschal 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer gel-



Autor:

Thomas Alexander Früh (Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

Kontakt:

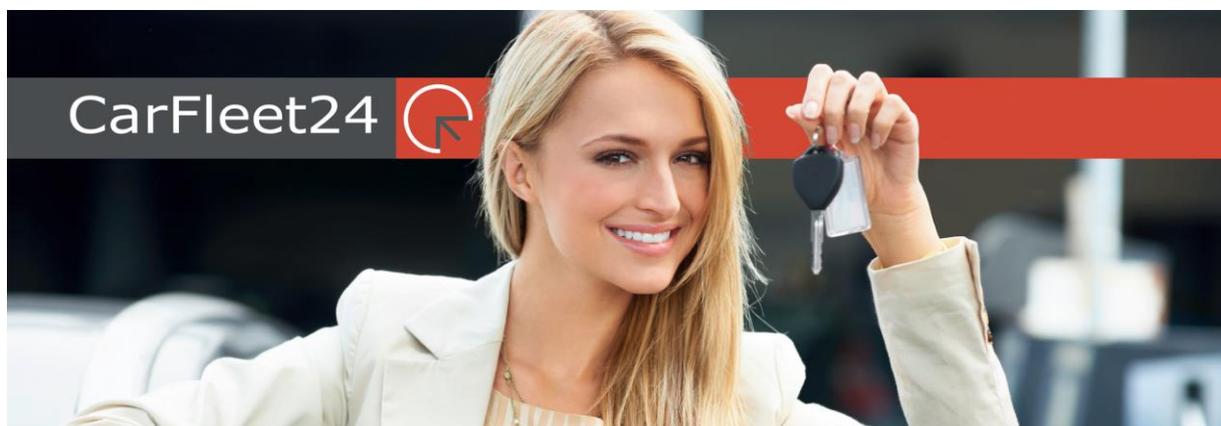
ETL ADVIMED Metzingen  
advimed-metzingen@etl.de  
www.etl.de/advimed-metzingen/  
Tel: 07123/9298-33

**ETL | ADVISION**

Steuerberatung im Gesundheitswesen

tend gemacht werden können. Im letzteren Fall muss bei einem eventuell späteren Verkauf aus dem Privatvermögen heraus auch grundsätzlich kein Veräußerungsgewinn besteuert werden. Natürlich kommt es immer auf den Einzelfall an. Auch wenn es sich um ein teureres (Neu)Fahrzeug handelt, kann die Zuordnung zum Betriebsvermögen Sinn machen. Daher sollte die Vorteilhaftigkeit immer im Detail geprüft werden.

**Hinweis:** Die steuerliche Abzugsfähigkeit der Fahrzeugkosten hat dort seine Grenze, wo die Kosten als unangemessen einzustufen sind. So urteilte jedenfalls der Bundesfinanzhof (BFH) hinsichtlich eines Ferraris im Praxisvermögen eines Kleintierarztes. Der BFH kappte kurzerhand die entstandenen Kosten auf zwei Euro je gefahrenen Kilometer. Der darüber hinausgehende Kostenanteil wurde nicht anerkannt.



## CarFleet24 – findet den richtigen Neuwagen für Sie

Wer kennt das nicht: Lange Zeit ist man mit seinem Kleinwagen oder Kompakten zufrieden und plötzlich ändern sich einige Faktoren und man benötigt ein größeres Auto mit mehr Platz oder einer gewissen Geländegängigkeit. Je nach Familiengröße oder Alltagsbedürfnis kommt ein anderes Auto in Frage. Außerdem spielt die Größe des Geldbeutels und das Budget eine zentrale Rolle bei der Auswahl des Neuwagens.

Bei CarFleet24 finden Sie eine große Auswahl aller Marken und Modelle!

Der freundliche Kundenservice berät Sie gerne – vollkommen unverbindlich und kostenfrei!

CarFleet24 bringt Licht in den Dschungel aus Motorvarianten, Verbrauch, Ausstattungsdetails, Angeboten zu Finanzierung, Leasing oder Barkauf und vielen weiteren Details.

Das CarFleet24-Team freut sich schon jetzt auf Ihre Anfrage!

### Kontakt

CarFleet24

[www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de)

**Passwort: hartmannbund**

Fon: 01805 – 717107\*

Fax: 01805 – 717108\*

E-Mail: [kundenbetreuung@carfleet24.de](mailto:kundenbetreuung@carfleet24.de)

\* [0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]

Alternative zur Wartezeit

# Medizinstudium im Ausland ohne NC ab Herbst 2018



**MEDISTART**

Medizin-Studienplätze ohne NC & Wartezeit

[www.medistart.de](http://www.medistart.de)

*Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 19.12.2017 (Az.: 1 BvL 3/14) im Wesentlichen den NC und die rd. achtjährige Wartezeit auf einen Medizinstudienplatz bestätigt. Auch zusätzliche Studienplätze wird es wohl nicht geben. Über 40.000 Abiturienten bewerben sich jedoch jedes Jahr für Medizin bei Hochschulstart.*

Eine bewährte Alternative zur jahrelangen Wartezeit ist das Studium im EU-Ausland. MediStart ist eine der erfolgreichsten Agenturen zur Studienplatzvermittlung und hat bereits jetzt zahlreiche Studienplatzzulassungen für Herbst 2018 erreicht. „Die MediStart-Studienberater empfehlen, jetzt die Bewerbung zu beginnen. Denn viele notenunabhängige Aufnahmetests finden in den nächsten Wochen statt.“, berichtet MediStart-Studienplatzberaterin Ann-Katrin Nadrau.

In diesem Jahr ist die Universität in Nikosia ein besonders begehrter Universitätsstandort. Denn: Durch das Early-Bird-Verfahren sind Zulassungen in Nikosia bereits vor Erhalt des Abiturzeugnisses möglich. „Dann fehlt nur noch das Abitur. Und das kann ganz ohne Stress geschrieben werden, denn auf die Abiturnote kommt es ja nicht an. Auch in diesem Jahr rechnen wir wieder mit einer sehr hohen Erfolgsquote. So haben im letzten Jahr beispielsweise 100% der MediStart-Bewerber in Nikosia und Breslau einen Studienplatz erhalten.“, sagt Ann-Katrin Nadrau.

MediStart versteht seine Aufgabe nicht nur in der Betreuung der Bewerbungsverfahren. Als freiwillige Zusatzleistung stehen MediStart-Mitarbeiter vor Ort den Studenten auch während der gesamten Studiedauer mit Rat und Tat zu Seite. So helfen Sie nach der Ankunft am Studienort bei der Wohnungssuche und bei Behördengängen. Ebenfalls werden die MediStart-Studenten vernetzt, so dass der Studienstart reibungslos gelingt.

Auch MediStart-Kundin Christina W. konnte schon frühzeitig ihre Kommilitonen kennenlernen:

„MediStart hat mich erfolgreich ins englischsprachige Privatstudium in Nikosia vermittelt. Ich habe nicht nur einen Studienplatz

im Ausland erhalten, sondern durch MediStart schon vor dem Studienbeginn meine zukünftigen Kommilitonen kennengelernt.“

Um den Bewerbern optimale Bedingungen zu bieten, organisiert MediStart Vorbereitungskurse und Tests an unterschiedlichen Standorten in Deutschland

und Österreich. So bleibt dem Bewerber oft eine lange Anreise zum Vorbereitungskurs erspart.

Wichtig ist auch bei den übrigen Universitäten die möglichst frühe Anmeldung, denn die meisten Bewerbungsverfahren laufen bereits. Ein Bewerbungsbeginn ist auch vor den Abiturprüfungen möglich. Dies gilt unter anderem auch für das englischsprachige Medizinstudium an der Universität Rijeka in Kroatien, wunderschön gelegen an der Adriaküste südlich von Triest und Venedig – ein Studienort, an dem andere Urlaub machen.

**KONTAKT**

**MEDISTART**  
Medizin-Studienplatzberatung & Auslandsagentur  
für Medizin, Zahnmedizin und Tiermedizin

Neuer Wall 50 (Eingang Bleichenbrücke)  
D-20354 Hamburg, Deutschland

Telefon +49 (0)40 413 436 60  
Telefax + 49(0)40 413 436 61

eMail: [info@medistart.de](mailto:info@medistart.de)  
Internet: [www.medistart.de](http://www.medistart.de)

# Ansprechpartner für Mitglieder

Der Hartmannbund steht Ihnen mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung. Haben Sie Fragen? Dann können Sie sich direkt an Ihren Gesprächspartner wenden. Unten stehend finden Sie die Kontaktdaten. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de). Schauen Sie doch mal vorbei.



© burak cakmak - fotolia.com

## Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

## Ärztliche Weiterbildung

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

## Ausbildung/Medizinstudium

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

## Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Christina Thelen/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

## Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

## GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Thelen

Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

## Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-63

## Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

## Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-56

## Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

# Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

*Akademische Lehrpraxis der Universität Düsseldorf sucht zum nächstmöglichen Eintrittszeitpunkt in Krefeld einen*  
**Facharzt/in für Allgemeinmedizin mit**  
*Interesse an Naturheilverfahren/  
 Palliativmedizin*  
**oder WBA/-in für Allgemeinmedizin**

#### Wir bieten Ihnen:

- 24 Monate Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin
- 6 Monate für Naturheilverfahren
- 6 Monate für Palliativmedizin
- sehr gutes Arbeitsklima, geregelte Arbeitszeiten, keine Überstunden oder Wochenend- bzw.-Nachtdienste

#### Bei Interesse:

Übernahmemöglichkeit der Praxis oder Praxisanteilen

#### Wir sind:

- eine große allgemeinmedizinische Praxis mit Schwerpunkt Naturheilverfahren und Palliativmedizin
- ein Team aus
  - 3 Ärzten/-innen
  - 6 MFA und 2 Azubis
  - 4 Teilzeitkräften

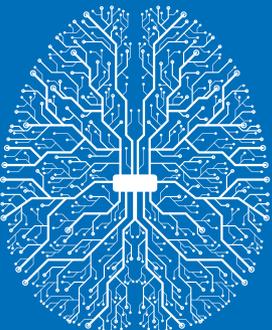
Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, bewerben Sie sich bitte online unter [woestmann-dr.Ulrich@t-online.de](mailto:woestmann-dr.Ulrich@t-online.de).

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: [andrea.reich@hartmannbund.de](mailto:andrea.reich@hartmannbund.de).

\*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

Anzeige

**ETL** | Gesundheitswesen

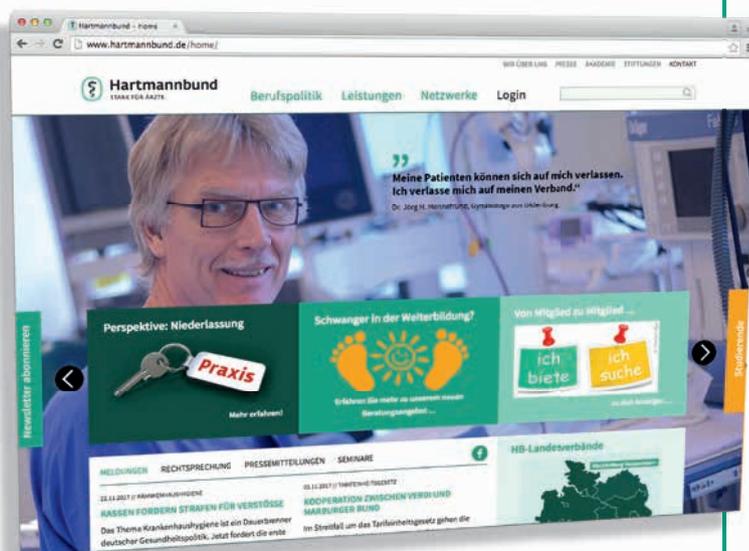


## Das Wissenspaket für Ihren Praxiserfolg

Fachseminar:  
Sicher durch die digitale Betriebsprüfung

➔ Mehr Infos: [www.digitaleoffensive2018.de](http://www.digitaleoffensive2018.de)

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?  
[www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)



**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.  
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin  
Tel. 030 206208-0, Fax 030 206208-29  
www.hartmannbund.de  
E-Mail: hb-info@hartmannbund.de

**Redaktion:**

Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)

**Redaktionsausschuss:**

Dr. Michael Vogt, Dr. Rudolf G. Fitzner,  
Dr. Thomas Lipp

**Pressereferat Hartmannbund**

Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin  
Tel. 030 206208-11, Fax 030 206208-14  
E-Mail: presse@hartmannbund.de

**Verlag:**

Köllen Druck+Verlag GmbH  
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn  
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14,  
53117 Bonn  
Tel. 0228 98982-85, Fax 0228 98982-99  
E-Mail: c.bellert@koellen.de

**Anzeigenverwaltung:** Christa Bellert

**Satz und Lithos:**

Köllen Druck+Verlag GmbH  
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14  
53117 Bonn

**Druck und Vertrieb:**

Köllen Druck+Verlag GmbH  
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14  
53117 Bonn

Mitteilungsblatt des Hartmannbundes –  
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

**Erscheinungsort:**

Bonn – 4 Ausgaben jährlich  
Einzelheft 3,50 Euro  
Jahresabonnement 12 Euro,  
incl. 7 % MwSt., zzgl. Versandkosten  
ISSN: 0944-7369

Für Mitglieder des Hartmannbundes  
ist der Bezugspreis durch die Mitglied-  
schaft abgegolten. Nachdruck, Kopien,  
Aufnahme in elektronische Medien  
(auch auszugsweise) nur mit schriftlicher  
Genehmigung der Redaktion. Für unver-  
langt eingesandte Manuskripte, Fotos  
etc. keine Gewähr.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge  
geben nicht unbedingt die Meinung der  
Redaktion wieder.

Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf  
einer Kooperation des Hartmannbundes.  
Nachfragen dazu kann deshalb nur der  
Anbieter selbst beantworten.

**Bildnachweise:** Soweit nicht anders  
gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken  
von 123rf.com

**Titelfoto:** © 123rf.de: Romolo Tavani

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## NACHRUF

Der Hartmannbund trauert  
um die geschätzte Kollegin

### Dr. med. Waltraud Diekhaus

die am 4. Februar 2018 im Alter von 76 Jahren  
nach schwerer Krankheit verstorben ist.

Die berufspolitisch hoch engagierte Allgemeinärztin aus Dortmund war seit 1993 Mitglied im Hartmannbund und war von 2005 bis zu Ihrem Tode mit großer Einsatzbereitschaft und Begeisterung zum Beispiel als stellvertretende Vorsitzende der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, als Vorsitzende des Ehrenrates des Hartmannbundes, als Mitglied im Ausschuss Medizin und Altersfragen und auch als Mitglied des Gesamtvorstandes ehrenamtlich tätig. Frau Dr. Diekhaus wurde nicht nur als Ärztin, sondern auch als ärztliche Berufspolitikerin über die Verbandsgrenzen hinaus außerordentlich geschätzt. Ihre Arbeit als Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes sowie ihr Engagement in der Ärztekammer Westfalen-Lippe und im Vorstand der „European Women´s Lobby“ stehen exemplarisch für Aufgaben, die Frau Dr. Diekhaus mit großem Herzblut wahrgenommen hat. Mit dem Thema Gender Mainstreaming war sie Vorreiterin und Vorbild für viele Kolleginnen, die sich heute für die geschlechter-spezifische Betrachtung in der Medizin einsetzen.

Für den Hartmannbund war es eine Ehre, die Trägerin des Bundes-verdienstkreuzes erster Klasse als Mitstreiterin in seinen Reihen zu wissen. Wir werden Waltraud Diekhaus stets in dankbarer Erinnerung behalten.



Mehr aktuelle Informationen  
auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)

”



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Ärzte helfen Ärzten“



© sudok1 - fotolia.com

**Jede Spende hilft!**

**Kollegiale Hilfe in Notsituationen**

Wir helfen:

- Kindern in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzte in besonders schweren Lebenslagen

Wir bieten:

- Kollegiale Solidarität
- Finanzielle Unterstützung für Schul- und Studiausbildung
- Förderung berufsrelevanter Fortbildungen
- Schnelle und unbürokratische Hilfe



**Online-Spende unter**

[www.aerzte-helfen-aerzten.de](http://www.aerzte-helfen-aerzten.de)

**Spendenkonto der Stiftung:**

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf

IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42

BIC DAAEDEDXXX

# Kann ich meiner Rente auch einen früheren Termin geben?

Antworten auf Ihre Fragen.  
Das apoPur-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren:  
[apobank.de/meine-rente](http://apobank.de/meine-rente)

Weil uns mehr verbindet.



Dr. Jan Wolff  
Mitglied der apoBank

