

02/2017

 Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin



**Wer versorgt uns morgen?**

Schlaglichter auf (neue) Strukturen und Akteure





## „Unser Netzwerk gibt es auch ohne Strom“

**Die aktuell 73 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 und Heidelberg. Wir freuen uns auch über mehrere Studierende pro Standort.

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



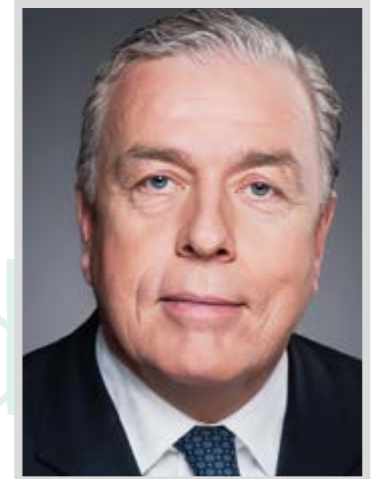
**Braucht ihr mehr Infos oder Hilfe?**  
Die Univertreter des Hartmannbundes findet ihr auf [www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de](http://www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de)



**Hartmannbund**  
STARK FÜR ÄRZTE.

Editorial

# Editorial



**Dr. Klaus Reinhardt**  
Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen*

mit so spannenden berufspolitischen Themen wie zurzeit waren wir wohl lange nicht konfrontiert. Es gilt jede Menge wegweisende Antworten auf drängende Fragen zu geben. Wer gewährleistet künftig die medizinische Versorgung in einem immer „älter“ werdenden Deutschland – in den Zentren oder in der Fläche? Welche Akteure des Gesundheitswesens werden dabei möglicherweise an Bedeutung gewinnen und wer wird sich vielleicht in einer neuen Rolle wiederfinden? Und in welchen Strukturen wird die Versorgung von morgen stattfinden? Gelingt endlich die seit Jahrzehnten beschworene Überwindung der sogenannten Sektorengrenzen, ohne sich dabei in Verteilungskämpfen zu verlieren? Dass bei künftigen Versorgungsmodellen die Digitalisierung des Gesundheitswesens eine entscheidende Rolle spielt, das ist unbestritten. Aber geht das, ohne dass sich Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bisheriger und neuer Berufsbilder verändern? Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wir als Ärztinnen und Ärzte tun gut daran, uns diesen Fragen aktiv zu stellen. Nur dann können wir sie nach unseren Vorstellungen mit beantworten und eigene Lösungen liefern. Die Augen davor zu verschließen, dass sich unsere Berufswelt, unsere Rolle in der Versorgung in einem massiven Umbruch befindet, wäre aus unserer Sicht in hohem Maße fahrlässig.

Die deutsche Ärzteschaft hat dies im Grundsatz erkannt. Das war auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg mit Händen zu greifen. Ein klares Bekenntnis zu den Chancen der Digitalisierung, demonstrative Offenheit für den Physician Assistant oder etwa zur Rolle neuer Berufsbilder in der hausärztlichen Versorgung – Stichwort Kompetenzteam – markieren mit Blick auf bisherige Positionen der deutschen Ärzteschaft geradezu einen Paradigmenwechsel. Dies gilt auch für die grundsätzliche Bereitschaft der Lockerung des Fernbehandlungsverbotes nach baden-württembergischem Vorbild. Das ist sehr zu begrüßen. In diesem Sinne geht für mich von Freiburg ein Aufbruchssignal aus, dass die Ärzteschaft dringend gebraucht hat und das ihr gut tun wird.

Dass das Gesundheitswesen mit Blick auf all die oben gestellten Fragen und Themen – bisher zum Teil auch ohne unser Zutun – schon längst in Bewegung geraten ist, darauf wirft die Titelgeschichte dieses Magazins einige exemplarische Schlaglichter. Und das ist, davon bin ich überzeugt, nur der Anfang. Es wäre ein Fehler, dies als Bedrohung zu empfinden. Es ist am Ende die Chance, deutlich zu machen, dass es ohne Ärzte nicht geht. Dies festzustellen ist keine Überheblichkeit, sondern nach meiner festen Überzeugung eine einfache Tatsache. Entscheidend ist, dass wir dieses Pfund beim Wandel in die Waagschale werfen. Dies wird uns nur dann gelingen, wenn wir ihn aktiv und selbstbewusst mitgestalten.

*Klaus Reinhardt*



»SCHON GEHÖRT?  
BIS ZU 6 MONATE  
BEITRAGSFREI!«



### Berufsunfähigkeitsschutz mit FamilyPlus.

Der einzige, exklusiv für Ärzte, der in der Elternzeit keinen Beitrag kostet.

Egal, wann es bei Ihnen so weit ist. Freuen Sie sich auf eine unbeschwerte Zeit mit Ihrem Baby. Dank FamilyPlus genießen Sie in der Elternzeit mehr finanzielle Freiheit. Wir übernehmen den Beitrag für Ihren Berufsunfähigkeitsschutz in dieser wichtigen Lebensphase für bis zu 6 Monate.

Jetzt beraten lassen: 0221 148-22700

[www.aerzteversicherung.de/schon-gehoert](http://www.aerzteversicherung.de/schon-gehoert)

# Inhalt

## Versorgung im Wandel

Die Titelgeschichte dieses Heftes beschäftigt sich mit der Frage „Wer versorgt uns morgen?“ Sicherlich werden auch weiterhin die Ärzte an der Spitze der Versorgung stehen, doch in welchen Strukturen werden sie künftig arbeiten? Wird sich die sektorenübergreifende Versorgung durchsetzen? Wird es im Zuge der immer stärker werdenden Digitalisierung neue Rollenverteilungen geben? Wie sind die Ambitionen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu bewerten? Wir werfen einige Schlaglichter auf aktuelle Lösungsmodelle und Akteure.



## 11

### Gastbeitrag

Manfred Lucha  
zur Zukunft der Versorgung  
in Baden-Württemberg



## 14 Interview

Mit dem BÄK-Präsidenten  
Frank Ulrich Montgomery

## 16 E-Health-Umfrage

Gemeinsame Umfrage  
von Hartmannbund und  
Digitalverband Bitkom



## 18

### 120. Deutscher Ärztetag

Zwei große Projekte  
nähern sich ihrem Finale:  
GOÄ und MWBO

## 20 Niedergelassene Ärzte

Ein Rückblick auf fünf Jahre  
ärztlicher Bereitschaftsdienst  
unter der Nummer „116117“

**116117**  
DIE NUMMER, DIE HILFT!  
BUNDESWEIT.

Der ärztliche  
Bereitschaftsdienst  
der Kassenärztlichen  
Vereinigungen

## 22

### Angestellte Ärzte

Neuregelung des  
Mutterschutzrechts

## Assistenzärzte 24

Ärztlicher Direktor stellt sich Fragen  
zu Arbeitsbedingungen



## 26

### Medizinstudierende

Wie geht es weiter mit dem  
„Masterplan Medizinstudium 2020“?

## HB-Intern 28

Die Landesverbände  
haben gewählt

## 32

### Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38



Das Gesundheitssystem im Umbruch – und die Ärzte mittendrin

# Kurs auf neue Versorgungsstrukturen und Rollenverteilungen

*Wer versorgt uns morgen? Sicherlich werden auch weiterhin die Ärzte an der Spitze der Versorgung stehen, doch in welchen Strukturen werden sie künftig arbeiten? Wird sich die sektorenübergreifende Versorgung durchsetzen? Wird es im Zuge der immer stärker werdenden Digitalisierung neue Rollenverteilungen geben? Wie sind die Ambitionen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu bewerten? Wir werfen in unserem Titelthema einige Schlaglichter auf aktuelle Lösungsmodelle und Akteure.*

Einen Kurswechsel, darauf legt der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, im Interview mit diesem Magazin ausdrücklich Wert, bedeuteten die Grundsatzbeschlüsse des jüngsten Deutschen Ärztetages keineswegs, sondern lediglich die konsequente Fortsetzung eines lange beschrittenen Weges. Wie dem auch sei: Derartig klare Bekenntnisse wie auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg gab es zu von der deutschen Ärzteschaft bislang eher defensiv gehandelten Themen wie Digitalisierung oder Physician Assistant, zur Öffnung für andere Gesundheitsberufe oder zum Fernbehandlungsverbot noch nie!

Man ist also – nach einem etwas längeren und in Teilen beschwerlichen Weg – offenbar endlich mitten angekommen im Leben. Denn die Gesundheitsversorgung in Deutschland befindet sich unübersehbar schon längst in einem massiven Umbruch. Interprofessionalität etwa im Bereich der Delegation, sektorenübergreifende Interdisziplinarität, telemedizinische Anwendungen und immer neue Dimensionen der Möglichkeiten digitaler Diagnose- und Therapieverfahren haben ein bislang unbekanntes Maß an Dynamik in die Versorgungslandschaft und das Gesundheitssystem gebracht. Dazu gehören auch immer neue „Leuchttürme“, die innovative Möglichkeiten sektorübergreifender Zusammenarbeit zwischen ambulanten und klinischen Strukturen offenbaren. An dieser Stelle sei beispielhaft das Modellprojekt IGIB-StimMT in Brandenburg erwähnt, wo die Beteiligten mit einem sektorübergreifenden Konzept „absolutes Neuland“ betreten (s. Seite 9).

Die Ärzteschaft findet sich mittendrin in diesem Wandlungsprozess und damit auch konfrontiert mit der Frage, welche Rolle die Ärzte künftig in der Versorgung spielen und in welchen Strukturen sie arbeiten werden (und wollen). Dass man jetzt stärker als bisher mitmischen und sich den Entwicklungen aktiv stellen will, ist alternativlos und wird die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten erhöhen. Denn die Beantwortung der Frage „Wer versorgt uns morgen und in welchen Strukturen?“ ist die zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik der kommenden Jahre.

## Druck auf dem Kessel ist enorm

Dass momentan „enormer Druck auf dem Kessel ist“, wie sich kürzlich im kleinen Kreise ein führender Vertreter der deutschen Ärzteschaft recht passend ausdrückte, hat ganz unterschiedliche Ursachen. Das Gesundheitssystem hat über Jahrzehnte hervorragend und weitestgehend „geräuschlos“ funktioniert. Die Versorgung war auf hohem Niveau gewährleistet, die Rolle der Ärzte im Gesundheitssystem unangefochten, ihre Zahl groß und Innovationsdruck gab es im Wesentlichen lediglich mit Blick auf den medizinischen Fortschritt, weniger hinsichtlich der Frage, ob die Mechanismen des Gesundheitssystems an sich den gesellschaftlichen Entwicklungen angemessen standhalten. Doch die Zeiten sind lange vorbei. Eine demographische Entwicklung

mit einer immer älter werdenden Bevölkerung und gewachsenem Pflegebedarf, der Trend zur Urbanisierung mit ihrer Herausforderung der Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung, andere Lebensentwürfe einer neuen Generation mit gewachsenen Ansprüchen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und flexible Arbeitszeitmodelle oder etwa staatliche Eingriffe in das Honorarsystem der kassenärztlichen Versorgung mit Horst Seehofers Einführung der sogenannten Budgetierung stehen exemplarisch für den Ausgangspunkt des sich nun im vollen Gange befindlichen Umbruchs in der Versorgungslandschaft.

## Sektorengrenzen überwinden

Dass die von Vielen nunmehr als geradezu revolutionär empfundene Dynamik dieses Wandels so groß ist, liegt vor allem aber auch daran, dass die Reaktionszeit in einem – jedenfalls in Teilen noch immer freiheitlich und in Selbstverwaltung organisierten – System als eher zögerlich bezeichnet werden muss. Zwar haben Maßnahmen wie die deutliche Flexibilisierung der Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung (z.B. durch das Vertragsarztrechtänderungsgesetz) das System in Bewegung gebracht, noch immer hapert es allerdings zum Beispiel an einer auch nur ansatzweise funktionierenden Verzahnung der seit Jahren vielbeschworenen sektorenübergreifenden Behandlungspfade. Intelligente Insellösungen wie das genannte IGIB-StimMT-Projekt, aber auch in anderen Regionen Deutschlands, machen immer wieder Mut, zukunftsweisende flächendeckende Lösungen scheitern allerdings häufig an der „Hauptkrankheit“ des Gesundheitssystems – an Verteilungskämpfen. Exemplarisch hierfür steht der noch immer nicht ausgestandene Streit über eine sinnvolle Regelung der Notfallversorgung. Hier liefern sich das KV-System und die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit Monaten einen aufreibenden Streit über die Verteilung von Geld und über die Leistungsfähigkeit des jeweils anderen Sektors. Ein Ende ist derzeit nicht abzusehen, auch wenn die Bundesärztekammer sich als Vermittler angeboten hat. Es bleibt festzuhalten: Problem ungelöst. Ist nicht bald erkennbar, dass sich die Partner der Selbstver-

waltung hier entscheidend bewegen, dürfte der Gesetzgeber sich berufen fühlen, seinerseits die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Dabei gibt es bereits diverse, teilweise aus der Not heraus geborene Beispiele dafür, wie es funktionieren kann – wenn auch zunächst vor allem, wenn einer ohne den anderen nicht mehr kann und Pragmatismus die Oberhand gewinnt. Hier liegt neben der Digitalisierung wahrscheinlich das größte Potential des Systems begraben. Beide „Seiten“ müssen es als Chance begreifen – gerade im ländlichen Raum – nicht nur Versorgung zu gewährleisten, sondern auch die eigenen Arbeitsmöglichkeiten zu erhalten. Es gibt also keinen Grund, hier auf den Gesetzgeber zu „warten“.

## Vom Ärztemangel zu neuen Berufsfeldern

An anderer Stelle ist er in diesem Sinne bereits längst aktiv geworden. Der vor allem von ärztlicher Seite immer wieder und seit langer Zeit beschworene Ärztemangel und die damit einhergehende Sorge um die Aufrechterhaltung der Versorgung in der Fläche hat politischen Raum geschaffen für die Forcierung neuer (zunächst arztunterstützender) Gesundheitsberufe. So gibt es zwar immer wieder neue Rekordwerte, was die Zahl der in Deutschland arbeitenden Ärzte anbetrifft (zuletzt 387.000), und die „Süddeutsche Zeitung“ titelt „Ärztereublik Deutschland“, gleichzeitig warnt aber Bundesärztekammerpräsident Montgomery davor, dass sich die „Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten weiter öffnet“. Der Ruf nach mehr Medizin-Studienplätzen liegt da zwar nahe, noch näher, da greifbarer, unter Umständen kostengünstiger und zeitlich eher realisierbar scheint da (nicht nur) manchem politischen Akteur allerdings die Etablierung gesundheitlicher Berufsfelder zu liegen. Modellversuche zur Delegation, aber auch zur möglichen Substitution laufen, und die Ärzteschaft hat gut daran getan, ihre Wagenburg zu verlassen und sich diesen Themen ebenso klar und konstruktiv zu stellen, wie dem Themenfeld der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Der Deutsche Ärztetag in Freiburg hat hierzu deutliche Signale gesetzt.

## Positive Signale vom 120. Deutschen Ärztetag

Unter der Überschrift „Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam“ machte die Ärzteschaft in Freiburg auch die Tür weit auf für eine Einbindung anderer Berufsgruppen in die Teams der Hausarztpraxen. Ziel ist im Kern die Weiterentwicklung intra- und interprofessioneller regionaler Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung einer sektorübergreifenden Versorgung. Das beinhaltet die Kooperation mit regionalen Strukturen der Gesundheitspflege und Sozialberatung ebenso, wie die Integration von E-Health und telemedizinischen Strukturen in die Versorgung. Die hausärztlich geleiteten interprofessionellen Praxisteams, so heißt es in der Begründung des Antrags des Vorstandes der Bundesärztekammer, stellen eine wegweisende Möglichkeit dar, die Praxisstrukturen breiter aufzustellen und andere Berufsgruppen stärker als bisher und zugleich koordinierend in die Versorgung einzubeziehen. Gerade die Einbeziehung



anderer Professionen in die unmittelbare Patientenversorgung ermöglicht neue innovative Versorgungskonzepte. Die Botschaft ist klar: Eine Öffnung hin zu neuen Strukturen und Berufsbildern – unter ärztlicher Federführung! Ein wichtiger, aber auch kluger Schritt der Ärzteschaft. Denn nur, wenn ich mich an die Spitze solcher (ohne nicht abwendbaren) Entwicklungen stelle, werde ich auch deren Struktur und damit meinen „Platz im Team“ prägen können. Im Übrigen: Bezugnahmen des DÄT-Beschlusses auf vorhergehende Beschlüsse aus den Jahren 2011 und 2012 machen deutlich, wieviel Zeit solche Entwicklungen (und Einsichten) brauchen.

Ebenfalls nicht mit überhöhtem Tempo, dafür aber umso entschlossener, dokumentiert sich der Strategie- und Gesinnungswandel auch mit Blick auf das „Delegationsmodell Physician Assistant“.

Nahezu einstimmig befürwortete der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg das von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeitete Delegationsmodell zur Arztentlastung und Unterstützung. Zurück geht dieser Beschluss auf die 2014 eingesetzte gemeinsame Arbeitsgruppe „Akademisierte Gesundheitsberufe“ von BÄK und KBV, die das Konzept für ein bundeseinheitliches Berufsbild des Physician Assistant erarbeitet hat. (s. auch Bericht auf den Seiten 12/13). Verstanden wissen will der Deutsche Ärztetag das Konzept als einen „konstruktiven Beitrag der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen angesichts der Herausforderungen in der Patientenversorgung“ – und folgt damit vernünftigerweise auch

der kürzlich von der neuen KBV-Spitze formulierten Einsicht, man müsse sich dem Thema Delegation offensiv und konstruktiv stellen, wolle man weitere Bestrebungen auf dem Gebiet der Substitution verhindern. In welchem Maße die Ärzteschaft noch Player auf dem Wege der Digitalisierung des Gesundheitssystems werden kann, muss wohl eher zurückhaltend bewertet werden. Fest steht: Wohl kein anderes Thema wird die Arbeitswelt der Mediziner so massiv verändern wie E-Health. Das betrifft die medizinischen Möglichkeiten ebenso, wie ihre Rolle bei Diagnose und Therapie. Es trifft vor allem ein zentrales Thema des ärztlichen Selbstverständnisses, es betrifft das Arzt-Patienten-Verhältnis. „Das zukünftige Feld der Digitalisierung im Gesundheitswesen“, so beschreibt es treffend der Leitartikel des BÄK-Vorstandes zum 120. Deutschen Ärztetag, „wird durch neue diagnostische und therapeutische Verfahren mittels Sensoren, Big Data und künstlicher Intelligenz gekennzeichnet sein. Insbesondere

multinationale Unternehmen der Informations- und Kommunikationsbranche (IKT) engagieren sich hier mit neuen Geschäftsmodellen. Noch sind die Anwendungsfelder und Möglichkeiten nur in Ansätzen erkennbar; so versprechen Fortschritte in Big Data und der künstlichen Intelligenz die Ausrichtung auf eine personalisierte Medizin. Die entscheidende Frage wird sein, inwieweit sich die Versorgung zu einem – zunehmend vom individuellen Patient-Arzt-Verhältnis – entkoppelten Geschäftsmodell entwickelt“.

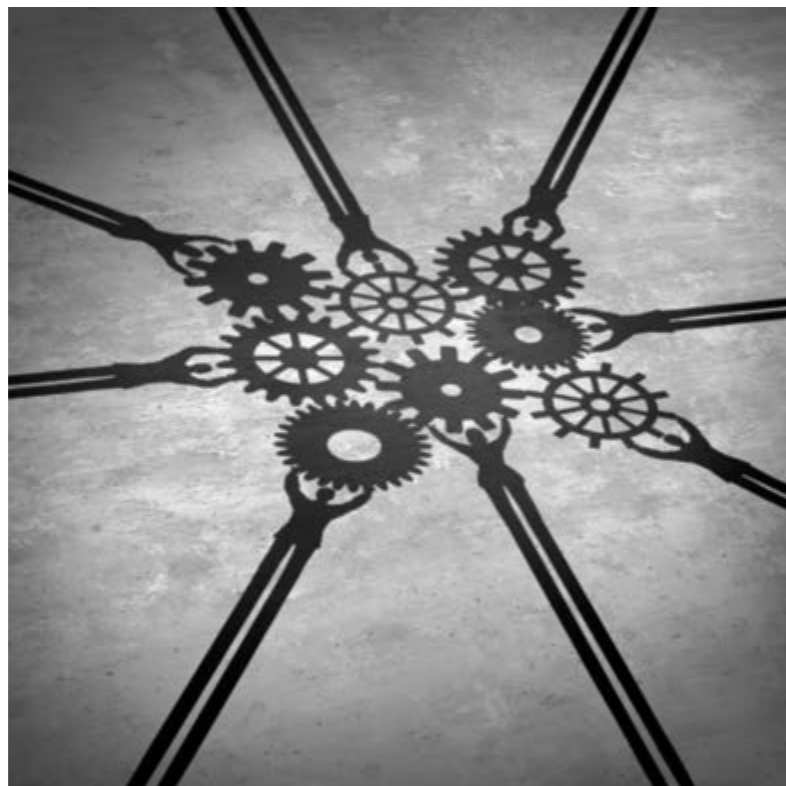
Tut es das, dann wäre das eine fatale Entwicklung und würde viel positives Potential von Digital Health in Frage stellen. Deshalb muss vor allem auch im Interesse der Patienten klar sein: Digitalisierung kann und darf nur eine arztunterstützende Entwicklung sein. Dass dies so kommt, liegt auch und vor allem daran, inwieweit

es der Ärzteschaft gelingt, sich mit ihrer medizinischen Expertise zum unverzichtbaren Mitgestalter der weiteren Entwicklung zu machen. Die Begutachtung des medizinischen Wertes von Apps wäre eines von vielen Spielfeldern dafür. Dass Ärztinnen und Ärzte der Digitalisierung grundsätzlich positiv gegenüberstehen und ihre Chancen erkennen, zeigt eine Umfrage, die der Hartmannbund zusammen mit dem Digitalverband Bitkom durchgeführt hat (s. Bericht auf den Seiten 16/17).

Herausforderungen stellt der Wandel natürlich auch an die Aus- und Weiterbildung der Mediziner. Wie wird der Arzt auf seine neue Rolle in der Versorgung vorbereitet – zum Beispiel mit Blick auf die steigende Bedeutung von Telemedizin, den Umgang mit Gesundheits-Apps oder auf die Zusammen-

arbeit mit anderen Gesundheitsberufen? Hier muss die Selbstverwaltung schneller und flexibler werden und sich dem Tempo von Entwicklungen professioneller stellen. Angemessene Gründlichkeit und Rücksicht auf zeitraubende Verfahren bei der Reformierung von Weiterbildungs- oder Berufsordnungen dürfen nicht zu einer Abkoppelung von sinnvollen Prozessen des Berufsalltages führen.

Ein wesentlicher Aspekt der Gesundheitsversorgung darf am Ende bei all den notwendigen oder unvermeidbaren Überlegungen über Player, technische Revolutionen und Strukturen nicht in Vergessenheit geraten: Das Thema Qualität! Mit diesem Pfund können die Ärzte wuchern, ohne dabei andere Gesundheitsberufe zu diskreditieren. Dazu gehören Selbstbewusstsein, Augenmaß und Realitätssinn. Legt man all dies in angemessener Weise an den Tag, dann wird der Arzt als zentraler Akteur des Gesundheitswesens zwar vielleicht seine Rolle in Teilen neu definieren müssen, an Bedeutung wird er dabei aber nicht verlieren. (MR)



Bei der Gesundheitsversorgung der Zukunft werden immer mehr Räder ineinander greifen müssen. Der Arzt wird dabei die Rolle als zentraler Akteur des Gesundheitswesens behalten, aber seine Rolle in Teilen neu definieren müssen.

## Heißt das neue Zauberwort „Sektorübergreifend“? Templin sagt „JA“

Seit 2009 gibt es die Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGIB), mit der die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die AOK Nordost und die Barmer GEK die medizinische Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen des Bundeslandes sichern wollen. Ein Erfolgsmodell, das seit dem vergangenen Jahr um einen neuen Baustein erweitert wurde – ausgestattet mit 14,5 Millionen Euro.

Mit dieser Summe – Fördergeld aus dem Innovationsfonds\* beim Gemeinsamen Bundesausschuss – werden in den kommenden Jahren in Templin und Umgebung neue medizinische Versorgungsformen entwickelt. Unter dem Dach der „Strukturmigration Mittelbereich Templin“, kurz StimMT genannt, soll eine sektorübergreifende Versorgung umgesetzt werden, welche die stationäre Versorgung des einzigen Krankenhauses in der Region mit den Angeboten der ambulant tätigen Ärzte in Templin und Umgebung vereint.

„Das Projekt Templin wird eine Blaupause für eine nachhaltige medizinische Versorgung im ländlichen Raum. Wir werden gemeinsam in den kommenden Jahren neue sektorübergreifende Versorgungsstrukturen in Templin erproben, die bedarfsgerecht für die sich stark ändernde Bevölkerung vor Ort sind“, kommentierte der IGIB-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg im November 2016 die Bewilligung der Förderung. Große Freude damals auch beim langjährigen Vorsitzenden des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Dr. Hans-Joachim Helming: „Mit der Geriatrie in unserem KV RegioMed Zentrum haben wir in Templin schon erfolgreich gezeigt, wie ein neuer, sektorübergreifender Ansatz regelhaft in der Versorgung etabliert werden kann. Dank der Finanzmittel aus dem Innovationsfonds können wir nun für viele andere Patientengruppen auch sinnvolle und finanzierbare Lösungen in einer bislang so in Deutschland nicht vorhandenen Struktur aufbauen.“

### Was ist im Einzelnen geplant?

Das Projekt IGIB-StimMT wird die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert und regionalspezifisch auf die veränderten Bedingungen des demographischen Wandels einstellen. Dafür wird im Sana Krankenhaus



Für das ambulant-stationäre Gesundheitszentrum wird die erste Etage des Sana Krankenhauses in Templin ausgebaut (Foto: Sana Kliniken Berlin-Brandenburg).



Templin ein ambulant-stationäres Zentrum aufgebaut, in dem die stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten angepasst sowie fach- und einrichtungsübergreifend miteinander verzahnt sind. Dies umfasst die Arztpraxen, das Krankenhaus und die pflegerische Versorgung. In Zusammenarbeit von Klinik und niedergelassenen Ärzten werden im Gesundheitszentrum interdisziplinäre Versorgungsangebote zur Verfügung stehen, es wird eine Anlaufstelle für alle weiteren Behandlungswege (Case-Management) geben sowie eine Decision-Unit an der Intensivstation.

Die ambulante Versorgung in Templin und Umgebung wird um ein regionales Ärztenetz „KV RegioMed Netz“ erweitert, in dem es kooperative Strukturen und abgestimmte Prozesse (zwischen Klinik und Praxis) in der gemeinsamen Versorgung der Patienten (z.B. Behandlungspfade) geben wird. Der Aufbau eines Koordinierungs- und Beratungszentrums zur individuellen Beratung und Unterstützung von Patienten sowie der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützen diese Verzahnung. Das Projekt wird für vier Jahre mit 14,5 Millionen Euro gefördert, heißt es von Seiten des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Projekt sollen konkrete Vorschläge entwickelt werden, an welchen Stellen Rechtsvorschriften oder auch Vergütungsordnungen zukünftig angepasst werden können. Im Erfolgsfall ist eine Übertragung auf vergleichbare Regionen möglich.

Aktuell befindet sich das Projekt IGIB-StimMT in der Umsetzung. Das erste Personal wird bereits gesucht, Arbeitsgruppen entwickeln sektorübergreifende Behandlungspfade des ambulant-stationären Zentrums. Der umfangreichste Schritt wird der Umbau der ersten Etage des Sana Krankenhauses. Hier ist der Starttermin noch offen.

### Der Weg dorthin war weit, aber erfolgversprechend

Einer der geistigen Väter des IGIB-StimMT-Projektes, Dr. Hans-Joachim Helming, steht mittlerweile als Geschäftsführer an der Spitze des ambitionierten Modellversuchs, der erstmalig in Deutschland Sektorengrenzen überwinden soll. „Wir beschreiten mit unserem Projekt absolutes Neuland. Wir sichern damit eine stabile stationäre Versorgung und stärken gleichermaßen den ambulanten Bereich.“



Begonnen hatte alles im Jahr 2012, als sich Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg zu einem ersten Gespräch trafen. Im Mittelpunkt stand vor allem die Sorge um die künftige Versorgung der Bevölkerung in Templin und Umgebung – bei prognostizierter abnehmender und älter werdender Bevölkerung. Das Sana Krankenhaus Templin hatte (und hat bis heute) eine Geburtsklinik und einen Kreissaal, allerdings bis dato keine geriatrische Abteilung. Ein weiteres Problem: Kein Hausarzt in der Region konnte eine geriatrische Spezialisierung vorweisen – bei der älter werdenden Bevölkerung kein zu vernachlässigendes Moment. „Auch wenn damals noch kein akuter Druck zu verspüren war, war uns klar, hier musste mit Blick auf die Zukunft gehandelt werden“, so Helming.

Kassenärztliche Vereinigung und Sana Kliniken Berlin-Brandenburg verständigten sich darauf, die geriatrische Kompetenz der Hausärzte und die Profilmigration im Krankenhaus zu stärken. Es wurde ein Antrag zur Veränderung des Landeskrankenhausplanes gestellt: Das Sana Krankenhaus Templin erhielt geriatrische Planbetten und konnte einen Chefarzt einstellen. Zudem installierte die KV am Sana Krankenhaus das „KV RegioMed Zentrum“ mit einem geriatrischen Schwerpunkt, das im Jahr 2014 in Anwesenheit des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe eröffnet wurde. Seitdem arbeiten Mitarbeiter des Krankenhauses und die Hausärzte der Region Hand in Hand und behandeln gemeinsam ältere Patienten ambulant. „Somit haben wir in Templin zum ersten Mal sektorenübergreifend versorgt. Alle beteiligten Ärzte konnten sehen, dass es funktionieren kann und sie sich nicht in einer Konkurrenzsituation befinden“, so Helming. Eine hervorragende Ausgangssituation für das folgende IGIB-StimMT-Projekt.

#### Lernen, gewohnte Versorgungspfade zu verlassen

Für die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg ist das IGIB-StimMT-Projekt mit Blick auf die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Templin ein wichtiger Anker. „Wir müssen lernen, gewohnte Versorgungspfade zu verlassen, um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können“, steht der Regionalgeschäftsführer für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Christian von Klitzing, hinter dem Modellversuch. Das Krankenhaus Templin sei für die Region existenziell wichtig. Die nächste Klinik wäre rund eine Stunde Fahrzeit entfernt. „Die Einwohner Templins haben eine hohe Verbundenheit zu ihrem Krankenhaus. Gesundheitsversorgung ist



Vertreter der beteiligten Organisationen (KV, Kassen, Klinik, Kommune) versammelten sich zur offiziellen Startphase des IGIB-StimMT-Projektes im April.

in ländlichen Regionen ein wichtiges Thema. Die Versorgung werden wir als Kliniken nicht allein hinbekommen, sondern müssen den Begriff Sektoren vergessen. Es geht nur darum, wie wir den Patienten helfen können, und danach handeln wir“, so von Klitzing, der in dem IGIB-StimMT-Projekt auch viele positive Nebeneffekte sieht. So wird es zum Beispiel für die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg – die an drei Krankenhausstandorten und in zahlreichen ambulanten Gesundheitszentren ca. 50.000 Patienten stationär und etwa 640.000 Patienten ambulant versorgen – wieder einfacher, Fachärzte von einer Tätigkeit in Templin zu überzeugen. Klar sei den Sana Kliniken dennoch, dass nicht alle ärztlichen Kompetenzen direkt vor Ort vertreten sein können, sondern neue Wege der Kooperation zu finden sind. „Unser Ziel ist es, unsere Vernetzung noch mehr zu intensivieren, nicht nur stationär und ambulant, sondern auch zwischen Grundversorgern wie dem Templiner Krankenhaus und spezialisierten Ärzten in anderen Kliniken, zum Beispiel durch Videokonferenzen.“

#### Region ohne Krankenhaus wäre „Mega-Gau“

Diese Pläne dürften auch dem Templiner Bürgermeister Detlef Tabbert gefallen. „Alle haben ein Interesse daran, dass die Menschen in der Uckermark eine sehr gute Gesundheitsversorgung haben. Es ist schön zu sehen, dass bei diesem Thema hier alle an einem Strang ziehen“, steht auch der Bürgermeister mit seiner Kommune hinter dem IGIB-StimMT-Projekt. Noch sei die Gesundheitsversorgung in der Region stabil, sind alle Haus- und Facharztstellen besetzt und liegt der Altersdurchschnitt der Ärzte unter dem Landesdurchschnitt. Trotzdem: Wie andere ländliche Regionen ist auch Templin mit der demografischen Entwicklung konfrontiert. Die Region ist gekennzeichnet von einem hohen Altersdurchschnitt. „Derzeit liegen wir mit 49,5 Jahren im Schnitt fünf Jahre über dem Landesdurchschnitt. Hätten wir kein Krankenhaus mehr, wäre das für uns ein Mega-Gau.“ Deshalb wird von Seiten der Kommune tatkräftig unterstützt – so wird aktuell intensiv daran gearbeitet, dass bis Ende 2018 jeder Einwohner einen schnellen Internetzugang hat – eine wichtige Voraussetzung u.a. auch für die Telemedizin. (DA)

*\*Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt bis 2019 jährlich 300 Millionen Euro für Versorgungsprojekte und -forschung bereit. Es werden ausschließlich Projekte gefördert, die deutlich über die bisherige Regelversorgung hinausgehen.*



Dr. Hans-Joachim Helming war viele Jahre Vorstandsvorsitzender der KV Brandenburg. Seit dem offiziellen Start des IGIB-StimMT-Projektes in Templin und Umgebung steht er diesem als Geschäftsführer vor.



Templins Bürgermeister Detlef Tabbert ist froh, dass bei der Gesundheitsversorgung alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Für die Region wäre es ein großer Verlust, müsste das Krankenhaus schließen.



Der Regionalgeschäftsführer der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, Dr. Christian von Klitzing, ist sich im Klaren, dass Versorgung in ländlichen Regionen perspektivisch nur sektorenübergreifend zu schaffen ist.

Gastbeitrag von Manfred Lucha, Minister für Soziales und Integration Baden-Württemberg



## Die Versorgungsstrukturen müssen sektorenübergreifend weiterentwickelt werden

*Auch in anderen Regionen in Deutschland wird über Konzepte nachgedacht, wie die Gesundheitsversorgung von morgen aussehen kann. In Baden-Württemberg steht die sektoren- und kreisübergreifende Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt der Diskussion. Hierzu haben wir den Minister für Soziales und Integration Manfred Lucha um einen Gastbeitrag gebeten.*

Die demografischen Veränderungen und die Zunahme chronischer Erkrankungen mit einer steigenden Anzahl multimorbider Menschen stellen unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Auch in Zukunft sollen die Menschen in Baden-Württemberg bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig gesundheitlich sowie medizinisch versorgt werden. Insbesondere geht es darum, in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege die Vernetzung, Bürger- und Patientenorientierung sowie eine stärkere Einbindung der kommunalen Ebene voranzubringen. Mit dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg, das Orientierung für die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik gibt, haben sich die Akteure bereits 2014 auf gemeinsame Ziele der zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens geeinigt. Daran will die Landesregierung nun anknüpfen.

Künftig sollen die Patientinnen und Patienten noch mehr im Mittelpunkt stehen. Dies setzt eine bessere Vernetzung der Bereiche medizinische Versorgung, Rehabilitation, Pflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention voraus. Die einzelnen Sektoren dürfen nicht mehr gesondert betrachtet werden, sondern müssen ineinander greifen. Eine Zusammenarbeit von Leistungserbringern sowohl im intersektoralen Bereich – also ambulant zu stationär – als auch intrasektoral – etwa zwischen Haus- und Fachärzten – wird immer wichtiger. Wir müssen die Strukturen der Gesundheitsversorgung dafür weiterdenken und sie sektorenübergreifend weiterentwickeln. Dadurch werden wir eine höhere Qualität und Kontinuität der Versorgung erreichen.

Ein entsprechendes Modellprojekt fördert das Ministerium für Soziales und In-

tegration Baden-Württemberg seit Januar 2016 über einen Zeitraum von zwei Jahren. Im Rahmen dieses Modellprojektes wird in drei Landkreisen ein gemeinsames Konzept zur sektoren- und kreisübergreifenden Versorgung entwickelt. Neben den bereits bestehenden kommunalen Gesundheitskonferenzen in den einzelnen Kreisen wurden zudem landkreisübergreifende themenbezogene Arbeitsgruppen geschaffen, die Handlungsempfehlungen beschreiben. Grundlage hierfür bietet unter anderem eine Datenerhebung für ganz Baden-Württemberg und konkret für die Modellregion Südwürttemberg mit den Landkreisen Reutlingen, Ravensburg und Biberach zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Um die Qualität und Kontinuität der Versorgung zu verbessern und gezielt auf den einzelnen Patienten abzustimmen, ist es wichtig, dass unterschiedliche Gesundheitsprofessionen aus verschiedenen Leistungsbereichen bei der Versorgung zusammenarbeiten. Hierzu können unter anderem telematische Strukturen beitragen. Um die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe für junge Menschen zu erhöhen, müssen die veralteten Berufsgesetze novelliert und bessere Möglichkeiten für eine akademische Ausbildung geschaffen werden.

Wichtige Voraussetzung für eine sektorenübergreifende Versorgung ist eine engere Abstimmung zwischen der ambulanten Bedarfsplanung und der stationären Krankenhausplanung. Als funktionierendes Beispiel für die sektorenübergreifende Versorgung kann die Notfallversorgung in Baden-Württemberg gelten. Neben einer integrierten Leitstelle des Deutschen Roten Kreuzes, die eingehende Gespräche annimmt beziehungsweise triagiert, ist in einem Projekt der Kassenärztlichen Verei-

nigung Baden-Württemberg ein ärztlicher Telefondienst geplant, der Notfallpatienten berät. Außerdem befinden sich im Sinne der übersektoralen Versorgung bereits an etwa 50 Prozent der Krankenhäuser vertragsärztliche Notdienstpraxen („Portalpraxen“). Zusätzlich existieren an einem Teil der Krankenhäuser in enger Nachbarschaft zu den Portalpraxen zentrale Anlaufstellen, die durch eine standardisierte Ersteinschätzung gewährleisten, dass Patienten in die für sie angemessene Versorgungsstruktur gelangen.

Zur Überwindung der Betrachtungsweise nach einzelnen Sektoren ist jedoch auch ein bundesweiter Diskurs über das Vergütungssystem in der Notfallversorgung sowie insgesamt zur sektorenübergreifenden Versorgung erforderlich. Bisher fehlt ein solches Gesamtkonzept. Insbesondere die Bedarfsplanung sollte in Richtung einer zukunftsfähigen, am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichteten, sektorenübergreifenden Versorgung weiterentwickelt werden. Aber auch die Vergütungsstrukturen müssen so gestaltet sein, dass sie eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen. Baden-Württemberg hat daher eine Initiative für die Einsetzung einer Reformkommission sektorenübergreifende Versorgung auf Bundesebene gestartet, die im Juni in die Gesundheitsministerkonferenz eingebracht wird.



Manfred Lucha ist Minister für Soziales und Integration in Baden-Württemberg. Der gebürtige Oberbayer hat jahrelange Erfahrung in sozialen Berufen und einen Master im Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Er sitzt seit 2011 im Landtag von Baden-Württemberg.



# Physician Assistant – ein neuer Player an der Seite des Arztes

„Wir sind keine Konkurrenz für die Ärzte, sondern helfen dabei, dass sich die Ärzte auf ihre Kompetenzen konzentrieren können.“

*Um die mehrheitlich überlasteten Ärzte zu entlasten und die Gesundheitsversorgung auch künftig sicherzustellen, hat in der Politik und auch in der Ärzteschaft in vielerlei Hinsicht ein Umdenken eingesetzt. Die Delegation ärztlicher Leistungen und eine damit einhergehende engere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen treten im Reigen der zahlreichen Lösungsmodelle immer stärker in den Vordergrund. Auch der Physician Assistant scheint auf dem Vormarsch zu sein.*

Die Meinungen gehen beim Thema „Delegation“ allerdings noch immer weit auseinander. Viele Ärzte können sich das Delegieren von Aufgaben vorstellen bzw. praktizieren dies bereits, für andere ist der Weg zur Substitution da nicht mehr weit. Allen Unkenrufen zum Trotz machen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die bei der Delegation eine entscheidende Rolle spielen, Schritt für Schritt Boden gut. Medizinische Fachangestellte, Praxisassistenten und auch Physician Assistants trifft man in Kliniken und Praxen immer häufiger an.

Zum Physician Assistant hat sich gerade erst der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg (s. Kasten) „bekannt“. Im Zuge des Beschlusses „Delegationsmodell Physician Assistant“ wurde das auf dem Ärztetag 2014

auf den Weg gebrachte und von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe erarbeitete Papier zum Physician Assistant zur Entlastung und Unterstützung der Ärzte mit großer Mehrheit in Freiburg beschlossen. Doch was macht einen Physician Assistant eigentlich aus? Übernimmt er als verlängerter Arm des Arztes ärztliche Aufgaben? Wie muss man sich das Aufgabenfeld vorstellen? Wir haben bei einem Physician Assistant direkt nachgefragt:

„Ich setze die Planungen der Ärzte um, kümmere mich um die Aufnahme der Patienten, schreibe Arzt- und Entlassbriefe, erledige die Verlegung von Patienten oder spreche mit Patienten und Angehörigen. Und nach der Chefarztvisite, wenn die

Ober- und Fachärzte in den OP gehen, übernehme ich die Koordination des Stationsablaufes“, gibt Annika Hindenberg einen kurzen Einblick in ihre Tätigkeit als Physician Assistant in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie (50 Betten) am Universitätsklinikum Münster (UKM).

Als sie zum ersten Mal vom dreijährigen Bachelorstudiengang „Physician Assistant“ an der Praxishochschule mit Standorten in Köln und Rheine gehört hatte, arbeitete die heute 28-Jährige als operationstechnische Assistentin in einer Klinik im Münsterland. „Ich hatte damals wenig Patientenkontakt, das störte mich.“ Sie wollte intensiver mit den Patienten arbeiten und entschied sich 2011 für das berufsbegleitende PA-Studium. Nach erfolgreichem Abschluss bewarb sie sich initiativ am Universitätsklinikum Münster und wurde eingestellt. Zu Beginn ihrer Tätigkeit sei noch nicht klar gewesen, welche Rolle sie ausfüllen, welche Aufgaben sie übernehmen sollte. „Das war ein Lernprozess auf beiden Seiten. Mein Aufgabenprofil hat sich nach und nach entwickelt. Erst habe ich einfache Arbeiten übernommen, dann kamen Stück für Stück mehr Tätigkeiten dazu.“

Auch drei Jahre später ist sie noch zufrieden mit ihrer Entscheidung. „Es ist ein vielseitiges Arbeiten. Ich bin mein eigener Herr und kann selbst Entscheidungen treffen.“ Die immer mal wieder „beschworene“ Konkurrenz zu den Ärzten sieht sie nicht. Das interkollegiale Arbeiten klappe sehr gut und die Stärke des ärztlichen Personals habe sich trotz des Einsatzes nichtärztlicher Gesundheitsberufe nicht verändert. „Wir sind keine Konkurrenz für die Ärzte, sondern helfen dabei, dass sich die Ärzte auf ihre ärztlichen Kompetenzen konzentrieren können. Es gibt sehr viele Themen, für die ärztliche Kompetenz nicht benötigt wird. Hier können wir entlasten. Und alle können pünktlicher Feierabend machen.“

Übrigens: Als sich Annika Hindenberg 2014 am UKM beworben hatte, war sie die



*Annika Hindenberg, Christiane Kahmen und Britta Jürgens (v.l.) arbeiten als Physician Assistants in einer Abteilung. Annika Hindenberg war 2014 die Erste, die anderen beiden wurden 2015 und 2016 eingestellt.*

erste mit diesem Abschluss am Universitätsklinikum. Mittlerweile ist der Physician Assistant dort ein Erfolgsmodell, allein in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie arbeiten derzeit drei Physician Assistants. Alle drei sind Absolventen der genannten Praxishochschule, die in Rheine und Köln Physician Assistants ausbildet. In Zusammenarbeit mit Praxen und Kliniken werden die Studierenden in 22 Modulen ausgebildet. Die fünf wichtigsten Aufgaben nach

dem Studium: Patientenaufnahme und Voranamnese sowie körperliche Untersuchung mit Sichtung/Triage; Assistenz bei chirurgischen/operativen Eingriffen, soweit Weiterbildungseingriffe nicht berührt werden; Koordination des Stationsablaufs und Schreiben von (Kurz-) Arzt- und Entlassbriefen; Vor- und Nachbereitung sowie Unterstützung bei den Visiten in Oberarzt-/ Chefarztbegleitung; Orientierende Sonographie und EKG-Vorbefundung und das Legen von

Gefäßzugängen sowie die Applikation verordneter Medikamente.

„Das aktuelle Haupteinsatzgebiet unserer Absolventen ist derzeit noch mehrheitlich stationär“, so der Studienleiter Prof. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft. Er schätzt die Zahl aller Physician Assistants in Deutschland auf derzeit etwa 270. Doch aus seiner Sicht werde der Physician Assistant schon bald eine sehr viel größere Rolle spielen – auch im ambulanten Bereich, in Praxisgemeinschaften, Ärztenetzen oder auch in Pflegeheimen. Flügel-Bleienheuft sieht in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie dem Physician Assistant einen wichtigen Baustein für die künftige Versorgung, stellt aber auch klar, bei wem am Ende die Verantwortung liegt: „Die Verantwortung für die Tätigkeiten des Physician Assistant bleibt beim delegierenden Arzt. Es handelt sich hier nicht um Substitution.“ (DA)



*Prof. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft ist Studienleiter des Studiengangs Physician Assistant an der Praxishochschule mit Standorten in Rheine und Köln.*



*Hier führen die drei Physician Assistants der Neurochirurgie des Universitätsklinikums Münster (UKM) bei einer Patientin eine Lumbalpunktion durch (Fotos: Manfred Thomas, Fotozentrale UKM).*



## Wie geht es mit dem Physician Assistant weiter?

*Der Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages zum „Delegationsmodell Physician Assistant“ ist eindeutig. Das Delegationsmodell soll zur Arztentlastung und -unterstützung ausgestaltet werden. Es enthält neben einer Begründung des Berufsbildes und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und zu vermittelnden Kompetenzen. Diese sind in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin formuliert. Für die Zulassung zu einem Studium wird eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, z.B. als Medizinische Fachangestellte, vorausgesetzt. Bei der Implementierung und Begleitung der entsprechenden Studiengänge sollen die Hochschulen mit den Ärztekammern zusammenarbeiten. Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess bleiben Aufgaben des Arztes. Das Tätigkeitsprofil des Physician Assistant ist am tatsächlichen Versorgungsbedarf, an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes und den Zielvorstellungen eines ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams ausgerichtet. Weitere Informationen zum Delegationsmodell auf [www.baek.de](http://www.baek.de).*





Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

## Interprofessionelle Versorgungsstrukturen eröffnen uns neue Perspektiven

*Ein klares Bekenntnis zum Physician Assistant, eine demonstrative Öffnung für andere Gesundheitsberufe im Rahmen der hausärztlichen Versorgung – der 120. Deutsche Ärztetag hat in Sachen Delegation klare Zeichen gesetzt, manche sprechen sogar von Kurswechsel. Zeichnen sich da neue Konturen für die Versorgung von morgen ab?*

Es stimmt, dass wir auf dem Deutschen Ärztetag in Freiburg sehr fruchtbare Diskussionen über diese und andere Zukunftsthemen geführt und viele richtungsweisende Beschlüsse gefasst haben. Allerdings kann ich darin keinen Kurswechsel erkennen, sondern vielmehr Kontinuität. Sie werden sich daran erinnern, dass das Papier zum Physician Assistant auf den 117. Deutschen Ärztetag im Jahr 2014 zurückgeht. Und über zukunftsweisende Kooperationsmodelle in der hausärztlichen Versorgung hat der Deutsche Ärztetag bereits im Jahr 2012 in Nürnberg diskutiert. Sie sehen: Die Ärzteschaft stand und steht zu ihrer Verant-

wortung. Wer soll die Versorgung von morgen gestalten, wenn nicht wir?

*Ganz konkret hat sich der 120. Deutsche Ärztetag für die Entwicklung neuer Konzepte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ausgesprochen. Interprofessionelle Teams sollen dabei eine Lösung sein. Ist dies vor allem ein Konzept für Regionen, in die es Hausärzte immer seltener „verschlägt“?*

Ja, aber nicht nur. Ob in der Stadt oder auf dem Land – von einer gut organisierten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen profitieren die Patienten überall. Aber natürlich spüren Patienten in ländlichen Gebieten den Hausärztemangel ganz besonders deutlich. Wenn wir die gesundheitliche Versorgung in der Fläche sicherstellen wollen, müssen wir die Ärzte entlasten, und zwar durch Delegation von Leistungen und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. In-

terdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsstrukturen aufzubauen, ist eine große Herausforderung. Aber sie eröffnen auch neue Perspektiven, sowohl für uns Ärzte im System, als auch insbesondere für die junge Ärztegeneration, die sich zurzeit noch in Aus- und Weiterbildung befindet.

*Stichwort „Sektorenübergreifende Versorgung“: Auf der einen Seite liegen Vertreter der stationären und ambulanten Versorgung im „Clinch“, während auf der anderen Seite Regionen in Deutschland keine andere Wahl mehr haben, als ganz pragmatisch sektorenübergreifende Wege zu beschreiten – hier sei zum Beispiel das Projekt IGIB-STimMT in Templin/Brandenburg genannt. Woran scheitert bisher eine sinnvolle flächendeckende Versorgung über Sektoren- und auch Kreisgrenzen hinweg?*

Die integrierte Versorgung wird von der Politik seit Langem gefördert. Manches, was in den letzten zehn Jahren auf den Weg

gebracht worden ist, stellte sich schnell als Murks heraus und diente wohl eher dazu, Gelder aus der Anschubfinanzierung abzuschöpfen. Es gibt aber inzwischen viele sinnvolle Modelle sektorenübergreifender Versorgung. Ich bin schon sehr gespannt

*„Es gibt inzwischen viele sinnvolle Modelle sektorenübergreifender Versorgung.“*

auf die Projekte aus dem neuen Innovationsfonds. Klar ist, dass Vertreter beider Sektoren die Zusammenarbeit suchen müssen.

*Wie lange, glauben Sie, können sich die sogenannten Sektoren angesichts der unübersehbaren Herausforderungen des Gesundheitssystems ihre Verteilungskämpfe noch leisten, bevor sich die Politik veranlasst sieht, die Dinge lieber selber zu regeln? Der Streit um den Notfalldienst steht dafür ja nur exemplarisch.*

Wir haben auf dem Ärztetag in Freiburg bei der Debatte über die Notfallversorgung erlebt, dass es sehr viel besser ist, miteinander zu reden, statt übereinander. Die Spitzen des Marburger Bundes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wollen ihre Differenzen in direkten Gesprächen ausräumen. Und wir als Bundesärztekammer haben allen Beteiligten angeboten, sich unter unserer Moderation an einen Tisch zu setzen, um gemeinsame Lösungen auszuloten. Wenn wir in der Notfallversorgung gute Kompromisse finden, dann bin ich auch für die anderen Versorgungsbereiche optimistisch. Die Selbstverwaltung muss ihre Handlungsfähigkeit beweisen. Gelingt uns das nicht, wird die Politik eingreifen und über unsere Köpfe hinweg Tatsachen schaffen. Das wäre für alle Beteiligten der denkbar schlechteste Weg.

*Insgesamt kommt auf die Ärzte – gewollt oder ungewollt – einiges zu: Ein klarer Trend zur Delegation, zumindest zaghafte Varianten der (bisher strikt abgelehnten) Substitution und eine neue Welt durch den unaufhaltsamen Einzug von E-Health im Versorgungsgeschehen. Was bedeutet das für die künftige Rolle des Arztes? Und wie leicht wird es den Kolleginnen und Kollegen fallen, sich damit zu arrangieren?*

In Freiburg war die Digitalisierung ein großes Thema. Vielen Kollegen, und da schließe ich mich ausdrücklich mit ein, ist dabei

klar geworden, welche enormen Veränderung die digitale Revolution für den Arztberuf bedeutet. Sie haben gerade von einem Kurswechsel gesprochen – bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist dieser Begriff tatsächlich gerechtfertigt. Auf diesem Ärztetag war von der eher zögerlichen Haltung früherer Jahre zu diesem Thema nur wenig zu spüren. Die Digitalisierung kommt, ob wir das wollen oder nicht, und die Ärzteschaft hat keinen Zweifel daran gelassen, dass sie bereit ist, diese Entwicklung mitzugestalten. Noch ein Wort zu Delegation und Substitution: Wir waren immer dafür, Ärzte von fachfremden Aufgaben und von Tätigkeiten, die sie nicht unbedingt selbst übernehmen müssen, zu entlasten. Dazu gehört auch, dass etwa Medizinische Fachangestellte bestimmte Aufgaben übernehmen. Delegation unter ärztlicher Gesamtverantwortung ist der richtige Weg. Substitution ohne Arztverantwortung ist dagegen eine Sackgasse. Denn was wir nicht wollen, sind neue Versorgungsebenen, noch dazu mit einer Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe. Was wären die Folgen? Eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, noch mehr Komplexität, noch mehr Schnittstellen – und vor allem

*„Die Selbstverwaltung muss ihre Handlungsfähigkeit beweisen. Gelingt das nicht, wird die Politik eingreifen.“*

eine geringere Behandlungsqualität. Davor müssen wir unsere Patienten bewahren. Die Behandlung durch den Arzt darf nicht zu einem Privileg werden.

*Der Deutsche Ärztetag hat auch in Sachen Lockerung des Fernbehandlungsverbots – mit Blick auf das baden-württembergische Modell – zum Aufbruch geblasen. Ist das nach Ihrer Einschätzung auch eine Reaktion darauf, dass Telematik und Telemedizin entscheidende Bausteine für die Gewährleistung der Versorgung in der Fläche sind?*

Telemedizin kann Ärzte nicht ersetzen. Niemand sollte glauben, dass wir das Problem des Ärztemangels mit Video-Sprechstunden lösen können. Ich finde es aber gut, dass sich der Ärztetag offen für Modellprojekte gezeigt hat, wie sie nun in Baden-Württemberg möglich sind. Ebenso wichtig war es, dass wir auf dem Ärztetag noch einmal klar gemacht haben, was in Bezug auf Fernbehandlungen schon heute mög-

lich ist. Denn anders als oftmals vermutet, sind sie keinesfalls generell durch das ärztliche Berufsrecht verboten. Die Bundesärztekammer hat hierzu ein hervorragendes Papier erstellt, das kurz und knapp

*„Was wir nicht wollen, sind neue Versorgungsebenen, noch dazu mit einer Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten.“*

zusammenfasst, was Ärzte dabei beachten müssen. Diese Möglichkeiten gilt es mit Leben zu füllen, in der Stadt und auf dem Land. Und wir alle sind gespannt darauf, wie sich die Dinge in Baden-Württemberg entwickeln.

*In der Vergangenheit hatte man häufig den Eindruck, ein gehöriges Maß an Beharrungsvermögen steht der Ärzteschaft bei absehbar unaufhaltsamen Entwicklungen im Wege und beraubt sie dabei ihrer Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen dieser Prozesse. Ein berechtigter Vorwurf?*

Da, wo es gerechtfertigt ist, zum Beispiel beim Thema Substitution oder bei der immer wieder geforderten Einheits- oder Bürgerversicherung, stehen wir offenkundigen Fehlentwicklungen gerne im Weg. Oder nehmen sie ethische Fragen wie die Präimplantationsdiagnostik, die Genforschung oder die Tötung auf Verlangen. Es ist die Pflicht von uns Ärzten, sich kritisch in solche Debatten einzumischen. Dazu gehört eben auch ein deutliches „So nicht!“, wenn unser ärztliches Ethos das verlangt. Das heißt aber mitnichten, dass die Ärzte immer nur auf die Bremse treten. Nehmen Sie den „Masterplan Medizinstudium 2020“, in den wir uns intensiv eingebracht haben. Auch wenn er nicht weit genug geht, so hat die Politik doch viele unserer Forderungen aufgegriffen: die veränderten Auswahlverfahren, die Stärkung der kommunikativen Kompetenz, das mehr an der Praxis orientierte Studium. Oder denken Sie an das Anti-Korruptionsgesetz, bei dem auf unseren Druck hin die ungerechten Bezüge zum Berufsrecht komplett gestrichen wurden. Solche wichtigen Korrekturen wären aus einer reinen Blockadehaltung heraus nicht möglich gewesen.

*Sehr geehrter Herr Professor Montgomery, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und die sehr ausführlichen Antworten. (MR)*



Umfrage von Hartmannbund und Bitkom: Zeitersparnis und bessere Behandlungsmöglichkeiten gelten als größte Vorteile

# Ärzte sind offen für die digitale Zukunft der Medizin

*Der Ärztetag hat in Freiburg gerade ein beeindruckendes Bekenntnis zur Digitalisierung des Gesundheitssystems abgegeben, im ärztlichen Berufsalltag prallen derzeit allerdings offensichtlich (noch immer) alte und neue Welten aufeinander. Noch werden Notizen von Mediziner\*innen meist handschriftlich verfasst, Mails haben Briefe noch lange nicht ersetzt und die elektronische Patientenakte fristet eher ein Nischendasein. Was allerdings zuversichtlich stimmt: Obwohl sie beim Einsatz digitaler Anwendungen momentan teilweise noch zögerlich sind, sehen sieben von zehn Ärzten die Digitalisierung als große Chance für die Gesundheitsversorgung. Das ist eines der Ergebnisse einer Umfrage, die der Hartmannbund gemeinsam mit dem Digitalverband Bitkom durchgeführt hat.*

Rund 500 Ärztinnen und Ärzte aus dem ambulanten und dem stationären Bereich haben sich an der Umfrage beteiligt und insgesamt deutliche Aufgeschlossenheit gegenüber Digital Health signalisiert. Demnach sagen 67 Prozent der Ärzte, dass Arztpraxen und Krankenhäuser ihre Kosten mithilfe digitaler Technologien senken können. 62 Prozent meinen, dass digitale Technologien die Prävention verbessern werden und jeder Dritte (34 Prozent) geht sogar davon aus, dass sie die Lebenserwartung der Menschen verlängern. Allerdings werden bisher selbst einfachste digitale Gesundheitsangebote nur sehr spärlich eingesetzt.

Neun von zehn Klinikärzten (93 Prozent) geben zwar an, dass ihr Haus den Patienten die U-Ergebnisse auch auf CD zur Verfügung stellt und 39 Prozent der Krankenhausärzte tauschen sich untereinander per Telemedizin aus. Doch die telemedizi-

nische Überwachung von Patienten (zehn Prozent) oder die Online-Terminvereinbarung (zehn Prozent) werden derzeit selbst von Krankenhäusern kaum eingesetzt. In den Praxen der niedergelassenen Ärzte werden digitale Angebote noch seltener genutzt: Nur drei Prozent (Krankenhaus: neun Prozent) verwenden beispielsweise die Online-Patientenakte.

Wenn es um die weitere Digitalisierung der Medizin geht, sehen Ärzte Wirtschaft und Politik in der Pflicht. So zweifelt jeder zweite Arzt (47 Prozent) daran, dass die digitalen Anwendungen schon praxisreif sind. 43 Prozent kritisieren fehlende Mittel für die Umsetzung, 38 Prozent sehen die starke Regulierung des Gesundheitssektors als Hürde. Besonders groß sind die Bedenken bei IT-Sicherheit (60 Prozent) und Datenschutz (67 Prozent). „Die Digitalisierung und der damit einhergehende Fortschritt lassen sich nicht aufhalten. Im

Gegenteil: Unsere Chance ist es nun, die Digitalisierung aktiv zu gestalten und die neuen Möglichkeiten für unseren Beruf und die Patienten beherzt und entschlossen zu ergreifen“, so Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes. Dazu müssten vorhandene Hemmnisse weiter abgebaut werden. „Innovationen müssen frühzeitig und gezielt gefördert, der Zugang qualifizierter digitaler Angebote zum Gesundheitsmarkt, insbesondere zur Regelversorgung, noch erleichtert werden.“

Durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen ändert sich auch das Verhältnis von Arzt und Patient. Immer mehr Patienten informieren sich vor ihrem Arztbesuch online. „Die Kolleginnen und Kollegen sind im Umgang mit den internetaffinen Patienten zunehmend gelassener und sehen mündige Patienten auch als Chance, neue Ansätze in der Behandlung kennenzulernen. Aufgeklärte Patienten arbeiten außerdem

beim Heilungsprozess oft therapietreuer mit und halten die ärztlichen Ratschläge besser ein“, so Reinhardt.

Auch im Bereich Mobile Health könnte sich das Verhältnis von Arzt und Patient grundlegend wandeln. Es liegt nicht mehr ausschließlich in der Hand des Arztes, sondern beim Patienten, der in seinem Alltag sehen kann, ob sich etwa sein Zustand verbessert, die Therapie anspricht oder er den Arzt aufsuchen muss. Die Mehrheit der Mediziner (53 Prozent) steht Gesundheits-Apps positiv gegenüber. Jeder vierte Arzt (25 Prozent) wurde von Patienten sogar schon auf eine Gesundheits-App angesprochen. Und 83 Prozent glauben, dass Apps den Patienten helfen, ihre Vitaldaten selbst zu kontrollieren. „Jetzt sind nützliche und niederschwellige Angebote gefragt. Außerdem müssen auch wir Ärzte Digitalkompetenzen erwerben, in Fort- und Weiterbildung. Lebenslanges Lernen wird in der digitalen Welt von morgen immer wichtiger und ist außerdem von jeher Grundvoraussetzung für unseren Berufsstand“, sagte Reinhardt. Wichtig aus Sicht des Hartmannbund-Vorsitzenden: Angesichts der Vielzahl von Apps und Anwendungen werde es vor allem auch Aufgabe der Ärzte sein, die „Spreu vom Weizen zu trennen“ und geordnete Zertifizierungsverfahren zu entwickeln.

Befragt nach Zukunftsszenarien für das Jahr 2030 sieht jeder zweite Mediziner (47 Prozent) Operations-Roboter im alltäglichen Einsatz. Weitere 39 Prozent meinen, dass OP-Roboter zumindest vereinzelt eingesetzt werden. Auch andere digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte werden von der Ärzteschaft positiv angenommen. So sagen 65 Prozent, dass dank der Akte eine einfachere Zusammenarbeit zwischen Ärzten möglich werde. 54 Prozent meinen, dass es so zu weniger Doppeluntersuchungen komme. Als größte Hürde beim Roll-out der E-Akte wird die Gefahr des Datenmissbrauchs (75 Prozent) angesehen.

Auch andere digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte werden von der Ärzteschaft positiv angenommen. So sagen 65 Prozent, dass dank der Akte eine einfachere Zusammenarbeit zwischen Ärzten möglich werde. 54 Prozent meinen, dass es so zu weniger Doppeluntersuchungen komme. Als größte Hürde beim Roll-out der E-Akte wird die Gefahr des Datenmissbrauchs (75 Prozent) angesehen. „Damit Patienten und Ärzte künftig die Gesundheitsdaten zusammenführen, verwalten und austauschen können, muss die notwendige Sicherheit erhöht werden. Bei sensiblen Gesundheitsdaten gelten höchste Anforderungen“, so Reinhardt. Durch die Vernetzung der Leistungserbringer könnte nicht nur qualitativ hochwertigeres medizinisches Wissen generiert werden, es könnte auch schneller zur Verfügung stehen und damit den Patienten zugute kommen. (MR/TT)

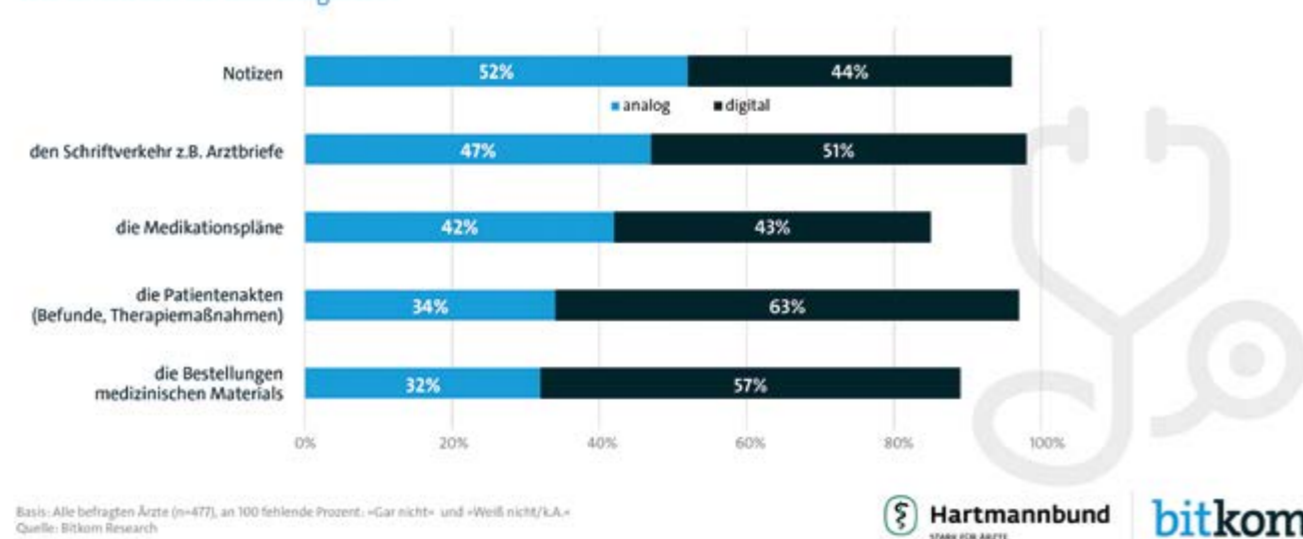
Die gesamte Auswertung der Umfrage finden Sie auf: [www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/](http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/)



Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, und der Bitkom-Hauptgeschäftsführer, Dr. Bernhard Rohleder, führten gemeinsam durch die Pressekonferenz – wie es sich gehört auf dem elektronischen Weg. Journalisten aus ganz Deutschland haben sich telefonisch zugeschaltet.

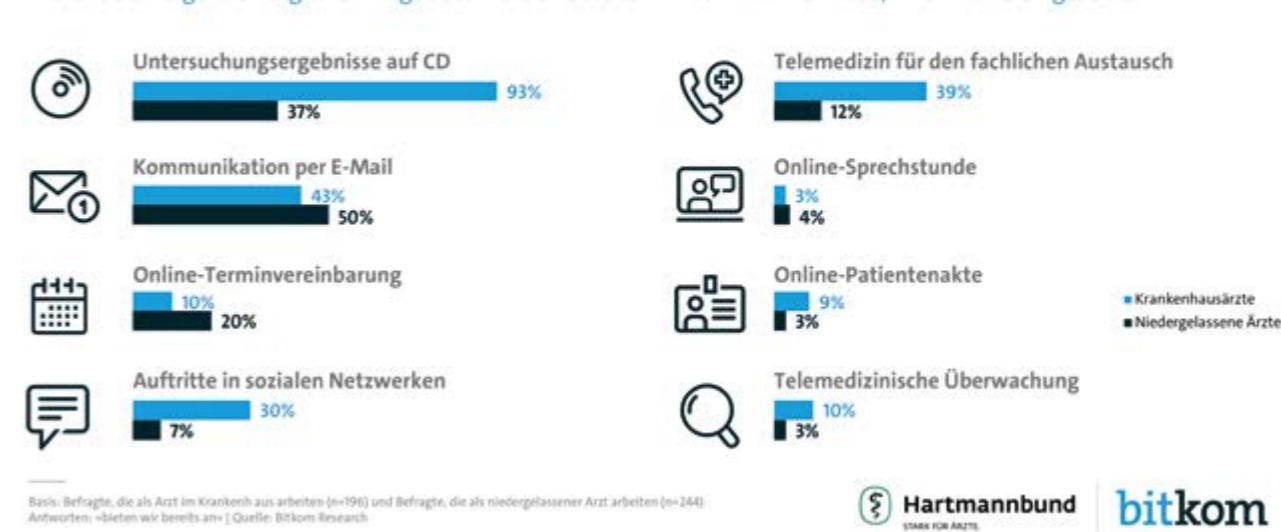
## Papier und Stift haben bei Ärzten noch nicht ausgedient

Wie verwalten Sie überwiegend...?



## Digitale Lösungen bislang kaum genutzt

Welche der folgenden digitalen Angebote werden bereits in Ihrem Krankenhaus/Ihrer Praxis eingesetzt?





# 120. Deutscher Ärztetag – GOÄ und Musterweiterbildungsordnung Delegierte geben grünes Licht für ein „Weiter so“

*Zwei wichtige Projekte der deutschen Ärzteschaft nähern sich ihrem Finale. Sowohl die Musterweiterbildungsordnung als auch die Gebührenordnung für Ärzte erhielten bei ihrem „Zwischenbericht“ eine breite Zustimmung der 250 Delegierten. Geht alles gut, dann kann hinter beide Vorhaben 2018 ein grüner Haken gemacht werden.*

Vielleicht war es ja auch ein wenig die Freiburger Aura – zwischen Beschaulichkeit und kreativer Aufbruchsstimmung – die in das Messe- und Kongresszentrum und auf die 250 Delegierten des 120. Deutschen Ärztetages (DÄT) abstrahlte. In jedem Fall gab es auf dem DÄT Ende Mai nicht nur (die an anderer Stelle bereits ausführlich geschilderten) Signale zum Aufbruch mit Blick auf Digitalisierung und andere Gesundheitsberufe (s. dazu ab Seite 6), sondern es gab auch ein konstruktives „Weiter so“ zu zwei wichtigen Projekten, die zur Zeit unter Federführung des Vorstandes der Bundesärztekammer ihren Weg durch die Instanzen nehmen und sich – bei genauerer Betrachtung – beide mit beachtlichem zeitlichem Vorlauf offenbar ihrem glücklichen Ende nähern.

Da ist zum einen die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), für deren Verhandlungsstand und weitere Verhandlungsstrategie es überwältigende Zustimmung gab. Lob gab es von vielen Delegierten besonders für den vom Vorsitzenden des GOÄ-Ausschusses der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt noch einmal geschilderten Weg der unmittelbaren Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften in den Novellierungsprozess. Diese Beteiligung soll auch im Verlaufe des weiteren Bewertungsprozesses aufrechterhalten werden.

Dies, so der Wunsch der Delegierten, müsse am Ende zu einem Verfahren führen, das eine dauerhafte Beteiligung auch über den Novellierungsprozess hinaus – zum Beispiel bei Fragen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ gewährleistet. Ziel sei es, das machte Dr. Klaus Reinhardt noch einmal deutlich, die mit den ärztlichen Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften überarbeiteten Entwürfe zum Leistungsverzeichnis und die finalen Bewertungen der GOÄ bis zum Jahresende an das Bundes-

gesundheitsministerium zu übergeben. Mit in dieses Paket gehören Änderungen der Bundesärzteordnung und des Paragraphenteils der GOÄ, für die der 120. Deutsche Ärztetag jeweils einige klare Vorstellungen formuliert hat. So sollen die Leistungslegendierungen und Bewertungen den aktuellen medizinisch wissenschaftlichen Kenntnissen entsprechen und zwischen den ärztlichen Berufsverbänden der Bundesärztekammer, dem PKV-Verband, der Beihilfe sowie dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmt sein. Mit Blick auf die viel diskutierte Bildung von Analogziffern bei innovativen, nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen wird klargestellt, dass diese weiterhin möglich sein sollen. Einigkeit besteht auch darin, dass mit der Einrichtung der sogenannten GEKO (gemeinsame Kommission von BÄK, PKV-Verband, Beihilfe) eine kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ entsprechend des medizinischen Fortschrittes gewährleistet sein muss. Empfehlungen der GEKO können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der Bundesärztekammer repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.

Kommt auf dieser Basis eine Einigung zwischen BÄK, PKV-Verband und Beihilfe zustande, so ist damit – ungeachtet der Tatsache, dass ohnehin der Verordnungsgeber das letzte Wort hat – noch längst nicht alles in trockenen Tüchern. „Die Bundesärztekammer wird die so beschriebene Neuordnung der GOÄ nur dann beim BMG als konsentiert einbringen, wenn von einer neuen Bundesregierung in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Das gilt insbesondere für den Fall, dass eine GOÄ unabhängige Einheitsgebührenordnung geplant wird“, heißt es im DÄT-Beschluss.

Ihr grünes Licht für die weiteren Beratungen zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung verbanden in Freiburg viele Delegierte sicherlich mit der (stillen) Hoffnung, dass sie in einem Jahr in Erfurt einen „Strich“ unter das Mammutprojekt machen können. 873 Seiten sogenannter „Abschnitt B“ der neuen Weiterbildungsordnung mit Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen lassen erahnen, welches Paket der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. Franz Joseph Bartmann, im wahrsten Sinne des Wortes da seit einigen Jahren mit sich herumträgt. Fest steht jedenfalls: Mit Blick auf die Frage, in welcher Form Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erlernt werden, soll es künftig nicht mehr „wie oft“ und „in welcher Zeit“, sondern „wie“ (gut) heißen – kompetenzorientierte Weiterbildung!

Mehr Gewicht wird auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Weiterbildung erhalten. So war sich der Ärztetag einig, dass Weiterbildungsstätten die Voraussetzungen dafür schaffen müssen, dass die Weiterbildungsbefugten sowie die jungen Ärztinnen und Ärzte ausreichend Zeit für die Weiterbildung haben. Geforderte Weiterbildungsinhalte müssten in Form verschiedener Arbeitszeitmodelle möglich sein. Mit Blick auf die Qualität der Wei-

terbildung forderte der Ärztetag auf Initiative von Delegierten aus den Reihen des Hartmannbundes die Landesärztekammern erneut auf, kontinuierlich eine Evaluation der Weiterbildung vorzunehmen. Um den Weiterbildungsfortschritt besser dokumentieren zu können, soll zukünftig das elektronische Logbuch zur Verfügung stehen. Damit sich dieses nicht im Föderalismus der Landesärztekammern „verheddert“, wird hierzu eine bundeseinheitliche Lösung angestrebt. Ein klares Votum gab es im Übrigen auch für eine sektorenübergreifende Strukturierung der Weiterbildung – eine langjährige Forderung des Hartmannbundes. Ziel ist es, den Ärzten in Weiterbildung breite Fachkompetenzen im stationären wie auch im ambulanten Bereich zu vermitteln. Demzufolge müsse auch die Finanzierung der Weiterbildung weiterentwickelt werden. Dies bedeute unter anderem, dass die Gehälter der Weiterzubildenden sich auch durch die von ihnen im ambulanten Bereich erbrachten ärztlichen Leistungen refinanzieren müssten. (MR)

*Zu weiteren Themen des 120. Deutschen Ärztetages, unter anderem zur Digitalisierung oder zum „Delegationsmodell Physician Assistant“, lesen Sie auch die Titelgeschichte. Die Beschlüsse des Ärztetages finden sie im Beschlussprotokoll unter [www.baek.de](http://www.baek.de).*

## Junge Hartmannbund-Ärzte auf dem Ärztetag

Der Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ hat den Ärztetag in Freiburg genutzt, um noch einmal auf die Ergebnisse der Hartmannbund-Umfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen.“ aufmerksam zu machen. Mitglieder des Ausschusses verteilten am zweiten Sitzungstag frisch gedruckte Zeitungen zum Thema an die Delegierten und Gäste. Auch im Rahmen von Resolutionen, die über Delegierte des Hartmannbundes eingereicht wurden, konnten die Assistenzärzte auf die Umfrageergebnisse und die aktuell schwierigen Arbeitsbedingungen an den Kliniken aufmerksam

machen. Im Rahmen des Ärztetages nutzten die jungen Ärzte außerdem die Gelegenheit, sich mit den Delegierten auszutauschen – am Rande des Plenums oder während der Veranstaltungen einzelner Landesärztekammern. Ein weiterer Höhepunkt war die Teilnahme am Dialog der Bundesärztekammer (BÄK) zum Thema „Kommunikation in Zeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen“, zu dem die BÄK explizit junge Ärztinnen und Ärzte eingeladen hatte. Die Teilnehmer diskutierten über die Auswirkung der Digitalisierung auf das Arzt-Patient-Verhältnis und die digitale Weiterbildung.



Die 250 Delegierten des 120. Deutschen Ärztetages gaben mit vielen ihrer Beschlüsse Signale zum Aufbruch.



Dr. Klaus Reinhardt erhielt in seiner Funktion als Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses viel Anerkennung von den Delegierten.



Wenke Wichmann, Theodor Uden und Galina Pestel (v.l.) vom Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ verteilten die Zeitungen an die Delegierten.



Theodor Uden, Sprecher des Ausschusses (rechts im Bild) im Gespräch mit der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenker.





Dank ihrer Ausbildung als Pharmazeutin und Rettungsassistentin kann Gedikom-Mitarbeiterin Jeanette Schneider die Anrufer in der Regel in weniger als einer Minute an den richtigen Ansprechpartner weiterleiten.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

## 116117 – seit 2012 bundesweit einheitlich am Start Sechs Millionen Anrufe in einem Jahr

*Auf dem Papier ist die 116117 schon fast zehn Jahre alt, aber erst am 16. April 2012 ging die bundesweit einheitliche Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst an den Start. Der Bekanntheitsgrad ist noch ausbaufähig, aber ganz allmählich greift das gemeinsame Projekt der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Wir haben einmal genauer hingeschaut.*

Es ist ein Feiertag in Bayern. Die Arztpraxen haben geschlossen. Alle Patienten mit akuten Beschwerden, die keinen Krankenwagen brauchen, sind jetzt auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst angewiesen. Die Mitarbeiter des Gesundheitsdienstleisters „Gedikom“ in Bayreuth haben alle Hände voll zu tun. „Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116117, mein Name ist Schneider, wie kann ich Ihnen helfen?“, meldet sich Service-Mitarbeiterin Jeanette Schneider und wartet ein paar Sekunden ab. Am anderen Ende der Leitung ist eine Frauenstimme: „Ich habe seit einer Woche eine Ohrenentzündung, die geht einfach nicht weg. Und jetzt habe ich schon wieder Fieber. Ich glaube, ich muss doch zum Arzt.“ Schneider fragt: „Aus welchem Postleitzahlengebiet rufen Sie an?“ Diese Frage ist wichtig, denn Schneider muss die Patientin an die richtige Stelle weiterleiten. „28199?“, vergewissert sich Schneider, „in Bremen, ja? Moment, ich verbinde Sie mit den Kollegen von der Leitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Bitte bleiben Sie in der Leitung.“

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist in Deutschland Sache der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie wissen am besten, wie sie die Versorgung in den einzelnen Regionen organisieren: In Flächenländern muss der Bereitschaftsdienst sehr viel größere Gebiete abdecken als in den Stadtstaaten. Bevölkerungsstruktur, Zersiedelungsgrad und Arztdichte spielen eine Rolle. Deshalb ist die

Organisation des Bereitschaftsdienstes auf Landesebene gut aufgehoben. Mit der Einrichtung der kostenlosen bundeseinheitlichen Nummer 116117 wurde etwas geschaffen, was lange Zeit unmöglich schien: eine zentrale Nummer für völlig dezentral organisierte Strukturen. In Bayreuth befindet sich eines der bundesweiten Callcenter, die Anrufer aus ganz Deutschland an die richtige KV-Leitstelle vermitteln.

### Per Callcenter zum Bereitschaftsarzt

Die Leitstelle, an die Jeanette Schneider die Patientin übergibt, ist aufgrund der Postleitzahl die Vermittlungszentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Bremen. Würde die Patientin aus Frankfurt anrufen, wäre die KV Hessen zuständig, in Saarbrücken die KV Saarland. Schneider stellt durch, eine Mitarbeiterin in Bremen nimmt entgegen. Sie wird ein kurzes Anamnesegespräch führen, die Patientin über die nächstgelegene Bereitschaftspraxis informieren, telefonisch mit einem Arzt verbinden oder, wenn nötig, einen Hausbesuch organisieren. Bei schweren Erkrankungen oder lebensgefährlichen Situationen kann sie in Sekundenschnelle einen Rettungsdienst alarmieren.

Auf dem Papier ist die 116117 schon fast zehn Jahre alt. Der „geistige Vater“ der Rufnummer ist Dr. Hans-Joachim Helming, ehe-

maliger Vorstandsvorsitzender der KV Brandenburg. Die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nahmen Helmings Projekt im Jahr 2006 erstmals in Angriff. Die Ziffern der Rufnummern standen schnell fest: Die Europäische Kommission öffnete im Jahr 2007 die Leitungen für alle mit 116 beginnenden Nummern unter der Bedingung, dass diese ausschließlich für „harmonisierte Telefondienste mit sozialem Wert“ genutzt werden.

Themenvorschläge für solche Dienste wurden gesucht, man beschloss, einen Antrag auf die 116117 einzureichen. Es folgte eine Zeit der intensiven europäischen Lobbyarbeit. Denn bevor Deutschland die 116117 nutzen durfte, brauchte es fünf weitere EU-Länder, die die Nummer für denselben Zweck einrichten würden. Drei Jahre dauerte es, bis sich Estland, Lettland, Malta, Rumänien und Ungarn entschieden, dabei zu sein. So wurde die 116117 vor acht Jahren europaweit für den ärztlichen Bereitschaftsdienst reserviert. Bis man dort anrufen konnte, sollte es noch ein paar Jahre dauern. Zunächst musste die Rufnummer in Deutschland durch die Bundesnetzagentur vergeben werden, anschließend galt es, im Rahmen einer Ausschreibung einen Telekommunikationsbetreiber und zwei Servicecenter für die Umsetzung zu finden. Am 16. April 2012 ging die 116117 dann endlich an den Start.

### Eine technische Meisterleistung

„Technisch gesehen ist die 116117 dabei mehr als ein reiner Weitermittlungsdienst“, sagt Dr. Branko Trebar, Abteilungsleiter Versorgungsstrukturen bei der KBV. Zusammen mit Kommunikationsspezialisten und Gesundheitsexperten setzt er sich seit fünf Jahren für die optimale Umsetzung der Nummer ein. Mehr als 1.000 individuelle Bereitschaftsdienstregionen mussten unter einen Hut gebracht werden. So ist beispielsweise in Berlin der fahrende Bereitschaftsdienst üblich. Der diensthabende Bereitschaftsarzt bekommt den Anruf der KV direkt auf sein Handy gespielt und macht sich auf den Weg zum Patienten. In Baden-Württemberg gibt es sogenannte Notfallpraxen, deren Öffnungszeiten jedoch selbst innerhalb des Landes variieren. Des Weiteren gibt es zentrale Bereitschaftsdienstpraxen, die an Kliniken angegliedert sind: Portalpraxis, Bereitschaftspraxis, Notfallpraxis – sie heißen überall anders und sind verschieden organisiert. Den für den Patienten richtigen Arzt in seiner Nähe herauszufinden, ist also eine große Aufgabe. „Es hat Jahre gedauert, dieses System und die dahinterliegenden Prozesse zu optimieren“, erklärt Trebar. „Aber seit die Datenbanken im Hintergrund die Arbeit aufgenommen haben, läuft alles deutlich reibungsloser.“

Technisch einfach ist es, wenn jemand von einem Festnetz-Telefon aus die Ziffern 116117 anwählt. Während die Bandsage „Willkommen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst...“ läuft, wird der Anrufer über die automatische Rufnummernerkennung direkt der richtigen Vorwahl und damit der zuständigen KV-Leitstelle zugeordnet. Komplizierter wird es aber, wenn der Anruf von einem Mobiltelefon stammt. „Das System hinter der 116117 kann keine Sendemasten in der Nähe erkennen“, erklärt Trebar. „Hilfreich wäre, wenn

wir die Mobilfunkortung nutzen könnten, doch das ist uns gesetzlich nicht erlaubt.“ Trebar bemüht sich seit Jahren um eine Lösung. Doch das Gesundheitsministerium ist offiziell nicht zuständig für Telekommunikation, das Wirtschaftsministerium offiziell nicht zuständig für Gesundheitsfragen. Es fehlt also ein Ansprechpartner, der der KBV erlauben könnte, die Mobilfunkortung für den guten Zweck umzusetzen.

### Inanspruchnahme der 116117 steigt jährlich an

Bis es soweit ist, braucht es Serviceangestellte wie Jeanette Schneider. Im bundesweiten Callcenter in Bayreuth landen all die

Anrufer, bei denen die automatische Zuordnung nicht klappt. Das waren im Jahr 2015 knapp 17 Prozent aller Anrufer. Unterstützt gibt es noch ein zweites bundesweites Callcenter in Halle an der Saale. Die Inanspruchnahme der 116117 ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Über sechs Millionen Anrufe waren es im Jahr 2016. Zu Spitzenzeiten wie Ostern oder Weihnachten gehen bis zu 10.000 Anrufe pro Stunde im Callcenter ein. „Bei der 116117 haben Patienten außerhalb der üb-

lichen Praxisöffnungszeiten einen Ansprechpartner, der ihnen weiterhilft. Ohne lange Wartezeiten“, sagt Trebar.

Auch der Patientin aus Bremen wurde schnellstmöglich weitergeholfen. Innerhalb von fünf Minuten hat die KV-Mitarbeiterin das Anamnesegespräch geführt und einen HNO-Arzt in der Nähe der Patientin ausfindig gemacht, der gerade Bereitschaftsdienst hat. Die Patientin bedankt sich und legt auf. Bei Jeanette Schneider plopt eine Meldung auf ihrem Monitor auf: „Fall abgeschlossen“. Zufrieden drückt sie den Knopf für den nächsten Anruf.

(Sarah Weckerling/Sabine Grüneberg)

Anzeige





Der Anwendungsbereich des Mutterschutzgesetzes wurde erweitert. Künftig sind auch Studentinnen, Schülerinnen und Praktikantinnen vom Gesetz erfasst.

## Neuregelung des Mutterschutzrechts Anwendungsbereich wurde ausgeweitet

**Am 29. Mai 2017 stimmte der Bundesrat dem Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts zu. Das bis dato gültige Mutterschutzgesetz stammte in seinen wesentlichen Teilen aus dem Jahr 1952 und spiegelte auch die gesellschaftlichen Vorstellungen und Rollenbilder der 1950er Jahre wieder. Die im Jahr 1997 in Kraft getretene Mutterschutzarbeitsplatzverordnung (MuSchArbV) erreichte keinen großen Bekanntheitsgrad und ist mit der Novellierung im Mutterschutzgesetz aufgegangen. So sollen die Regelungen der MuSchArbV für Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber sowie für die Aufsichtsbehörden klarer und verständlicher werden.**

Der Hartmannbund hat sich mit dem Thema Mutterschutz in den vergangenen Jahren intensiv auseinandergesetzt. So fasste er auf seiner Hauptversammlung im Jahr 2015 den Beschluss, eine individuelle Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes von schwangeren Ärztinnen tatsächlich durchzuführen und eine entsprechende Umgestaltung des Arbeitsplatzes vor einer Beschränkung oder dem Erlass eines Beschäftigungsverbots entsprechend §§ 2 MuSchG, 1 MuSchArbV durchzuführen.

Die Nachrangigkeit personenbezogener gegenüber technischen oder organisatorischen Maßnahmen wird auch von Arbeitgebern im Gesundheitswesen teilweise nicht hinreichend beachtet. Insbesondere an Kliniken ist die Gefährdungsbeurteilung komplex und führt nicht selten zu erheblichen Unsicherheiten sowohl bei den Arbeitgebern als auch den Arbeitnehmerinnen. Die Weiterbildung zur Fachärztin fällt in der Regel in das Zeitfenster der Familienplanung, so dass junge Ärztinnen nicht selten ihre Schwangerschaft solange wie möglich verschweigen, um einem etwaigen Beschäftigungsverbot zu entgehen und ihre Weiterbildung möglichst lange störungsfrei fort-

setzen zu können. Dies konterkariert den Sinn und Zweck des Mutterschutzes, der den jungen Frauen ein hohes Schutzniveau bei gleichzeitiger Selbstbestimmung gewährleisten sollte. Arbeitgeber können die erforderlichen Maßnahmen nur dann ergreifen, wenn ihnen die Schwangerschaft bekannt ist. Das setzt aber auch eine Kenntnis des Arbeitgebers über die dann zu treffenden Maßnahmen voraus.

Insbesondere vor dem geschilderten Hintergrund, dass sich Ärztinnen zum Zeitpunkt einer Schwangerschaft häufig noch in der Weiterbildung zur Fachärztin befinden und damit ein besonderes Interesse an der Fortführung ihrer Tätigkeit haben, gebietet es, den Arbeitgebern klare Handlungsanweisungen an die Hand zu geben, um die Erteilung absoluter Beschäftigungsverbote möglichst zu vermeiden. Insofern ist die berufsgruppenbezogene Erarbeitung von praxisgerechten Regeln zur Umsetzung der Mutterschutzbestimmungen durch einen Ausschuss für Mutterschutz im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Anwendbarkeit der Regelungen zu unterstützen. So heißt es in der Stellungnahme des Hartmannbundes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Mutterschutzgesetz.

Doch was wird sich durch das neue Mutterschutzgesetz nun konkret ändern? Wie auch der Hartmannbund in seiner Stellungnahme gefordert hatte, wird der Anwendungsbereich des Mutterschutzgesetzes erweitert, künftig sind auch Studentinnen, Schülerinnen und Praktikantinnen vom Gesetz erfasst.

Den schwangeren und stillenden Frauen wird ein größeres Mitspracherecht bei ihrer Arbeitszeitgestaltung gegeben. Die Möglichkeiten, an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten, werden erweitert, vorausgesetzt die Frau hat sich hierzu ausdrücklich bereit erklärt. Hinsichtlich des Verbots der Nacharbeit galt dies bisher grundsätzlich uneingeschränkt zwischen 20 und 6 Uhr, hier ist es nun möglich, mit der Zustimmung der Betroffenen eine behördliche Ausnahmegenehmigung der Beschäftigung bis 22 Uhr zu erwirken, wenn aus ärztlicher Sicht nichts entgegensteht.

Die Mutterschutzarbeitsverordnung (MuSchArbV) wird in das Mutterschutzgesetz integriert, sodass sich im Gesetz selbst die Arbeitgeberpflichten zur Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen finden. Beschäftigungsverbote aus betrieblichen Gründen sollen möglichst vermieden werden. Der Gesetzgeber hat die arbeitsschutzrechtliche Begrifflichkeit der „unverantwortbaren Gefährdungen“ auch bezüglich Mutterschutz und Stillzeit implementiert. Arbeitgeber haben die Arbeitsbedingungen so zu

gestalten, dass Gefährdungen einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes möglichst vermieden werden und eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen wird. Eine Gefährdung ist nach der gesetzlichen Definition dann unverantwortbar, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist.

Die oben stehenden Neuerungen treten am 1. Januar 2018 in Kraft. Seit dem 30. Mai 2017 sind aber bereits zwei Neuregelungen in Kraft getreten. So soll nach der Geburt eines behinderten Kindes der Mutterschutz nach der Geburt von acht auf zwölf Wochen ausgeweitet werden. Neu eingeführt wird ein Sonderkündigungsschutz für Frauen, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erleiden. Im Gesetz ist die Einrichtung eines Ausschusses für Mutterschutz vorgesehen, welcher unter anderem Art, Ausmaß und Dauer der möglichen unverantwortbaren Gefährdungen einer schwangeren oder stillenden Frau und ihres Kindes nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ermittelt und begründet. (CB)

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern eine individuelle und kostenlose Beratung an. Die Rechtsabteilung des Hartmannbundes erreichen Sie telefonisch unter der Nummer 030 206 208-58 oder per Mail über [recht@hartmannbund.de](mailto:recht@hartmannbund.de).

## Standpunkt

Seit vielen Jahren engagiert sich das Hartmannbund-Mitglied Dr. Astrid Bühren aus Bayern berufspolitisch. Eine Herzensangelegenheit war und ist ihr das Thema „Arbeitsbedingungen von Ärztinnen“. Hier konnte die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in diesem Jahr endlich die Früchte ernten – der Bundesrat hat im Mai den von der damaligen Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig vorgelegten Gesetzentwurf zur Neuregelung des Mutterschutzrechts beschlossen. Für Astrid Bühren Anlass, noch einmal zurückzublicken:



Es war das Jahr 1993, als das Bundesverwaltungsgericht entschieden hatte, dass eine werdende Mutter unter anderem keinen Umgang mit stechenden, schneidenden oder bohrenden Gegenständen haben darf. Als Grund wurde die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Infektionserkrankung durch eine Stichverletzung (so gering sie auch sein möge) angegeben. Für operativ tätige Ärztinnen wurde zunehmend deutlich, welche nachteiligen beruflichen Konsequenzen dieses Urteil für sie hat. So organisierten Gynäkologinnen im Deutschen Ärztinnenbund 1999 erstmals ein Symposium, in dem sowohl aus betroffener Ärztinnensicht als auch aus betroffener cheffärztlicher Arbeitersicht die Möglichkeiten eines konstruktiven Umgangs mit dem Mutterschutzgesetz eruiert wurden. Als damalige Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds nahm ich daraufhin erste Kontakte zur Politik auf. Nachdem wir jahrelang auf wenig Interesse gestoßen waren, änderte sich das allmählich: Beim Deutschen Ärztetag 2002 stand das Thema „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ auf der Tagesordnung. Zwei Jahre später beschloss der Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit, dass die Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich sei. 2010 war es dann so weit: Der „Runde Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ wurde ins Leben gerufen. An diesem durfte ich als Expertin teilnehmen. Ein weiteres erfolgreiches Projekt war der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahr 2010 mit einer Sitzung unter dem Motto „Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN. Gesetzliche Regelungen – Hindernis für Vereinbarkeit von Beruf und Familie“. Die damalige Referatsleiterin im Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSJ), Jutta Struck, machte deutlich, dass nirgends im Gesetz oder in der Verordnung zum Schutz der Mütter am Arbeitsplatz explizit stehe, dass Ärztinnen nicht operieren dürften. Sie plädierte für „so viel Mutterschutz, wie zum Schutz der (werdenden) Mutter und des Kindes erforderlich sei, um eine Gefährdung zu vermeiden, aber auch so wenig wie verantwortlich möglich im Hinblick darauf, eine Diskriminierung der Frauen zu verhindern“. Sieben Jahre später – nach spezifischen Vorarbeiten in diversen Berufsverbänden und Fachgesellschaften – folgten mit der Anpassung des Mutterschutzgesetzes endlich Taten.

Fazit: Es war sehr lehrreich, ein Gesetzgebungsverfahren von der Feststellung und Mitteilung eines Missstandes bis zur Anhörung im entsprechenden Bundesministerium und der Beschlussfassung mitzuerleben. Im Kern ist das Ziel einer umfangreicheren und selbstverantwortlicheren ärztlichen Tätigkeit auch in der Schwangerschaft und Stillzeit erreicht worden. Details sollen in einem neu zu gründenden „Ausschuss für Mutterschutz“ ab 2018 erarbeitet werden. Ein solches Resultat zeigt, dass man auch mit einem ehrenamtlichen standespolitischen Engagement Ziele erreichen kann. In der Summe tragen wir alle dazu bei, unseren ärztlichen Beruf attraktiv zu erhalten und zukunftsfähig zu gestalten.





Im Unfallkrankenhaus Berlin wird interprofessionelle Arbeit großgeschrieben. Im Schockraum werden lebensbedrohlich verletzte oder erkrankte Patienten erstbehandelt – interprofessionell von Ärzten und Pflegekräften.

Quelle: Unfallkrankenhaus Berlin

## „Noch immer gibt es Klinikleiter, die behaupten, es geht auch ohne elektronische Zeiterfassung“

Professor Dr. Axel Ekkernkamp, seit 1997 Ärztlicher Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, hat im Rahmen des Hartmannbund-Symposiums „Ärztliches Arbeiten 4.0“ im April zum Thema „Arbeitsbedingungen und Arbeitszeitmodelle“ referiert und von seinen Erfahrungen als Arzt, aber auch als Geschäftsführer einer großen Klinik gesprochen. Die Redaktion freut sich, dass Prof. Ekkernkamp nun auch für das Hartmannbund-Magazin einige Fragen beantwortet hat.

Die aktuelle Hartmannbund-Umfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen.“ hat bereits bekannte, aber auch viele neue erschreckende Erkenntnisse „ans Licht befördert“. Die Assistenzärzte arbeiten und dokumentieren zu viel, haben wenig Zeit für ihre Patienten, können selten bis nie ihre Pausenzeiten einhalten, leiden unter Schlafmangel und befürchten gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dies ist nur eine kleine Auswahl der Antworten. Aus den Freitexten der mehr als 1.300 Teilnehmer lassen sich Resignation und Verzweiflung ablesen. Wie ordnen Sie diese Ergebnisse ein?

Zunächst kann man dem Hartmannbund für die gute Medienarbeit nur gratulieren, die Ergebnisse der Umfrage sind in der Ärzteschaft, aber auch in den Klinikgeschäftsführungen angekommen. Natürlich sieht der eine oder andere Verwaltungsdirektor die Antworten kritisch und bezweifelt objektive Richtigkeit. Dennoch wurden die

Finger in die richtigen Wunden gelegt und damit eine krankenhausinterne Reflexion ermöglicht. Erlaubt sein muss aber auch der Blick auf die Wahrnehmung anderer Akademiker, welche – wohl nicht zu Unrecht – die Ärztinnen und Ärzte beneiden. Nur in unserem Fach gelingt die Promotion berufs- oder sogar studienbegleitend. Jeder Berufsanfänger findet in der Bundesrepublik Deutschland sofort eine Tätigkeit, Arbeitslosigkeit ist national wie international auf Lebenszeit für den ärztlichen Berufsstand nicht zu erwarten. Die Ärzteschaft repräsentiert im Kollektiv die Berufsgruppe mit dem höchsten durchschnittlichen Einkommen. All diese Gesichtspunkte sind mit der kritischen Eigenschau zu korrelieren.

Mindestens jeder zweite Umfrageteilnehmer ist von seinem Arbeitgeber schon einmal direkt oder indirekt dazu aufgefordert worden, Überstunden nicht zu dokumentieren. 65 Prozent der Befragten haben angegeben,

dass ihre Arbeitszeiten nicht objektiv und manipulationssicher erfasst werden. Sie haben auf dem Hartmannbund-Symposium für eine flächendeckende elektronische Arbeitszeiterfassung plädiert, die manipulationssicher sein muss. Bietet ein solches System eine maximale Transparenz oder gibt es hier „Schlupflöcher“ für die Arbeitgeber?

Noch immer gibt es Klinikleiter, die behaupten, man könne oder solle elektronische Zeiterfassungssysteme nicht einführen. Ein besseres Instrument zur Erfassung von Arbeitszeiten, zumal in veränderten Lebenswirklichkeiten, kenne ich aber nicht. Sie fragen nach Schlupflöchern... natürlich findet der Bösmeinende auch Schlupflöcher. Erfreulicherweise besteht innerhalb der Ärzteschaft Konsens darüber, dass wir von ehrlicher Dokumentation ausgehen; Sie kennen die Kritik an Weiterbildungs- und Arbeitszeugnissen. Maßstab der Beurteilung muss der Normalfall sein. Noch ein

Wort: Wie wollen Sie vermehrte Teilzeitarbeit, Arbeitseinsätze an Orten außerhalb der Krankenhäuser unter Einsatz intelligenter IT anders dokumentieren und vergüten, als auf der Basis elektronischer Meßsysteme?

Das Dokumentieren nimmt in der täglichen Arbeit vor allem auch der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen großen Teil ein. Diese Zeit fehlt bei den Patienten. Wie entkommen aus diesem Kreislauf?

Die Dokumentationsanforderungen sind hoch, sie werden aus den unterschiedlichsten Gründen – nicht zuletzt zur Qualitätssicherung – weiter steigen. Der Einsatz von Dokumentationsassistenten hat sich nicht bewährt. Die elektronische Patientenakte unter Verwendung der sogenannten mobilen Visite, in welche mehrere Berufsgruppen gleichzeitig dokumentieren, der elektronische Medikationsplan oder automatische Medikamentenmanagementsysteme, der Arztbrief als Abfallprodukt aus modernen IT-Lösungen sind erste richtige Schritte, um den Kolleginnen und Kollegen mehr Raum zu schaffen für Gespräche mit Patienten, für Einsätze in Operations- und Funktionsbereichen. Trotz aller Kompetenzverschiebungen zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus bleibt die Schlüsselposition von Ärztinnen und Ärzten unumstritten. Krankenträger, Patienten und die nichtärztlichen Gesundheitsberufe profitieren am meisten von leistungsfähigen und motivierten Kolleginnen und Kollegen, deren Arbeitssituation zu den allgemeinen Lebensverhältnissen passen muss. Elternzeit für Mutter und Vater sind in unserer Berliner BG-Klinik eher die Regel als die Ausnahme. Die elektronische Zeiterfassung ist ideale Basis für Teilzeitarbeit. Beispielhaft genannt sei die Marzahner Kardiologie, in der keine Oberärztin vollschichtig arbeitet und dennoch Hervorragendes leistet. Bleiben individuelle Sabbaticals, mit denen wir in Berlin ausgezeichnete Erfahrungen gemacht haben.

Arbeitszeitmodelle wie Jobsharing werden unter den Ärzten immer beliebter. Sind das auch für Sie vorstellbare Modelle?

Jobsharing ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt außerhalb der Gesundheitsbranche selbstverständlich, in der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege ebenfalls etabliert. Die Ausgestaltung des Jobsharings kann nur individuell vereinbart werden, da die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vom Einzelfall abhängen. Wiederholt sei die Feststellung, dass sich die Stimmungslage des Krankenhauspersonals unmittelbar auf

die Zufriedenheit der Patienten auswirkt. Das Einfordern starrer Spielregeln auf Seiten von Krankenhausmanagern, HR-Abteilungen und Chefärzten wird sich nachteilig auswirken. Zugegeben werden muss aber auch, dass geringe Personalausstattungen im ländlichen Bereich flexible Lösungen eher erschweren.

Unter den jungen Ärztinnen und Ärzten wird die Delegation ärztlicher Leistungen als sinnvolles Instrument angesehen, um ärztliche Arbeitszeit effizienter zu gestalten. Andere Gesundheitsberufe wie der Physician Assistant sind auf dem Vormarsch. Ein Trend, der nicht mehr aufzuhalten ist?

Leider sprechen wir innerhalb der Ärzteschaft noch immer von Delegation versus Substitution. Die Akademisierung bestimmter Prozentanteile der bisherigen Gesundheitsfachberufe wird zu einer anderen Art der Zusammenarbeit führen; dann ringen der promovierte Physiotherapeut, der Logopäde mit Masterabschluss und die kompetente Ärztin gemeinsam um den besten Lösungsweg für den Patienten. Die ersten berufsqualifizierenden Studiengänge an Universitäten für angewandte Wissenschaften nehmen gerade Fahrt auf. Die Führungsrolle der Ärzteschaft wird nicht zuletzt wegen des Arztvorbehaltes unangestastet bleiben. Persönlich bin ich fest davon überzeugt, dass qualifizierteres Personal gesamthaft zu besseren Ergebnissen führen wird.

Sektorenübergreifende Versorgung wird verstärkt diskutiert – bisher eher in strukturschwächeren Gebieten, aber auch in Ihrem Haus ist sektorenübergreifend kein Fremdwort mehr. Welche Rollen werden die Ärzte in einer solchen Versorgungsstruktur spielen? Auf was sollte sich der ärztliche Nachwuchs einstellen?

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die integrierte Versorgung selbstverständlich, wir behandeln Patienten nach Arbeits- und Wegeunfällen mal ambulant, mal stationär, durchgängig rehabilitativ, der Durchgangsarzt ist sektorenübergreifend Lotse im System. In Berlin-Marzahn haben wir darüber hinaus ein Gesundheitszentrum für Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung errichtet. Die ambulante Versorgung im Vertragsarztbereich ist bekanntlich Fachärztinnen und Fachärzten vorbehalten, einige unserer Leistungsträger machen von der Möglichkeit Gebrauch, zu bestimmten Zeiten – natürlich unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen – im MVZ und zu anderen Zeiten im Krankenhausbereich, beispielsweise als Oberarzt, zu arbei-

ten. Die jüngeren Kolleginnen und Kollegen interessieren sich sehr für derartige Einsatzmöglichkeiten, die noch größere Flexibilität im Berufsleben ermöglichen. Der Gang in das Krankenhaus-MVZ ist plötzlich keine Einbahnstraße mehr.

Stichwort: Notfallversorgung. Sehen Sie hier eine Chance, den gordischen Knoten im Streit zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu durchschlagen?

Im Unfallkrankenhaus Berlin wurde im August 2016 eine Portalpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin eröffnet, in welcher Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an Feiertagen und Wochenenden ihren Dienst verrichten. Ich hätte mir niemals vorstellen können, wie positiv die Effekte des gegenseitigen Kennens und der gegenseitigen Unterstützung unter einem Dach sein können. Gerade beim gesamtgesellschaftlich so wichtigen Thema wie der Notfallversorgung wird vieles beklagt, Hintergrund sind formale Streitigkeiten über Sektorengrenzen hinweg und Unterfinanzierung. Im Gegensatz dazu erlebe ich regelmäßig, wie positiv der ärztliche Einsatz im Rettungshelikopter, im NAW, NEF, im STEMO, im Emergency Room, in der Portalpraxis und schließlich im Simulator sein kann. Die rasche und kompetente Hilfe des Notfallpatienten stellt zwar eine große Herausforderung dar, ist aber allein und im Team äußerst zufriedenstellend und ganz nah am Kern der ursprünglichen Entscheidung, warum man denn den steinigen Weg von Medizinstudium und Weiterbildung auf sich genommen hat.

Sehr geehrter Herr Prof. Ekkernkamp, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. (DA)



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp ist seit 1999 Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin. Der Facharzt für Chirurgie hat in Deutschland und in der Schweiz Medizin studiert. 1999 erhielt er eine ordentliche Professur an der Universität Greifswald/Lehrstuhl für Unfallchirurgie. An der Greifswalder Universitätsmedizin ist er Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Rehabilitative Medizin.



# „Masterplan Medizinstudium 2020“ – eine „never ending story“? Expertenkommission ist noch nicht am Start

*Knapp verpasst haben wir in unserer letzten Ausgabe die Veröffentlichung des lange erwarteten „Masterplan Medizinstudium 2020“. Weil er dem Hartmannbund und seinen Medizinstudierenden so wichtig ist und der Ausschuss „Medizinstudierende im Hartmannbund“ das Thema viele Jahre sehr engagiert begleitet hat, holen wir an dieser Stelle die Berichterstattung nach. Welche Entscheidungen wurden getroffen? Und wie soll es jetzt eigentlich weitergehen?*



Um mit der wichtigsten Frage „Wie soll es mit dem MM2020 weitergehen?“ gleich einmal zu starten... Wir haben bei der Pressestelle des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) eine Anfrage gestellt. Die Antwort: Aktuell laufen die Vorbereitungen für den Start der eingesetzten Expertenkommission. Diese soll zeitnah ihre Tätigkeit aufnehmen. Bisher steht nur der Name der Kommissionsleiterin fest: Monika Harms, eine frühere Generalbundesanwältin. Weitere Namen sollen zu einem späteren Zeitpunkt bekanntgegeben werden. Die Experten sollen die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten untersuchen und innerhalb eines Jahres einen Vorschlag zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorlegen. Ob auch die Medizinstudierenden in die Arbeit der Kommission eingebunden werden, dazu gab es von Seiten des BMG keine Auskunft?

Im Klartext heißt das, dass die Expertenkommission knapp drei Monate nach Veröffentlichung des Masterplans am 31. März die Arbeit noch nicht aufgenommen hat. Bei der Bedeutung des Projekts, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Rahmen der Veröffentlichung betonte, verwundert dies doch ein wenig:

„Der Masterplan Medizinstudium 2020 ist ein wichtiger Schritt hin zu einem modernen Medizinstudium, das unsere Ärztinnen und Ärzte auf die künftigen Herausforderungen vorbereitet und eine gute Patientenversorgung überall in Deutschland auch in Zukunft sicherstellt. Mehr Praxisbezug im Studium und eine Stärkung der Allgemeinmedizin sind gerade mit Blick auf die gute Versorgung im ländlichen Raum von großer Bedeutung. Zugleich wird die Befähigung zu wissenschaftlichem Arbeiten gestärkt – dies entspricht den

Empfehlungen des Wissenschaftsrats und dem Wunsch vieler angehender Ärztinnen und Ärzte.“

## Was wurde genau beschlossen?

An dieser Stelle das ausführliche Papier vorzustellen (ist auf [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) nachzulesen), würde zu weit führen. Deshalb hier nur eine Auswahl an Maßnahmen:

- Es soll eine optionale Landarztquote für bis zu 10 Prozent der Studienplätze eingeführt werden.
- Das Hochschulzulassungsrecht wird dahingehend verändert, dass die Hochschule in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien anwenden kann.
- Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben.
- Die Anzahl der im Studium zu erbringenden Leistungsnachweise für Fächer und Querschnittsbereiche und die Notepflicht werden überprüft.
- In Zukunft werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende der Ausbildung miteinander verknüpft. Teilstudienplätze gehören damit der Vergangenheit an.
- Es wird eine einheitliche Prüfung nach dem ersten Studienabschnitt eingeführt (schriftliche Prüfung nach vier Semestern, mündlich-praktisch Prüfung nach sechs Semestern).
- Alle Studierenden sollen im Staatsexamen am Ende ihres Studiums in der Allgemeinmedizin geprüft werden: Einführung einer M3-Pflichtprüfung in der Allgemeinmedizin
- Einführung von PJ-Quartalen: Innere Medizin und Chirurgie sollen weiterhin verpflichtend sein, neu hinzu kommt ein PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung, 1 Wahlquartal
- Die Allgemeinmedizin soll von Studienbeginn an gelehrt werden, das Blockpraktikum bleibt erhalten, die Pflichtfamulatur kann unter bestimmten Voraussetzungen entfallen.
- Die Modellklausel wird überprüft und ggfs. neu gestaltet.

Wie bereits erwähnt, soll die Expertenkommission innerhalb eines Jahres einige der Maßnahmen auf ihre Finanzierbarkeit prüfen und einen Entwurf für eine veränderte Approbationsordnung – vermutlich inklusive einzelner Übergangsfristen – vorlegen. Danach folgen Beratungen in den zuständigen Bundesministerien und in den Bundesländern, Anhörungen von Verbänden und anderen Interessenorganisationen, und danach wird das Papier final dem Bundesrat zur Verabschiedung vorgelegt.

## Was sagt der Hartmannbund dazu?

Als „eher enttäuschend“ hat der Hartmannbund den vorgestellten „Masterplan Medizinstudium 2020“ bezeichnet. Mit der optionalen Landarztquote, einem zusätzlichen ambulanten Pflichtab-

schnitt im Praktischen Jahr und einer zu einseitigen Fokussierung auf das Fach Allgemeinmedizin setze man in wichtigen Fragen eher auf Zwang und Lenkung statt auf Motivation und Freiheit.

„Dahinter verblissen leider einige durchaus positive Ansätze, wie wir sie zum Beispiel in einer Veränderung der Zulassungsbedingungen zum Studium oder in der Stärkung der Wissenschaftlichkeit sehen“, sagte dazu Moritz Völker, Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Statt noch mehr innovativen Konzepten eine Chance zu geben und das Medizinstudium zukunftsfähig zu gestalten, habe sich die Politik mit ihrer Konzentration auf versorgungspolitische Aspekte in der Masterplan-Debatte verkrampft. „Der Masterplan wird so in der Summe nicht zu den gewünschten Erfolgen führen“, zeigte sich Völker ernüchtert. Dazu trage das Papier zu sehr die typische Handschrift eines Kompromisses, der jedem ein bisschen etwas gebe und dabei die Chance auf den ganz großen Wurf verpasse. Wirkliche Reformen bräuchten mehr Mut. Zu diesem hätten sich die Beteiligten leider nicht entscheidend durchringen können. Dass das Papier – ausgerechnet mit Blick auf die nach wie vor ungeklärte Finanzierung zum Beispiel der umstrittenen „Landarztquote“ – noch immer unter einem Finanzierungsvorbehalt stehe, entbehre in diesem Zusammenhang nicht einer gewissen Ironie.

Der Vorsitzende des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“ appellierte an die politisch Verantwortlichen, die Medizinstudierenden in die Arbeit der Expertenkommission einzubeziehen. Denn nun müsse es wenigstens darum gehen, die im Masterplan enthaltenen guten Ansätze praxistauglich und mit Blick in die Zukunft umzusetzen. (DA)



© BMG/Schinkel

Vertreter von Bund und Ländern demonstrierten während der Veröffentlichung des Masterplans Einigkeit, obwohl es hinter den Kulissen weiterhin brodelte – vor allem hinsichtlich der Finanzierung vorgeschlagener Maßnahmen wie der Landarztquote oder dem ambulanten PJ-Pflichtquartal.



## Was sonst noch?

Frühjahrssitzung der HB-Univertreter



Von den aktuell 73 Univertretern in ganz Deutschland trafen sich 30 Mitte April in Berlin im Hartmannbund-Haus. Neben einer sehr produktiven, zweitägigen Sitzungsarbeit stand natürlich auch der Spaß und die Pflege des Netzwerkes im Mittelpunkt.

Es war ein spannendes Wochenende mit vielen produktiven AG-Zeiten, guten Ideen und Konzepten für die Zukunft. Themen waren unter anderem: der „Masterplan Medizinstudium 2020“ mit guten Ansätzen, aber auch strittigen Punkten; die aktuelle Promotionsituation, die noch einmal im Kontext der frisch veröffentlichten Hartmannbund-Umfrage „Dr. med. – Heilen ohne Hut?“ beleuchtet wurde; das gegenwärtige Zulassungsverfahren mit all seinen Schwächen. Mit diesen und weiteren Projekten haben die HB-Univertreter ein volles Programm für die kommenden Wochen und Monate, um weiter an der Verbesserung der Studienbedingungen zu arbeiten.

## Der Hartmannbund beim Fakultätentag

Zu einem sehr interessanten Gespräch hatte der Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentages (MFT), Dr. Frank Wissing, den Vorsitzenden des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“, Moritz Völker, eingeladen. Dieser konnte die Ergebnisse der aktuellen Umfrage „Dr. med. – Heilen ohne Hut?“ sowie die Hartmannbund-Positionen u.a. zur Wissenschaftlichkeit und zur medizinischen Promotion vorstellen. Beide Seiten haben festgehalten: Die medizinische Promotion ist aktuell auf dem Prüfstand; gemeinsam gilt es, den Dr. med. weiterzuentwickeln; die Betreuung vor Ort muss sich verbessern, nur gemeinsam werden sich langfristig tragfähige Projekte umsetzen lassen.



Immer aktuelle Informationen auf Facebook: Medizinstudierende im Hartmannbund



# Die Länder haben gewählt

Das Frühjahr stand ganz im Zeichen der Landesdelegiertenversammlungen (LDV). Mit Ausnahme des Landesverbandes Nordrhein, dessen LDV am 24. Juni stattfinden wird, haben alle Landesverbände bis zum Redaktionsschluss dieses Magazins getagt und ihre neuen Vorstände gewählt. Die Redaktion gratuliert allen neu- bzw. wiedergewählten Vorstandsmitgliedern und wünscht allen viel Freude und Erfolg beim „Einsatz“ für den Hartmannbund. Mehr Informationen zu den Wahlen: [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)



## Brandenburg

Die Landesdelegierten haben ihren Vorsitzenden Dr. Hanjo Pohle (Allgemeinmediziner aus Rathenow und Vizepräsident der Landesärztekammer Brandenburg) in seinem Amt für weitere vier Jahre bestätigt. Mit Antonia Stahl wurde erstmals eine Ärztin in Weiterbildung nicht nur in den Vorstand, sondern sogar zur 1. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Zweiter Stellvertreter ist der FA für Anästhesiologie und Leiter des Rettungsdienstes Beeskow, Ulrich Schwillke. Schwerpunktthemen der nächsten Monate: Diskussion um neue Wege der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, Suche nach Wegen einer intelligenten Patientensteuerung.

## Bremen

Dr. Jörg Hermann (Facharzt für Dermatologie und Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen) wird auch in den nächsten Jahren den Vorsitz im Bremer Hartmannbund übernehmen. Als stellvertretende Vorsitzende wurden Dr. Wilhelm Kröncke (Augenarzt aus Bremerhaven) und Dr. Immo Pape (Augenarzt aus Bremen) im Amt bestätigt. Neu im Vorstand ist Dr. Marcus Berkefeld, er wurde als einer der drei Beisitzer von den Mitgliedern im Hartmannbund gewählt. In den kommenden Jahren sollen insbesondere die Interessen der heranwachsenden Ärztesgeneration sowie die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen in den Fokus der Verbandsarbeit rücken.



## Berlin

Neuer Vorsitzender ist PD Dr. Uwe Torsten (FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und CA im Vivantes Klinikum Neukölln). Er übernimmt die Verbandsführung vom bisherigen langjährigen Vorsitzenden Dr. Rudolf Fitzner, der als 1. stellvertretender Vorsitzender weiterhin Mitglied des Vorstandes sein wird. Zum 2. stellvertretenden Vorsitzenden wählten die Delegierten den niedergelassenen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. Daniel Peukert, Finanzbeauftragte ist Miriam Vosloo. Inhaltlich stehen die medizinische Versorgung auf Bundes- und Landesebene, die Umsetzung des Generationenvertrages und die Herausforderungen der ärztlichen Arbeitswelten ganz oben auf der Agenda.

## Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Die Landesdelegierten setzten sich im Rahmen einer gemeinsamen Versammlung intensiv mit der „Gesundheitsversorgung 2030“ und den Optionen für eine intelligente Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auseinander. Die beiden Vorsitzenden der Hartmannbund-Landesverbände Sachsen und Sachsen-Anhalt, der Leipziger Allgemeinmediziner Dr. Thomas Lipp und der HNO-Arzt Dipl.-Med. Bruno Jung aus Aschersleben, sind von den Delegierten ihrer Landesverbände in ihrem Amt für weitere vier Jahre bestätigt worden. Einen Wechsel gab es in Thüringen: Neuer Vorsitzender ist Dr. Jörg Müller, Augenarzt in Gera. Alle drei Landesverbände freuen sich über das Engagement der jungen Generation. So sind mit Wenke Wichmann (Sachsen), Jens Hildebrandt (Sachsen-Anhalt) und Nicole Aderhold (Thüringen) in jedem Landesvorstand auch Ärzte in Weiterbildung vertreten.



## Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein

Auf der gemeinsamen Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbundes Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein in Schwerin diskutieren die Mitglieder gemeinsam mit dem Nobelpreisträger Prof. Dr. Harald zur Hausen (unten Bildmitte), Dietrich Monstadt, MdB (li.) und Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (re.) und weiteren Gästen aus Politik und Selbstverwaltung über das Thema Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In den anschließenden Wahlen wurden Dipl.-Med. Bernd Helmecke als Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern und Dr. Mark Fabian Tobis als Vorsitzender des Landesverbandes Schleswig-Holstein gewählt.



## Bayern

Prof. Dr. Wolfgang Gerhard Locher ist neuer Vorsitzender des Hartmannbundes in Bayern. Er wurde ebenso einstimmig ins Amt gewählt wie seine beiden Stellvertreter, der Passauer Arzt Wolfgang Gradel und der bisherige Vorsitzende, der Münchner Internist Dr. Philipp Ascher. Höhepunkt war der Besuch der bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml (Foto unten rechts mit Dr. Kathrin Krome). Sie sprach in ihrer Rede wichtige Felder der Gesundheitsversorgung in Bayern an und hob in diesem Zusammenhang die Aktivitäten des Hartmannbundes in den Themenbereichen Versorgung im ländlichen Raum, Entwicklung des Medizinstudiums und sektorenübergreifende Versorgung hervor. Oberste Priorität habe für sie eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum. Von den Krankenhäusern erwarte Huml in diesem Zusammenhang mehr Bereitschaft zu Kooperationen.



## Baden-Württemberg

Klaus Rinkel (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) bleibt Vorsitzender in Baden-Württemberg (Foto oben). Ebenso einstimmig im Amt bestätigt wurde Dr. Peter Napiwotzky (Internist und Hausarzt) als sein Stellvertreter. Zwei neue Gesichter gibt es bei den Beisitzern. Als neu gewählte Bezirksvorsitzende für Nordbaden und Nordwürttemberg ziehen mit Dr. Fabian Schlaich und Dr. Markus Müller junge Kollegen in den Geschäftsführenden Vorstand ein. Höhepunkt der Veranstaltung war der Besuch des Landesministers für Soziales und Integration, Manfred Lucha. Er griff in seiner Rede wichtige Themen der Gesundheitsversorgung im Land auf und hob die Aktivitäten des Hartmannbundes in den Themenbereichen Versorgung im ländlichen Raum, Entwicklung des Medizinstudiums, E-Health und sektorenübergreifende Versorgung hervor.



## Hessen

Lothar Born bleibt Vorsitzender (Foto oben), ebenso einstimmig wurde Dr. Johannes Knollmeyer als Stellvertreter bestätigt. Neu im Vorstand ist Dr. Adelheid Rauch, und mit Svenja Krück ist auch eine junge Assistenzärztin im Vorstand vertreten. Born bekräftigte den Anspruch des Hartmannbundes, sich noch stärker in die landespezifischen Debatten zur Gesundheitspolitik einzubringen. Dabei gelte es besonders, die Interessen der nachwachsenden Ärztesgeneration in den Focus zu rücken – zum Beispiel auch mit Blick auf deren künftige Vertretung in den Körperschaften. Als Ergebnis der gesundheitspolitischen Debatte wurden drei Resolutionen zu den Themen Aus- und Weiterbildung von Ärzten in Hessen, Zukunft des Dualen Systems und zum BKA-Gesetz verabschiedet.



## Westfalen-Lippe

Dr. Klaus Reinhardt bleibt Vorsitzender des Hartmannbundes in Westfalen-Lippe. Die Delegierten des Landesverbandes bestätigten den 56-jährigen niedergelassenen Allgemeinmediziner aus Bielefeld ebenso einstimmig im Amt wie seinen Stellvertreter Dr. Hans-Peter Peters. Ein neues Gesicht gibt es bei den Beisitzern: Mit Max Christian Tischler ist ab sofort auch ein junger Assistenzarzt im Vorstand vertreten. Reinhardt ließ keinen Zweifel daran, dass sich der Hartmannbund auch weiterhin als wichtiger Impulsgeber für die Gesundheitspolitik auf Kammer- und KV- Ebene, aber auch im Bereich der Landespolitik verstehe. Für die neue Landesregierung hatten die Delegierten denn auch gleich eine klare Forderung parat: Das Land müsse (endlich) die erforderlichen Finanzmittel für die notwendigen Investitionen im stationären Sektor bereitstellen. Die bislang praktizierte „Finanzierung nach Haushaltslage“ gefährde nachhaltig die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten.



## Niedersachsen

Auf der Delegiertenversammlung des Landesverbandes Niedersachsen in Hannover wählten die Delegierten als neue Vorsitzende Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat (Foto oben), Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Leiterin des Deutschen HörZentrums Hannover. Der langjährige Vorsitzende Dr. Bernd Lücke trat nach zwei Amtszeiten nicht wieder als Kandidat für den Landesvorsitz an. Als neuer stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. Thomas Carl Stiller (Allgemeinmediziner, Göttingen) gewählt. Dr. Sören Könniker (Arzt in Weiterbildung, Hannover) ist für die neue Legislaturperiode der neue Finanzbeauftragte. Zudem wählten die Delegierten der Landesversammlung mit Johanna Diekmann (Ärztin in Weiterbildung, Hannover) und Theodor Uden (Arzt in Weiterbildung, Hannover) zwei junge Assistenzärzte als Beisitzer in den neuen Vorstand.



## Hamburg

Der niedergelassene Internist Dr. Clemens Rust wurde als neuer Vorsitzender des Landesverbandes gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Dr. André Rensch an, der nicht mehr für das Amt kandidierte. Dr. Sabine Wedekind (Internistin) wurde als stellvertretende Landesvorsitzende wiedergewählt. Als Finanzbeauftragter und 1. Beisitzer wurde Dr. Borwin Scheuer (Hals-Nasen-Ohren-Arzt) bestätigt. Mit Kristian Otte (Arzt in Weiterbildung) wählten die Delegierten einen jungen Assistenzarzt in den Vorstand. Zentrales Thema der Versammlung war das Thema Patientenversorgung. Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, leitete den Abend mit einem Vortrag zum Thema „Patient Blood Management“ ein.

## Rheinland-Pfalz

Dr. Christian Schamberg-Bahadori wurde im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz von den Delegierten als Landesvorsitzender bestätigt. Ebenfalls wiedergewählt wurde Dr. Johannes Burgemeister, der auch zukünftig als stellvertretender Vorsitzender tätig sein wird. Das Vorstandsteam vervollständigt der Finanzbeauftragte Dr. Stephan Michel, Dr. Michael Kann, Dr. Herbert Franz, die Ärztin in Weiterbildung, Dr. Nadine Durmazel, sowie Friedrich-Wilhelm Schäffner.

## 80 Teilnehmer aus ganz Deutschland

# Junge Ärzte veranstalteten erfolgreiches Symposium „Ärztliches Arbeiten 4.0“

Seit knapp anderthalb Jahren ist der neu gegründete Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ aktiv. Seitdem konnten bereits einige Höhepunkte gesetzt werden wie zum Beispiel die erfolgreiche Umfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen.“, an der mehr als 1.300 Assistenzärzte teilgenommen haben (wir berichteten in der Ausgabe 1/2017). Auf Grundlage der zum Teil sehr erschreckenden Ergebnisse, die auch in der Öffentlichkeit für viel Aufmerksamkeit gesorgt haben, wurde die Idee geboren, mit betroffenen jungen Ärzten sowie Experten ins Gespräch zu kommen. Ziel sollte es sein, gemeinsam zu diskutieren, wie die aktuellen Arbeitsbedingungen an den Kliniken verbessert werden müssten und wie „Ärztliches Arbeiten 4.0“ aussehen könnte – hier hauptsächlich aus Sicht der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Und so fand am 8. April in Berlin ein Symposium unter dem Motto „Ärztli-

ches Arbeiten 4.0“ mit mehr als 80 Teilnehmern statt. Unter ihnen waren Assistenzärzte aus ganz Deutschland, Chef- und Oberärzte, Vertreter von Landesärztekammern, Experten aus dem Bereich „E-Health“, Ärzte mit besonderen Arbeitszeitmodellen (die hoffentlich bald ganz normal sind) und viele mehr. Höhepunkt des Symposiums war sicherlich der „Heiße Stuhl“, auf dem sich Prof. Dr. Axel Ekkernkamp (Ärztlicher Direktor Unfallklinik Berlin), Dr. Ellen Lundershausen (Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen) und Dr. Sven Meister (E-Health-Experte des Fraunhofer Instituts) den Fragen aus dem Plenum stellten. Mit dem Input aus den Vorträgen, Workshops und Diskussionen wird der Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ an dem Thema „Ärztliches Arbeiten 4.0“ weiter dran bleiben und über die Arbeitsergebnisse selbstverständlich auch weiterhin informieren.



Ein Blick in die Referentenrunde. An dieser Stelle noch einmal allen ein großes Dankeschön für die Teilnahme.



Mehr als 80 Teilnehmer haben an dem Hartmannbund-Symposium „Ärztliches Arbeiten 4.0“ teilgenommen.

## Saarland

Dr. Ralf Grundmann wurde mit 100 Prozent der Delegiertenstimmen als Landesvorsitzender wiedergewählt. Für Grundmann steht künftig vor allem die Auseinandersetzung mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens im Vordergrund. Diese berge ein enormes Potential, da sie einerseits zu Kosteneinsparungen führen könne und andererseits neue Therapieansätze ermögliche: „Für uns als Ärzte ist es deshalb enorm wichtig, den Einsatz und die Weiterentwicklung von E-Health im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten.“ Dr. Oliver Keller wurde als stellvertretender Vorsitzender bestätigt. Als Beisitzer fungieren neben dem Finanzbeauftragten Dr. Boris Lehmann auch Dr. Wolfgang Mohl, Dr. Ernst-Friedrich Mayr sowie Jens Danielczok (Foto unten).



## Gesundheitspolitischer Brunch

Im Bundesdurchschnitt sind etwa 62 Prozent der Studienanfänger im Fach Medizin weiblich. Die ärztliche Versorgung im Gesundheitssektor und insbesondere die Arbeitsorganisation im Klinikbereich wird durch die Feminisierung der Medizin vor große organisatorische Herausforderungen gestellt. Um dieses Thema näher zu beleuchten, lud der Hartmannbund Bayern im Frühjahr zum „Gesundheitspolitischen Ladies Brunch“ nach Bayreuth ein. Neben Dr. Astrid Bühnen und Dr. Kathrin Krome (beide Hartmannbund Bayern) referierten weitere Experten zu Teilzeitverträgen, Mutterschutz, Elternzeit und Arbeitsrecht. Für die Schirmherrschaft der Veranstaltung konnte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml gewonnen werden, die der Veranstaltung ebenfalls beiwohnte.

Foto (v.l.n.r.): Dr. Melanie Rubenbauer (Marburger Bund Landesvorstand Bayern), Dr. Heidemarie Lux (Vizepräsidentin Ärztekammer Bayern), Axel Uttenreuther (Bayerische Ärzteversorgung), Dr. Kathrin Krome und Dr. Astrid Bühnen (beide Hartmannbund).





## Betriebliche Altersvorsorge für Praxispersonal Mit der „GesundheitsRente“ in eine sorgenfreie Zukunft



„Nichts mehr verschenken“ – unter diesem Slogan startete der Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VmF) mit Unterstützung der Tarifvertragsparteien eine Kampagne in den sozialen Medien, um das Praxispersonal auf die tariflichen Rahmenbedingungen hinzuweisen und den Abschluss einer betrieblichen Altersvorsorge anzuregen.

Wer sich heute auf sein Rentenalter freuen will, kommt um eine zusätzliche Altersvorsorge nicht herum. Die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung stellt lediglich eine Grundversorgung dar.

So kann die betriebliche Altersvorsorge als sinnvolles Instrument genutzt werden, um eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten zu schaffen. Zusätzliche Absicherung für das Praxispersonal im Alter, erhöhte Mitarbeitermotivation und -bindung, von der der Arzt profitiert.

### Gesetzlicher Anspruch

Hinzu kommt, dass seit dem 1. April 2016 der „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung“ gilt. Demnach haben alle Arbeitnehmer einen gesetzlichen Anspruch auf betriebliche Altersvorsorge in Form der Entgeltumwandlung und können dies von ihrem Arbeitgeber einfordern. Und Vieles spricht dafür: Denn die Entgeltumwandlung wird steuerlich und/oder durch Zulagen gefördert und bietet daher gute Renditen.

Doch, so die berechtigte Frage des Praxisinhabers, was ist sinnvollerweise zu tun, wenn die Praxisangestellten um ein Gespräch über ihre Betriebsrenten bitten und möglicherweise jede von ihnen andere Vorstellungen hat? Hier haben die Tarifparteien der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gut vorgearbeitet. Ihre Empfehlung ist eindeutig: Die „GesundheitsRente“. Als Produkt- und Kooperationspartner haben sich die Tarifparteien die Deutsche Ärzteversicherung und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank mit ins Boot geholt.

### Überzeugende Vorteile

Die „GesundheitsRente“ ist aus mehreren Gründen eine gute Möglichkeit für Ärzte und Praxisangestellte, wenn es um die betriebliche Altersvorsorge geht. Vorteilhaft für den Arbeitgeber ist vor allem die für ihn einfache Handhabung. Es wurde bei der Konzeption der „GesundheitsRente“ darauf geachtet, dass dem Arbeitgeber keine zusätzlichen Kosten aus der Gehaltsumwandlung seines Personals erwachsen. Die Entgeltumwandlung wird mit einem einheitlichen standardisierten Verfahren angeboten, unnötiger Verwaltungsaufwand wird vermieden und mögliche Risiken, zum Beispiel die Nachschusspflicht, eliminiert.

Die Modellrechnung geht vom Idealfall einer 25-jährigen Arzthelferin aus, die monatlich 76 Euro aus ihrem Bruttogehalt in die betriebliche Altersvorsorge um-

wandelt und nach 42 Jahren insgesamt 38.304 Euro eingezahlt hat. Investiert sie in die „GesundheitsRente“ mit dem Tarif „Relax Rente Comfort“, so kann sie – unterstellt sei eine vierprozentige durchschnittliche jährliche Wertentwicklung – mit einer monatlichen Rente ab dem 67. Lebensjahr von 256 Euro rechnen (alternativ: Kapitalauszahlung 91.316 Euro).

Wie oben erwähnt, können die Arbeitnehmer die betriebliche Altersvorsorge einfordern; der Arbeitgeber hat aber das Recht, den Durchführungsweg vorzugeben, der dann für alle verbindlich ist. Die Beantragung der „GesundheitsRente“ ist einfach und unkompliziert.

Fünf wichtige Vorteile der „GesundheitsRente“ auf einen Blick: Positives Arbeitsklima durch motivierte Mitarbeiter; durch Gruppenvertrag bessere Konditionen, Renditen und Ablaufleistungen für die Mitarbeiter; die „GesundheitsRente“ bietet ein einheitliches und standardisiertes Verfahren; keine Steuern und Sozialversicherungsabgaben auf die Beiträge der Praxismitarbeiter und der Arbeitgeberbeteiligung; kein Haftungsrisiko aus der betrieblichen Altersversorgung.

Die Anträge und Formulare liegen vor und können bei der Deutschen Ärzteversicherung unter 0221-14822700 angefordert werden. Ergänzende Informationen unter [www.gesundheitsrente.de](http://www.gesundheitsrente.de) oder auch unter [www.nichts-mehr-verschenken.de](http://www.nichts-mehr-verschenken.de).

## Erster Schritt in die private Krankenversicherung

Der Hartmannbund hat mit der AXA Krankenversicherung einen Kooperationsvertrag abgeschlossen, der PJlern und Assistenzärzten ermöglicht, sich bis zu drei Jahre lang beitragsfrei in dem Optionstarif „VIAMED“ zu versichern. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Hartmannbund.

Damit können Mitglieder des Hartmannbundes eine exklusive, attraktive und auf den spezifischen Bedarf des jungen Mediziners abgestimmte Option zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung abschließen. Der Optionstarif VIAMED

wird in dieser Form ausschließlich über die Deutsche Ärzte Finanz angeboten. Die Beiträge werden für den Zeitraum von bis zu drei Jahren vom Hartmannbund übernommen. Danach kann die Option für nur 36 Euro/Jahr (bei Eintrittsalter bis 34 Jahre) weitergeführt werden.

Die Vorteile von VIAMED liegen in der hohen Flexibilität für die PJler und Assistenzärzte. Als Optionstarif ermöglicht er einen späteren Wechsel in die private Krankenvollversicherung oder eine Zusatzversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprü-

fung. Diese Option kann zu verschiedenen Zeitpunkten genutzt werden, beispielsweise bei Eintritt der Versicherungsfreiheit. Hinzu kommt ein kostenloser Auslandsreisenschutz für bis zu sechs Wochen bei privaten Reisen und bis zu drei Tertialen im Zuge des Praktischen Jahres.

Weitere Informationen zu den kostenlosen Versicherungsleistungen und Optionsmöglichkeiten des „VIAMED“ können auf der Internetseite [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de) (unter Leistungen/Wirtschaftliche Vorteile) eingesehen werden.

## MEDI-LEARN Cartoons Ein bisschen medizinischer Humor gefällig?



Die MEDI-LEARN Cartoons aus der Feder des Cartoonisten Daniel Lüdeling sind bundesweit in Medizinerkreisen sehr bekannt. Wie entstehen eigentlich die Cartoons und wer malt sie? Wir stellen den Cartoonisten und den Werdegang eines Cartoons von der Ideenfindung bis zum fertigen Cartoon vor.

Angefangen hat alles mit ersten Cartoons für eine Schülerzeitung. Von da an entwickelten sich die zeichnerischen Fähigkeiten vom ersten geraden Strich ohne Lineal bis zum computercolorierten Hochglanzkalender bis in die heutigen Zeiten weiter:

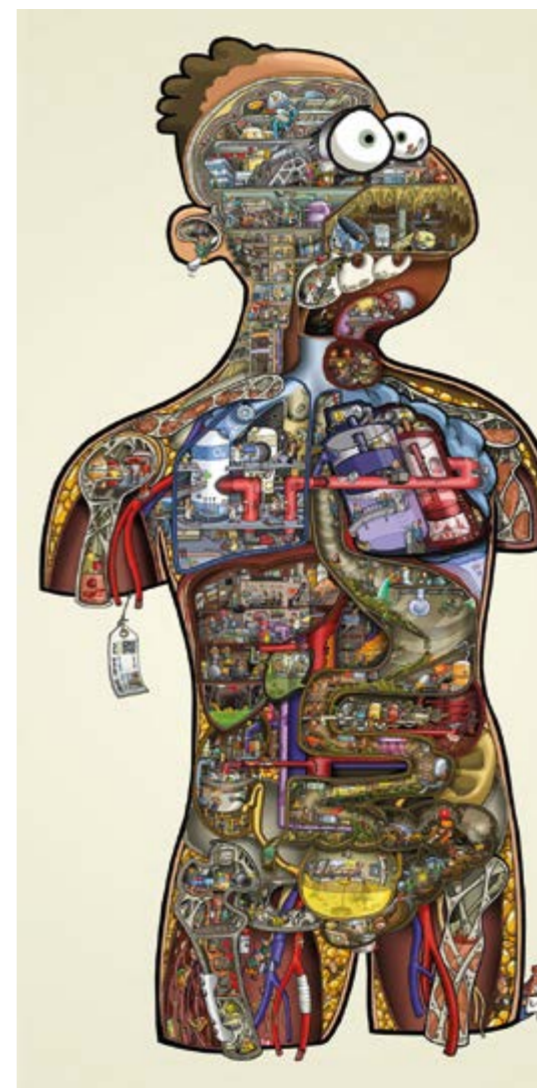
Die Cartoons von MEDI-LEARN stammen aus der Feder von Daniel Lüdeling. Er studierte Medizin an den Universitäten Bochum und Duisburg-Essen und ist heute als Facharzt für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin tätig. Die MEDI-LEARN Cartoons ([www.medi-learn.de/cartoons](http://www.medi-learn.de/cartoons)) sind neben der Tätigkeit als Anästhesist und Notarzt sein ganz besonderes Steckpferd. Man darf ihn mittlerweile – ohne Übertreibung – als sehr bekannten, wenn nicht den bekanntesten medizinischen Cartoonisten bundesweit bezeichnen. Es gibt kaum eine Klinik oder Praxis, in der nicht irgendein Cartoon, Poster oder Kalender mit Cartoons von ihm zu finden sind und zur allgemeinen Erheiterung beiträgt.

### Alltagserfahrung und Community als Ideenlieferanten

Die Summe der Cartoonideen ist laut Lüdeling ein Produkt aus den Vorschlägen vieler Menschen sowie aus der unmittelbaren Alltagserfahrung des Cartoonisten in Klinik, OP und Rettungsdienst. In der mittlerweile über 200.000 Fans starken Facebook-Community von MEDI-LEARN Cartoons werden zum Beispiel jedes Jahr ganze Cartoonplakate interaktiv und live zusammen mit den Facebook-Fans erschaffen.

Mit der Zeit entwickelte der Cartoo-

nist ein Gespür für Situationen im Berufsalltag, die alleine schon komisch sind, und mit einer freien Interpretation plus dosierter Übertreibung hat der Zeichner meist schon eine brauchbare Idee, die nur noch auf Papier gezeichnet werden möchte. Phasenweise sprudeln lustige Ideen nur so hervor, andererseits gibt es aber auch Tage und Wochen, die geprägt sind von Schaffenskrisen und kreativem Kahlschlag. Eine heiße Dusche hat schon so manche gute Idee hervorgebracht, ein paar freie Tage wirken ebenfalls Wunder.



### Wie entsteht denn nun so ein Cartoon?

Ein bisschen Papier, ein bisschen Stift – wahlweise auch das iPad mit Zeichenstift – und los geht's. Der Schritt von der Bleistiftzeichnung (Skribble) bis zum komplett colorierten Cartoon hängt natürlich sehr vom Aufwand des Cartoons ab. Je mehr Details und Hintergrundelemente der Cartoon beinhaltet, umso länger dauert die Umsetzung und Fertigstellung. Früher wurden die Cartoons noch mit Tuschkasten oder Ink-Liner coloriert, in modernen Zeiten coloriert der Cartoonist mit Photoshop. Mit den Jahren hat sich dabei ein relativ festes Schema eingepreßt und somit dauert ein routinierter Standardcartoon heute knapp eine Stunde.

Daran schließt sich bei MEDI-LEARN in Kiel noch die abschließende medien-gestalterische Überarbeitung für zum Beispiel Internet oder Druckerei an. Eine Anekdote am Rande: Kleine heitere Mini-Cartoons für seine Patienten malt der Zeichner im Berufsalltag zwischendurch heute immer noch gerne. Wer einmal beim Zeichnen zusehen möchte, kann Daniel Lüdeling im Video unter [www.medi-learn.de/live-cartoon](http://www.medi-learn.de/live-cartoon) über die Schulter schauen.

### MEDI-LEARN Cartoons sind eine „Spaß-Oase“ im Internet

Mit mittlerweile mehreren Tausend Cartoons rund um die Bereiche Medizin, Rettungsdienst und Notfallwesen, acht Cartoonbüchern und mehr als zehn Jahreskalendern machen MEDI-LEARN Cartoons viele Mediziner hierzulande seit Jahren glücklich. Sie sorgen für den einen oder anderen Lacher im manchmal leider gar nicht so lustigen Gesundheitswesen. Als besonderes Angebot für interessierte und humorversessene Fans gibt es zudem eine Premium-Variante als „virtuelle Spaß-Oase“ mit monatlichen Extra-Cartoons und alljährlichen „Cartoon-Gaben“, zum Beispiel in Form von neuen Büchern und Kalendern. Mehr Informationen finden Sie im Internet unter: [www.medi-learn.de/premium](http://www.medi-learn.de/premium).



## Inside Heilberuf – eine Studie der apoBank

# Familienleben mit Abstand wichtiger als berufliche Karriere

*Welche Vorstellungen haben Ärzte, Zahnärzte und Apotheker vom Leben? Wie sehen sie ihren Beruf und was erwarten sie vom Gesundheitssystem? Antworten auf diese und andere Fragen liefert die neue Studie „Inside Heilberuf“ der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). Befragt wurden 500 Heilberufler.*

Die Ergebnisse sind eindeutig: Familie und Partnerschaft erreichen mit 91 Prozent den absoluten Top-Wert. Kein anderer Bereich erhält bei der Frage danach, was für den eigenen Lebensstil am wichtigsten ist, solche hohen Zustimmungswerte. Wohlstandskriterien wie Eigentum oder Vermögensbildung rangieren auf den mittleren Plätzen. Noch weiter hinten folgen gesellschaftlicher Status (50 Prozent) und berufliche Karriere (45 Prozent). Ein repräsentativer Lifestyle spielt mit 13 Prozent für die Heilberufler kaum eine Rolle.

### Mehr Zeit für Patienten gewünscht

Für Ärzte bedeutet die tägliche Arbeit auch viel Dokumentation und Verwaltungsaufgaben, und genau hier spüren sie ein starkes Ungleichgewicht: Entsprechend gehört der Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten zu den wichtigsten Anliegen. Auch Unabhängigkeit bei beruflichen Entscheidungen sowie freie und flexible Arbeitszeitgestaltung sind wichtige Kriterien für die Berufsausübung.

### Weniger Regulierung und Bürokratie

Die Frage nach den Herausforderungen im Gesundheitswesen verdeutlicht, wie vorrangig das Problem der Bürokratielast ist: Bürokratischer Aufwand im beruflichen Alltag sowie staatliche Regulierungen und Budgetierung bei der Patientenversorgung stehen aus Sicht der Heilberufler hier ganz oben auf der Agenda. Doch auch die Sicherung des Gesundheitswesens als Solidarsystem sowie den Kosten-Nutzen-Vergleich der medizinischen Leistungen stufen die Befragten als eine der fünf vorrangigen Aufgaben im Gesundheitswesen ein.

Alles in allem zeigt die Studie in der Regel zufriedene Heilberufler. Bei der Frage nach der Weiterempfehlung ihres Berufes sehen vor allem Allgemeinmediziner optimistisch in die Zukunft: Mehr als zwei Drittel würden ihren Beruf dem Nachwuchs auf jeden Fall weiterempfehlen.

„Der gesellschaftliche Wandel beeinflusst das bestehende Gesundheitswesen und wirkt weit in die Lebens- und Arbeitswelten der Heilberufler hinein“, zieht Ulrich Sommer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der apoBank, das Fazit. Umso mehr komme es darauf an, ein attraktives

Arbeitsumfeld zu gestalten, das den Vorstellungen und Wünschen der Heilberufler gerecht wird. „Insbesondere den Ruf nach weniger Bürokratie und Regulierung sollten die Gestalter unseres Versorgungssystems nicht überhören. Denn um Gesundheitsleistungen von hoher Qualität für alle zu sichern, brauchen wir vor allem engagierte und qualifizierte Menschen, die gerne als Ärzte, Zahnärzte oder Apotheker arbeiten.“

*Die ausführlichen Ergebnisse der Studie in Grafiken finden Sie im Internet: [www.apobank.de/inside-heilberuf](http://www.apobank.de/inside-heilberuf)*



## Was Robo-Advisors noch nicht können

# Künstliche Intelligenz in der Vermögensverwaltung



*Die Bank Alpinum AG, seit 2015 Kooperationspartner des Hartmannbundes, bietet alle Dienstleistungen rund um die moderne, strategische Vermögensplanung an. Vizedirektorin Jacqueline Krämer gibt Einblicke in die digitale Finanzwelt.*

Die Verheißungen der neuen digitalen Finanzwelt sind zurzeit in aller Munde. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit klafft aber gerade beim Thema Robo-Advice eine ernüchternde Lücke. Ein Robo-Advisor wird als Online Plattform definiert, die automatisierte Anlageberatung auf Basis von Algorithmen anbietet. Anlagebedürfnisse und Risikobereitschaft des Kunden werden dabei über einen Online-Fragebogen erfasst. Daraus werden Musterportfolios abgeleitet, mit bereits hinterlegten Anlageprodukten und je nach Ausgestaltung wird ein vollautomatisches Rebalancing durchgeführt.

Genau betrachtet handelt es sich bei Robo-Advice aber weder um einen „Robo“ noch um die Erbringung von Advice (dt. Beratung). Versteht man unter einem „Robo“ – oder Roboter – eine Maschine, die der menschlichen Gestalt nachgebildet ist (Humanoïd), dann hat das nichts mit den

heutigen Angeboten zu tun. Von Advice zu sprechen, erscheint auch nicht präzise. Die Beratung vermöglicher Privatkunden ist mehr als die Verknüpfung eines Fragebogens mit einem Dutzend möglichen Anlageprodukten. Beratung bedeutet nicht nur, Handlungstechniken zu beherrschen, sondern ist eine immer wieder kontextuell herzustellende Mischung aus Handlungs- und Reflexionskompetenz.

Im Zentrum steht die Frage, ob der „Rat“ durch eine menschliche Denkleistung entstanden ist oder ob ein auf einem Programmcode basierter Informationsverarbeitungsprozess den Rat (Information) generiert hat (z.B. ein Expertensystem). Trotz des technologischen Fortschritts ist es nach wie vor ein weiter Weg, bis ein Informationssystem oder eine Roboterberatung in der Form, wie es ein Mensch tun würde, Rat anbieten kann. Die Technologie wird zwar zweifelsohne eine immer dominanter Rolle in der Vermögensverwaltung einnehmen, wir sind jedoch davon überzeugt, dass nicht alles, was technisch möglich sein wird, auch von unseren Kunden automatisch bevorzugt würde. Auch wenn man heute den Eindruck gewinnen kann, dass neue Kundengenerationen den Maschinen schon



Jacqueline Krämer ist Vizedirektorin und Senior Kundenberaterin Privat Banking der Bank Alpinum AG mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein  
Kontakt: BANK ALPINUM AG, Ausstrasse 59, FL-9490 Vaduz, Tel.: +423 239 62 33, [info@bankalpinum.com](mailto:info@bankalpinum.com), [www.bankalpinum.com](http://www.bankalpinum.com)

sehr viel zutrauen, darf dies nicht einfach linear in die Zukunft projiziert werden. Unsere Vermögensverwaltung findet auf Basis eines unabhängigen Produkteportfolios sowie unter Berücksichtigung der Synthese von gesamtwirtschaftlichen und unternehmensspezifischen Entwicklungen statt. Wir vertrauen in den Menschen und nicht nur der Maschine. Deshalb bevorzugen wir die persönliche Interaktion und Kommunikation mit unseren Kunden.

## Europcar: „Vision Zero – Mehr als nur Vision“

Ende der 1990er Jahre setzte sich das schwedische Verkehrsministerium ein prestigereiches Ziel. Die sogenannte „Vision Zero“ wurde vom Arbeitsschutz auf die Straßenverkehrssicherheit adaptiert. Ziel dieses Programmes ist es, die Zahl der Schwerverletzten und Toten durch Verkehrsunfälle auf null zu reduzieren. Um menschliches Fehlverhalten im Ernstfall aufzufangen, wurden millionenschwere Investitionen in Leitplanken, Straßenverbreiterungen, neue Verkehrsführungen und Kreisverkehre durchgesetzt. Auch schwedische Automobilhersteller haben sich die Fahrzeugsicherheit zum Markenzeichen gemacht. Seit 2007 ist die Vision der sicheren Null auch ein offizielles Ziel der EU – bis



2050 sollen nahezu keine Menschen mehr bei Verkehrsunfällen ums Leben kommen. Ein bedeutender Beitrag wird auch durch die deutsche Automobilindustrie geleistet. Jüngste Innovationen wie Personenerkennung, Spurhalteassistent, Müdigkeitserkennung und Notbremsassistent sind unter anderem bei Daimler, Volkswagen und BMW bereits für die kleinsten Fahrzeuge des Portfolios erhältlich. Auch die Vernetzung der Fahrzeuge untereinander, die etwa eine

Erkennung von Unfällen in ihrer Entstehung ermöglichen, wird zukünftig viele Menschenleben retten können.

Auch Europcar legt sehr viel Wert darauf, dass alle Kunden stets sicher an ihr Ziel gelangen. Daher ist die moderne Fahrzeugflotte, zu der viele Premium-Modelle gehören, mit den neuesten Assistenzsystemen ausgestattet und gewährleistet die Fahrzeuge im Ernstfall bestmöglichen Schutz für Fahrer und Insassen. Als Mietwagenpartner des Hartmannbundes bietet Europcar HB-Mitgliedern außerdem exklusive Konditionen für alle Mobilitätsbedürfnisse an. Weitere Details dazu finden Sie auf der Internetseite [www.hartmannbund.de/europcar](http://www.hartmannbund.de/europcar). Wir wünschen allzeit eine gute und sichere Fahrt.



# 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

Steffen Pankau  
Tel.: 030 206208-31

## Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold  
Tel.: 030 206208-11

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt  
Tel.: 030 206208-20

## Berufsbezogene Rechtsberatung

Christina Baden/Alke Seela-Kettschau/Reinhard H. Liedgens  
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 Baden  
Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Alke Seela-Kettschau  
Tel.: 030 206208-43

## Regionalreferat Nord

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

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-56

## 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\*

## PRAXISNACHFOLGE/STELLENANZEIGEN

### Nachfolge für Praxis in Baden-Württemberg gesucht

Für eine etablierte, moderne Praxis für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internisten wird ein/e Nachfolger/in und/oder Kooperationspartner/in gesucht. Die Stadtpraxis mit Perspektive befindet sich in bester Lage einer Stadt mit 100.000 Einwohnern in Baden-Württemberg. Die Praxis ist technisch (inklusive EDV) gut ausgestattet und hat ein breites diagnostisches Spektrum, einen stabilen Patientenstamm und Privatanteil sowie eine Weiterbildungsbefugnis zu bieten. Die Übernahme der Praxis kann flexibel gestaltet werden. Der Preis ist VHB. Kontakt ist über Chiffre 110573 möglich.

### Alteingesessene Privatpraxis in Nordrhein-Westfalen

Für eine alteingesessene Privatpraxis (Allg. Med./NHV/Akupunktur) in NRW-Mitte mit guter Lage und einer guten ÖPNV-Anbindung wird ein Nachfolger/eine Nachfolgerin gesucht. Die Praxis soll aus Altersgründen im Jahr 2018 abgegeben werden. Kontakt ist über Chiffre 214902 möglich.

### Verstärkung für Hausarztpraxis bei Leipzig gesucht

Für eine Praxis in einer Kleinstadt im Landkreis Leipzig wird ein/e Allgemeinarzt/-ärztin oder Internist/-in (hausarztstätig) zur Verstärkung und Kooperation gesucht. Eine Tätigkeit in Teilzeit (auch halbtags) ist möglich. Bei einer möglichen späteren Praxisaufnahme kann das Grundstück mit erworben werden. Kontakt ist über Chiffre 077198 möglich.

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstraße 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

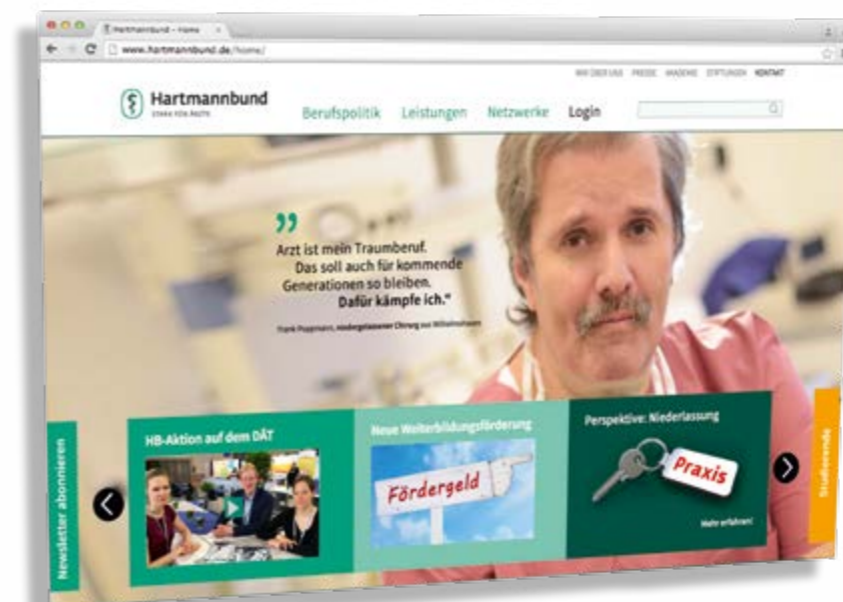
**UDO HEISIG GMBH**

THE DISPOSABLES COMPANY

Hermann-Oberth-Str.17 | 85640 Putzbrunn | Tel.: +49 89 46 23 92-0

[info@heisig.de](mailto:info@heisig.de) [www.heisig.de](http://www.heisig.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:**  
Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)  
  
Redaktionsausschuss:  
Michael Rauscher, 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:** ©michal812/123rf.com  
©krisdog/123rf.com

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## Kurz vor Schluss

### Grünes Licht für Online-Rollout der Telematikinfrastruktur

Die Gesellschafter der gematik haben die Freigabe für den Online-Rollout der Telematikinfrastruktur erteilt. Damit kann der Anschluss der Praxen beginnen und die Telematikinfrastruktur ihren Betrieb aufnehmen. Voraussichtlich ab Herbst 2017 sollen laut gematik dafür die ersten zugelassenen Produkte wie Konnektor und Kartenterminals auf dem Markt verfügbar sein. Laut E-Health-Gesetz soll die Telematikinfrastruktur am 1. Juli 2018 ihren Betrieb aufnehmen und künftig alle Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser, Apotheken und andere Gesundheitsdienstleister sicher miteinander elektronisch vernetzen. Mit dem Versichertenstammdatenmanagement – der ersten Online-Anwendung auf der eGK – startet dann auch der Online-Rollout. Praxisinhaber haben noch bis 30. Juni 2018 Zeit, ihre Praxen an die Telematikinfrastruktur anzubinden. Praxen, die ab 1. Juli 2018 kein Versichertenstammdatenmanagement durchführen, drohen Honorarkürzungen.

### ZI startet Befragung zur wirtschaftlichen Situation von MVZ

Für Arztpraxen liefert das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) mit seinem Praxis-Panel seit einiger Zeit bereits Daten zu deren Wirtschaftslage und Versorgungsstrukturen – jetzt soll dies auch für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht werden. Begleitet vom Bundesverband MVZ hat das ZI einen Online-Fragebogen entwickelt, in den in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auch der Fragenkatalog des MVZ-Survey eingearbeitet wurde. Ziel ist es, die wirtschaftliche Situation der inzwischen knapp 2.500 MVZ in Deutschland zu erfassen, insbesondere zur Kosten- und Versorgungsstruktur sowie den Rahmenbedingungen, unter denen MVZ ihre Patienten versorgen. Zur Teilnahme sind alle Zentren aufgerufen. Sie werden ab Mitte Juni angeschrieben und erhalten einen persönlichen Registrierungsschlüssel, mit dem sie über die ZI-Internetseite zum Fragebogen gelangen. Dieser kann bis 15. Juli ausgefüllt werden. Da der Fragebogen umfangreich ist, erhalten teilnehmende MVZ eine Aufwandspauschale in Höhe von 350 Euro.

### Universität Bielefeld erhält Medizinische Fakultät

An der Universität Bielefeld soll nach dem Willen der künftigen Regierungsparteien in Nordrhein-Westfalen eine vollwertige Medizinische Fakultät entstehen. Darauf haben sich einem Bericht des „Westfalen Blattes“ zufolge CDU und FDP in ihren Koalitionsgesprächen verständigt. Beide Parteien seien sich einig, zitiert das Blatt den CDU-Landesvorsitzenden Armin Laschet. „Die medizinische Fakultät in Ostwestfalen ist in den Programmen beider Parteien drin. Die wird kommen.“ Die neue Fakultät, die etwa 50 Millionen Euro kosten soll, sei eines der Verhandlungsergebnisse, jetzt müsse das Vorhaben noch in den Koalitionsvertrag gegossen werden.

### Entscheidung zum Tarifeinheitsgesetz am 11. Juli

Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hat die Entscheidung über die Klagen gegen das Tarifeinheitsgesetz für den 11. Juli angekündigt. Kläger sind mehrere Gewerkschaften. Sie argumentieren, durch das vor zwei Jahren in Kraft getretene Gesetz in ihren Rechten beschnitten zu sein. Vor allem das Prinzip, wonach bei mehreren konkurrierenden Tarifverträgen innerhalb eines Betriebes derjenige Vertrag der mitgliederstärksten Gewerkschaft gelten soll, sehen die betroffenen Spartengewerkschaften als Verstoß gegen das Grundrecht der Koalitionsfreiheit aus Artikel 9 Absatz 3 des Grundgesetzes.



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

# Gibt es Vorsorge- untersuchungen für Depots?

Antworten auf Ihre Fragen.  
Das apoPur-Gespräch.




Dr. Özkan Demirbas  
Kunde der apoBank

Jetzt Termin vereinbaren:  
[apobank.de/mein-depot](http://apobank.de/mein-depot)

Weil uns mehr verbindet.







Dr. Sören Köneker,  
Assistenzarzt aus Hannover

”

Wie wertvoll ein starkes Netzwerk ist, dass habe ich schon im Studium erlebt. Davon profitiere ich auch jetzt als Arzt.“



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.