

02/2018



Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin



Warten auf den  
großen Durchbruch

Die Klinikreform zwischen Qualität,  
Quantität und Föderalismus

[apobank.de/vermoegensverwaltung](http://apobank.de/vermoegensverwaltung)

# Die smarte Lösung für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung **apoVV SMART\***.  
Mehr Zeit für Privates.



Ganz privat – können wir auch.

\*schon ab 50.000 Euro.

 **apoPrivat**  
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte

# Editorial

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

keine Frage, die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird die Probleme und Herausforderungen der medizinischen Versorgung von morgen nicht lösen! Dies zu glauben, wäre ein fataler Trugschluss. Genauso richtig ist allerdings: Treiben wir die Entwicklungen rund um Big Data, Telematik und Apps nicht intelligent und entschlossen voran, können wir den Anforderungen und den Möglichkeiten einer hochwertigen Versorgung künftiger Generationen erst recht nicht angemessen gerecht werden. Klingt paradox, ist es aber nicht. Denn diejenigen, die gerne so tun, als seien alle Probleme gelöst, wenn man sie nur digital regelt, irren ebenso wie jene, die noch immer gerne die Augen davor verschließen, dass an einem Einsatz zukunftsgerichteter technischer Möglichkeiten bei der Versorgung unserer Patienten – ob in der Klinik oder in der Praxis – kein Weg mehr vorbei geht. Das hat weder etwas mit der Preisgabe ärztlichen Selbstverständnisses, noch mit der vermeintlichen Kapitulation vor unaufhaltsamen Entwicklungen zu tun. Kapitulieren würden wir, wenn wir die Prägung der digitalen Versorgung von morgen anderen überlassen, statt sie maßgeblich aktiv mitzugestalten.

Es wäre doch auch im Interesse unserer Patienten geradezu fahrlässig, sich – bei aller angemessenen Distanz – nicht konstruktiv mit den größtmöglichen Chancen einer fundierten Anamnese, einer zielgenauen Diagnose und einer erfolgreichen Therapie auseinanderzusetzen. Und es wäre fatal, neue Modelle von Versorgung auf der Basis innovativer technischer Möglichkeiten ungenutzt zu lassen. Dabei trete ich ausdrücklich jenen entgegen, die Digitalisierung in erster Linie als Instrument einer vermeintlich optimalen Nutzung knapper werdender Ressourcen verstehen. Es geht nicht darum, den Arzt partiell zu ersetzen oder gar überflüssig zu machen. Es geht um neue Wege in der Versorgung, es geht um die Nutzung innovativer medizinischer Möglichkeiten, es geht um immer neue Chancen, Krankheiten zu heilen und Leiden zu lindern. Dabei liegt es an uns, das richtige Maß zu halten, die richtigen Abwägungen zu treffen. Wir sollten neuen Optionen offen gegenüberstehen, ohne dabei reflexartig jede Neuerung vorschnell zu bejubeln. Wir sollten mit mehr Mut als in der Vergangenheit neue Wege beschreiten, ohne dabei leichtfertig Werte unumkehrbar über Bord zu werfen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, es wird in Zukunft vor allem der Patient sein, der die Entwicklung mitbestimmt, den Takt vorgibt. Das werden wir schon sehr bald auch beim Thema Fernbehandlungsverbot, genauer gesagt mit Blick auf die zu erwartende Lockerung des Fernbehandlungsverbotes, erfahren. Wir werden den mündigen Patienten erleben, der eben selber entscheidet, ob ihm die Fernbehandlung reicht oder ob er den Arzt nicht doch lieber persönlich aufsucht. Und es wird in unserer Verantwortung liegen, nur dies „online“ zu erledigen, was wir für verantwortbar halten.

Mit kollegialen Grüßen,

Ihr  
*Karlheinz Finkbeiner*



**Dr. Klaus Reinhardt**

Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

Editorial

Editorial

Editori

Editorial

Editorial

itorial

Editorial

Editor

Frank Poppmann,  
niedergelassener Chirurg aus Wilhelmshaven

”

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



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

# Inhalt



## Klinikreform. Wer knackt den Riegel?

Ist die Krankenhauslandschaft in Deutschland nachhaltig reformierbar? Wenn, dann ist hier offensichtlich ein sehr langer Atem gefordert. Ansätze – so scheint es – verheddern sich immer wieder im Geflecht aus ökonomisch widerstreitenden Interessen, zwischen Qualität, Quantität und Föderalismus. Ist diese Herausforderung überhaupt zu knacken?

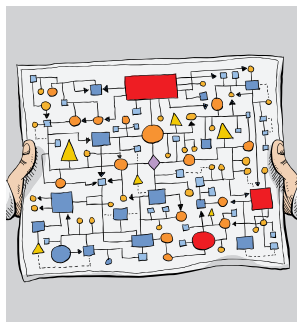
Eine Bestandsaufnahme.

# 6

## 12

**Sind unsere Krankenhäuser auf einem guten Weg?**

PRO & CONTRA



## Ambulant 22

Strukturiertes Zweitmeinungsverfahren – Es bleibt ein bisschen kompliziert ...

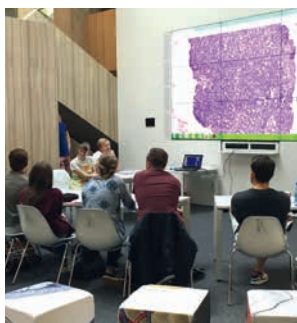
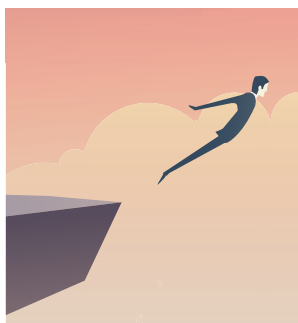
## 14 Im Hause Spahn wird „munter losgelegt“

Terminservice, Sprechstunden, Digitalisierung und Pflege

## 16

**Politik**

Fernbehandlung in Deutschland



## 24

**E-Learning hält verstärkt Einzug an deutschen Universitäten**

Zwischen VR-Brille, Cyber-Herz und virtuellen Darmmodellen

## 18

Das Fernbehandlungsverbot – die wichtigsten Fakten im Überblick



## 26 HB-Intern

Ausschuss Assistenzärzte: Neues Leitungsgremiums setzt (einen) Schwerpunkt auf Digitalisierung

## 20

Gescheitertes Experiment „ASV“? So richtig Land (noch) nicht in Sicht“

## 28

**Service**  
Kooperationspartner

Ansprechpartner **32**

Impressum **34**



*Sollten die Schwerpunkte in den bisherigen Verlautbarungen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf politische Prioritäten hinweisen, dann steht die avisierte Modernisierung der Krankenhauslandschaft bisher eher in zweiter Reihe. Aber, Achtung, auch in der zweiten Reihe sitzt man vergleichsweise noch ganz weit vorn! Vor allem in Ballungszentren gebe es ein Überangebot an Krankenhäusern, ließ der Minister erst kürzlich im Interview mit der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ wissen und betonte zuletzt wiederholt die Notwendigkeit einer „Strukturdebatte“. Dass es dabei dann um mehr geht, als um bloßen Standort-Abbau, deutet sich an – nicht nur mit Blick auf das kürzlich vorgestellte Stufenkonzept des G-BA zur Notfallversorgung. „Leistungskonzentration statt Gelegenheitsversorgung“ scheint dabei eine der Maximen für die Entwicklung zukunftsfähiger Strukturen zu sein. Bei allen „guten Vorsätzen“ macht ein Blick auf die Rahmenbedingungen allerdings klar: Die Krankenhausreform bleibt wohl ein Jahrhundertprojekt – und wird auch noch künftigen Gesundheitsministern jede Menge Geduld abverlangen. Ein Überblick.*

Die grundsätzlichen Trends der vergangenen Jahre sind – nüchtern betrachtet – unbestritten: Die Fallzahlen steigen aufgrund diverser Faktoren rasant an – seit 2010 von 18 auf 19,5 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr 2016. Nach mehreren Jahren stark abnehmender Zahlen stagniert die durchschnittliche Verweildauer seit einiger Zeit, die Bettenauslastung konnte leicht auf 77,9 Prozent gesteigert werden. Trotzdem geben die wirtschaftlichen Kennzahlen der deutschen Krankenhäuser durchaus Anlass zur Sorge. Laut „Krankenhaus Barometer“ des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK) sowie dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) getragen wird, hat mit knapp 29 Prozent fast jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland im Jahr 2016 Verluste geschrieben.

Die wirtschaftliche Situation vieler deutscher Krankenhäuser ist also problematisch, wenn auch mit leicht positiver Tendenz. Allerdings herrschen für das Jahr 2018 sehr gedämpfte Erwartungen vorherrschen. Nur gut ein Fünftel der Häuser (22 Prozent) erwartet laut Erhebung des DKI eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation, 37 Prozent der Krankenhäuser hingegen eine weitere Verschlechterung (Die übrigen äußerten sich in dieser Hinsicht

unentschieden). Die Zahlen des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) sehen ähnlich aus: Demnach befanden sich 2016 etwa sieben Prozent der Krankenhäuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, 14 Prozent im „gelben“ und 79 Prozent im „grünen Bereich“ – rund 13 Prozent der Krankenhäuser haben laut RWI-Analyse einen Jahresverlust verzeichnen müssen.

Infolge dessen ergeben sich aus rein ökonomischer Sicht zwei Folgefragen: Wie kommt es zu diesen Defiziten und warum befinden sich die unwirtschaftlichen Häuser trotz der oft beklagten „Ökonomisierung der Medizin“ überhaupt noch am Netz?

Ein Grund für die oft mangelnde Wirtschaftlichkeit ist sicherlich in der eher geringen Auslastung der Krankenhäuser zu sehen. So verweisen viele Wirtschaftsexperten, etwa von der Roland Berger GmbH oder PricewaterhouseCoopers (PwC), darauf, dass für eine nachhaltige Wirtschaftlichkeit eine Bettenauslastung von mehr als 80 Prozent erforderlich sei.

#### **Komplizierte Finanzierungssystematik**

Hinzu kommt die komplizierte Finanzierungssystematik. Die Trennung der Investitionskosten- von der Betriebskostenfinanzierung bewirkt einige ungewollte Effekte. Diese „kollidieren“ auf Krankensebene – verursacht durch die unterschiedlichen

# Zwischen Qualität, Quantität und Föderalismus Strukturreform in der Kliniklandschaft bleibt eine Sisyphusaufgabe

Interessen der politischen Akteure in den Ländern und auf Bundesebene. Im Rahmen der dualen Finanzierung haben die Länder zwar die Planungshoheit, kommen ihren Verpflichtungen bei der Investitionsfinanzierung aber seit Jahren nur unzureichend nach. Im Ergebnis werden die Krankenhäuser gezwungen, notwendige Investitionen – eigentlich systemwidrig – auch aus den DRG-Erlösen zu finanzieren

Gleichzeitig bestand – hier ist in jüngster Zeit ein Wandel zu erkennen (aber dazu später mehr) – bislang wenig Interesse der politischen Entscheidungsträger auf Länderebene, vorhandene stationäre Überkapazitäten mittels Schließungen oder Umstrukturierungen von Krankenhäusern zu reduzieren. Hierbei spielt unter anderem die Scheu vor einer Auseinandersetzung mit den Ängsten und Ansprüchen der Bürgerinnen und Bürger vor Ort

eine große Rolle. Erst jüngst kam es beispielsweise zu wiederholten Protesten gegen die geplante Schließung bzw. Verlegung des Krankenhauses Hersbruck im Landkreis Nürnberger Land. Medienwirksame Demonstrationen und Unterschriftenaktionen mit der Forderung, die gesundheitliche Versorgung der Bürger im ländlichen Raum vor Ort zu erhalten, werden naturgegeben von der Lokalpolitik nicht gerne hervorgerufen. Zudem schwächt eine Standortschließung natürlich auch die lokale Wirtschaftsstruktur: Arbeitsplätze und durch das Umfeld der Kliniken generierte Einkünfte gehen verloren. Und die Kliniken selber kämpfen verständlicherweise mit hoher Motivation ums eigene wirtschaftliche Überleben.

Die Zukunft der stationären Versorgung sei ein wichtiger Teil der im Grundgesetz und in den Landesverfassungen garantierten

## **Bestandsaufnahme „Faktenbox“**

Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betragen laut Statistischem Bundesamt (Destatis) im Jahr 2016 rund 87,8 Milliarden Euro – 4,3 Prozent mehr als 2015. Umgerechnet auf die rund 19,5 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2016 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4.497 Euro und damit um 2,7 Prozent höher als im Jahr zuvor.

Die durchschnittlichen stationären Kosten je Fall schwankten zwischen 4.055 Euro in Brandenburg und 5.232 Euro in Hamburg. Laut Statistischem Bundesamt sind diese regionalen Unterschiede auch strukturell bedingt und werden sowohl von der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen als auch vom Versorgungsangebot beeinflusst.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen betrug die durchschnittliche Bettenauslastung 77,9 Prozent. Die Anzahl der Krankenhausbetten sank zwar zwischen 2000 und 2015 um 10 Prozent – dennoch hat Deutschland weiterhin eine im internationalen Vergleich sehr hohe Quote.

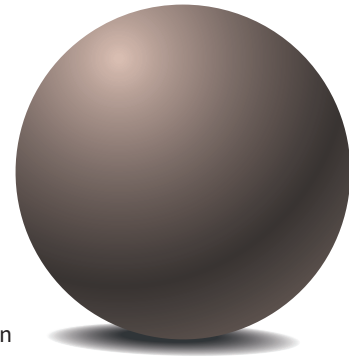
2015 standen hierzulande 611 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner zur Verfügung, etwa drei Mal so viele wie beispielsweise in Schweden (226 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner). Laut Statistik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Deutschland, gemessen an der Zahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnern, zu den zehn internationalen Ländern mit der höchsten Dichte an Krankenhausbetten gerechnet.

## **Duale Krankenhausfinanzierung – Ein kurzer Abriss**

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972 teilen sich Bundesländer und gesetzliche Krankenkassen die Finanzierung der Krankenhäuser. Die Investitionskosten, etwa für die technische Ausstattung, Sanierungsmaßnahmen oder auch Neubauten, werden durch die jeweiligen Bundesländer getragen – die Voraussetzung für eine Förderung durch die Länder ist die Aufnahme in den regionalen Krankenhausplan bzw. entsprechende Investitionsprogramme.

Die laufenden Betriebskosten werden im Rahmen der Krankenhausvergütung über das DRG-System (Diagnosis Related Groups), also zum Großteil von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), finanziert. Im Krankenhausesektor sind – anders als im ambulanten Bereich – die Entgelte für die allgemeinen Leistungen für gesetzlich Versicherte und Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV) einheitlich, d.h. die PKV ist ebenfalls in diesen Finanzierungszweig eingebunden.

Allerdings werden mit den Krankenkassen im Voraus Jahresbudgets, basierend auf einer bestimmten Leistungsmenge gemäß dem vom Bundesland festgelegten Versorgungsauftrag eines Krankenhauses, festgelegt. Entstehen in den Krankenhäusern Leistungsabweichungen gegenüber der vereinbarten Leistungsmenge, werden Mehrerlöse (durch Mehrleistungen) und Mindererlöse (durch Minderleistungen) im darauffolgenden Jahr durch einen sogenannten Erlösausgleich abgegolten – in der Regel werden die Mehrleistungen über der verhandelten Leistungsmenge aber nur gemindert vergütet (Mehrerlösausschlag).



### Strukturfonds

Der seit 2016 vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltete Krankenhausstrukturfonds, dessen Errichtung 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) beschlossen wurde, erfuhr zum Start viel Kritik: Die avisierten finanziellen Mittel in einer Gesamthöhe von bis zu 1 Milliarde Euro seien viel zu niedrig angesetzt, um einen wirklich grundlegenden Strukturwandel einzuleiten, so hieß es. Zudem wurde die Zweckbindung als zu eng oder zu weit gefasst bewertet – je nach Standpunkt der Akteure. Doch im Rückblick scheint der Strukturfonds nun wirkmächtiger, als wohl zunächst von den meisten vermutet.

Zum Stichtag (31. Juli 2017) war nahezu die gesamte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellte Summe in Höhe von 500 Millionen Euro für Förderanträge der Länder verbraucht („übrig“ waren etwa 11,5 Millionen Euro). Durchaus beachtenswert, da die Bundesländer laut der Regelung im KHSG eine 1:1 Co-Finanzierung leisten müssen und sich demnach die Um- und Rückbauprojekte durchaus etwas kosten ließen.

Das seitens der Bundesländer, die für die Krankenhausplanung zuständig sind, generell einiges in Bewegung geraten ist, ließ sich in jüngster Zeit gut beobachten: Der Landtag Nordrhein-Westfalens beschloss im März 2018 einige Änderungen des landeseigenen Krankenhausgestaltungsgesetzes, die unter anderem die behördlichen Kompetenzen sowie die Handlungsmöglichkeiten des Landes in nicht geringem Maße stärken. Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, verwies darauf, dass man so mögliche Blockaden in den Verhandlungsprozessen lösen könne, in welchen sonst der Konsens oft „schwierig“ zu erreichen sei.

Eine weitere Neuregelung in NRW soll das System der pauschalen Krankenhausförderung um die Möglichkeit ergänzen, bei Ausweisung entsprechender Förderschwerpunkte durch das Land mit zusätzlichen Einzelförderungen Akzente setzen zu können. Mit diesen Mitteln, Laumann kündigte bis zum Jahr 2020 eine Summe von 200 Millionen Euro an, soll der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft „aktiv angegangen“ werden. Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW, verwies im Gegenzug darauf, dass auch mit den angekündigten zusätzlichen 200 Millionen Euro der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser von 1,5 Milliarden Euro nur zur Hälfte gedeckt werde. Bleibe es dabei, werde es auch die nächsten Jahre keine echte Lösung für den Investitionsstau in den Krankenhäusern geben.

Daseinsvorsorge für die gesamte Bevölkerung unseres Landes, so formulierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon in ihren Positionen zur Bundestagswahl 2017. Um zumindest annähernd gleichwertige Lebensverhältnisse im städtischen wie im ländli-

chen Raum sicherzustellen, müssten eben auch in strukturschwachen Gebieten Kliniken bestehen können. So dreht sich die Diskussion auch immer wieder darum, wie man Häuser erhalten kann, die aufgrund des regional geringen Versorgungsbedarfes defizitär arbeiten, aber als Grundversorger vor Ort gebraucht werden. Klassisches und sehr bildhaftes Beispiel: Krankenhäuser auf den Ost- und Nordseeinseln in Schleswig-Holstein, die sinnbildlich auch für die nicht geringe Anzahl von Häusern stehen, die sich zwar nicht geographisch, aber strukturell in „Insellage“ befinden.

Mit dem sogenannten Sicherstellungszuschlag kennt die Krankenhausfinanzierung auch ein Instrument, den Besonderheiten von Krankenhäusern im ländlichen Raum Rechnung zu tragen. Bundeseinheitliche Regelungen zu den Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses gibt es allerdings erst seit Ende 2016 – zuvor ist es hier aufgrund der unklaren Gesetzeslage immer wieder zu gerichtlichen Auseinandersetzungen gekommen.

Unterschiede innerhalb der Krankenhauslandschaft existieren auch am anderen Ende: Die Maximalversorger, häufig Universitätskliniken, stellen nochmals andere Voraussetzungen an die Rahmenbedingungen. Für diese Kliniken geht es vor allem neben dem stetigen Kampf um eine ausreichende Grundfinanzierung, um eine bessere Finanzierung der besonderen Leistungen von spezialisierten Zentren, der Vorhaltekosten in der Notfallversorgung, eine auskömmliche Vergütung der Extremkostenfälle sowie die Möglichkeit der schnellen Nutzung von medizinischen Innovationen. Ralf Heyder, Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), zufolge summiert sich die Belastung durch Extremkostenfälle im Mittel auf eine jährliche Unterdeckung von vier Millionen Euro je Klinik.

Die entscheidende Frage sei, so Heyder, was man als Gesamtgesellschaft von den Universitätskliniken erwarte. Ordnungspolitisch immer höhere Ansprüche bei immer knapperen Mitteln zu stellen, könne auf Dauer nicht gut funktionieren – eine Einschätzung, die für alle Krankenhäuser gilt. Eine bloße Standortreduktion dürfte an dieser Grundproblematik nichts ändern.

### Einfluss der Bundesebene ist begrenzt

Ohnehin kann von der Bundesebene, selbst wenn sie es wollte, eine Krankenhausschließung aufgrund mangelnder Zuständigkeit (siehe Kasten zur Krankenhausfinanzierung) nicht einfach angeordnet und durchgesetzt werden. Bestimmte Vorgaben des Gesetzgebers auf Bundesebene können allerdings indirekt auf eine Strukturbereinigung hinzielen oder sie zumindest fördern.

So wurde beispielsweise durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eine „Qualitätsoffensive“ gestartet. Insbesondere sind Änderungen in der Krankenhausvergütung in Form von qualitätsabhängigen Zu- sowie Abschlägen vorgesehen – bis Ende 2018 soll die Erstellung eines ersten Kon-



zepts, im Zusammenspiel von Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), zur Bewertung von Exzellenzqualität abgeschlossen sein.

Zudem sollen bis zum 31. Dezember 2019 vom G-BA weiterentwickelte Qualitätsindikatoren definiert werden, welche die Bundesländer bei ihrer Krankenhausplanung verwenden können. Diese sollen es den Ländern ermöglichen, im Extremfall Krankenhäuser oder einzelne Abteilungen aus dem Krankenhausplan zu streichen, wenn sie über einen längeren Zeitraum schlechte Qualität erbracht haben. Die bereits 2016 vorgelegten ersten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurden weithin nur als Zwischenlösung betrachtet – beispielsweise wollen die zuständigen Ministerien aus Hessen und Hamburg auf die nachgebeserten Indikatoren warten und dann für die qualitätsfokussierte Krankenhausplanung einsetzen.

Um die Länder und Krankenhäuser (welche gerade im ländlichen Raum oft kommunal getragen sind) bei eventuellen Entscheidungen für oder gegen eine (Teil-)Schließung oder Umstruk-

turierung, etwa in ein Gesundheitszentrum, zu unterstützen, wurde mit dem KHSG auch ein sogenannter Strukturfonds eingerichtet. Dieser soll für weitere vier Jahre fortgesetzt werden – zukünftig sogar in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich.

Zudem wird von der Bundesebene die Maxime „Leistungskonzentration statt Gelegenheitsversorgung“ forciert. Jüngstes und viel diskutiertes Beispiel hierfür: Das Stufenkonzept des G-BA zur Notfallversorgung. Von den heute 1.748 an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern könnten künftig etwa 600 keine entsprechenden Zuschläge mehr erhalten – sie erfüllen, Stand jetzt, die festgelegten Mindestanforderungen nicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) stimmte gegen die Neuregelung und rief die Bundesländer auf, die „teilweise überzogenen Kriterien“ nicht anzuerkennen. Der Vizechef des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands (kkvd), Ingo Morell, kritisierte, der G-BA habe mit dem Beschluss ein „Instrument zur ökonomisch induzierten Strukturbereinigung“ geschaffen.

Denn für die Krankenhäuser stellt sich, wie grundsätzlich zu allen Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung, die

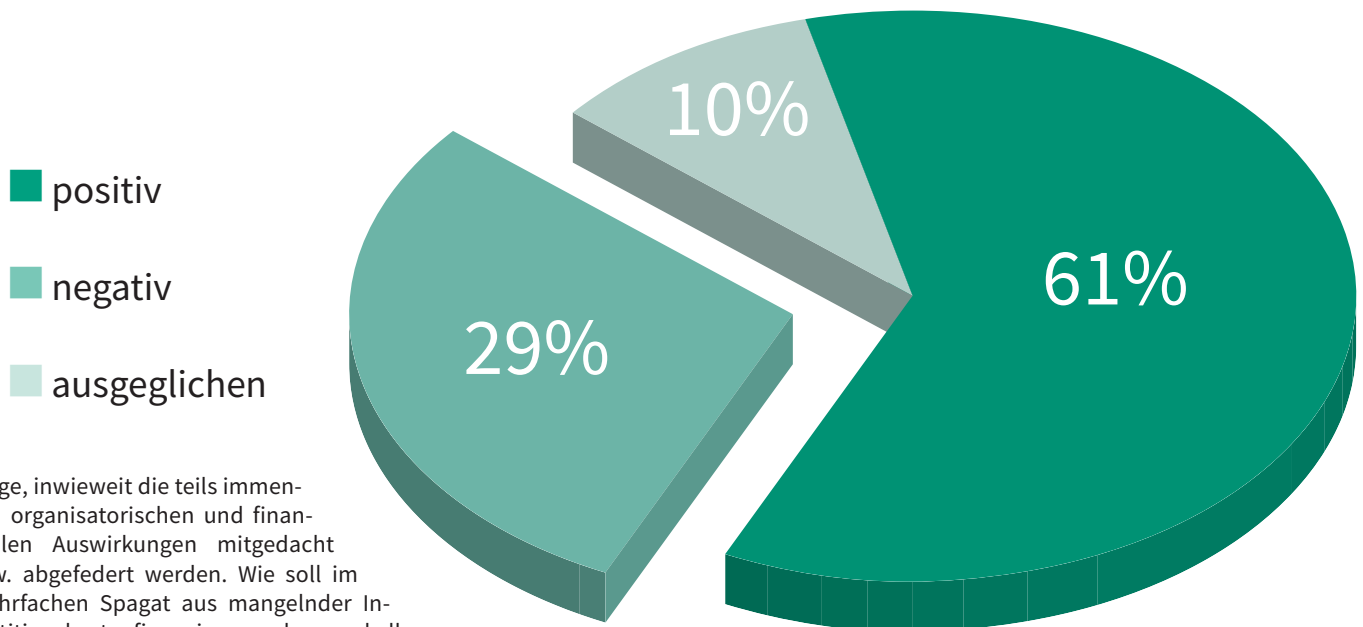
## Ihre perfekte Privatabrechnung *schnell und sicher zu Ihrem Honorar*

Unsere Kenntnis der aktuellen Rechtsprechung und die Anerkennung bei den privaten Versicherern tragen zu unserer Realisierungsquote von über 99 % bei.

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

 **PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

## Jahresüberschüsse der Krankenhäuser 2016



Frage, inwieweit die teils immensen organisatorischen und finanziellen Auswirkungen mitgedacht bzw. abgedeckt werden. Wie soll im mehrfachen Spagat aus mangelnder Investitionskostenfinanzierung, knapp kalkulierten DRG-Pauschalen und hochgradig reguliertem Umfeld eine Krankenhausplanung anhand von fairen Qualitätskriterien gelingen? Gleiches gilt für die Umsetzung aller Strukturqualitätsanforderungen der Qualitätsoffensive. In diesem Spannungsfeld dominieren auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser dann notgedrungen häufig betriebswirtschaftliche Vorgaben – mit den bekannten negativen Auswirkungen: Rationalisierungsdruck, Arbeitsverdichtung, Personalmangel, steigender bürokratischer Aufwand...

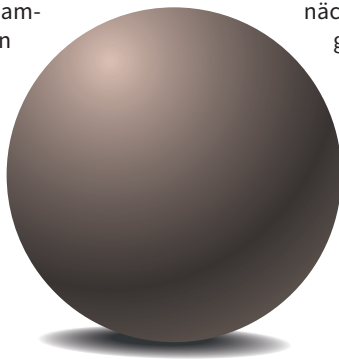
### Was bringt die „Strukturkommission“?

Nun stehen zwar potenziell strukturbereinigende gesetzliche Vorgaben oftmals im Mittelpunkt der öffentlich ausgetragenen Debatten, im Koalitionsvertrag finden sich jedoch auch Ansätze, die weit über ein „Gesundshrumpfen“ hinausweisen. So soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag bis 2020 Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems vorlegen. Dabei sollen Aspekte wie Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe sowie Qualitätssicherung eine Rolle spielen – die Reduktion bestehender Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

wird nicht nur seitens der Krankenhäuser schon seit langer Zeit gefordert.

Und auch zum Aspekt der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum finden sich der Zukunft zugewandte Ideen. Die betreffenden Krankenhäuser sollen, neben der stationären Grundversorgung, in Netzwerken oder Absprachen mit örtlichen Schwerpunktkrankenhäusern und örtlichen Pflegeanbietern und den (vielleicht noch) vorhandenen ambulanten ärztlichen Strukturen ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote vorhalten (etwa im Bereich der Nachsorge).

Alles in allem darf davon ausgegangen werden, dass die notwendigen Strukturveränderungen im Bereich der stationären Versorgung weiterhin eher in einem Prozess der kleinen Schritte als über das Durchschlagen des gordischen Knotens stattfinden werden. Zu diesen kleinen Schritten könnte die Herausnahme der Kosten des Pflegepersonals aus den DRGs gehören – in einem nächsten Stepp gerne auch für die in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte.



”



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Ärzte helfen Ärzten“



© sudok1 - fotolia.com

**Jede Spende hilft!**

**Kollegiale Hilfe in Notsituationen**

Wir helfen:

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

Wir bieten:

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



**Online-Spende unter**

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

**Spendenkonto der Stiftung:**

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf

IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42

BIC DAAEDEDXXX

# PRO & CONTRA



PRO von Cornelia Prüfer-Storcks

## Koalitionsvertrag setzt weiter auf Qualitätsoffensive

*Hamburgs Gesundheitsministerin  
Cornelia Prüfer-Storcks*

Die Krankenhauslandschaft wird in den nächsten Monaten und Jahren von wichtigen Entwicklungen geprägt sein. Hervorzuheben ist dabei, dass sich der Koalitionsvertrag der Bundesregierung weiter zur Qualitätsoffensive im Krankenhausbereich bekennt. Der Maßnahmenkatalog, den der Gesetzgeber 2015 verabschiedet hat, ist – wenig überraschend – noch nicht abgearbeitet. Insofern ist das Bekenntnis zur Qualitätsoffensive ein wichtiges Signal. Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass wir die Qualität der Versorgung in den Fokus rücken müssen. Wichtige Bestandteile der Offensive sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die qualitätsorientierte Vergütung und die Qualitätsverträge. Bis zur gelungenen Umsetzung wird noch ein langer Atem notwendig sein.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Fachkräftegewinnung und -sicherung in der Pflege insgesamt. Der Gesetzgeber hat die Einführung von Personaluntergrenzen für sogenannte pflegesensitive Bereiche auf den Weg gebracht. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen diese Bereiche im Krankenhaus fest, für die dann spätestens bis zum 30. Juni 2018 – mit Wirkung zum 1. Januar 2019 – verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren sind. Hierzu gehören u. a. Maßnahmen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Bereichen zu vermeiden. Zudem sollen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis konkret bestimmt und Vergütungsabschlüsse vereinbart werden. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesgesundheitsministerium die Vorgaben direkt durch eine Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.

Dieser bereits beschlossene Ansatz soll nun laut aktuellem Koalitionsvertrag zu einem umfassenden System der Personaluntergrenzen erweitert werden. Einem System, das nicht nur für pflegesensitive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen in Krankenhäusern gilt. Das begrüße ich sehr. Zumal in der Krankenhausfinanzierung der Rahmen für die Einstellung und dauerhafte Bezahlung von mehr Pflegepersonal geschaffen werden soll. Künftig sollen die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird dann auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt.

Eine besondere Herausforderung ist in diesem Zusammenhang die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Stufung der Notfallversorgung. Auch wenn dies primär „nur“ die Voraussetzungen zur Gewährung unterschiedlicher Zuschläge bzw. zur Bestimmung von Abschlägen definieren soll, wird sie voraussichtlich deutliche Auswirkungen auf die Krankenhausstrukturen und das Zusammenspiel in der Notfallversorgung haben. Krankenhäuser müssen entscheiden, ob sie die vom G-BA vorgegebene Eingruppierung in eine bestimmte Notfallstufe „akzeptieren“ oder durch Umstrukturierungen eine Anpassung an eine höhere gewünschte Notfallstufe erreichen wollen. In der Notfallrettung ist Hamburg sehr gut aufgestellt. Derzeit ist das „nächstgelegene geeignete Krankenhaus“ übersichtlich aus den Angaben der Fachgebiete, dem Vorhandensein einer Stroke Unit oder Herzinfarktversorgung sowie dem Bestehen von Traumazentren abzuleiten. Die zu-

sätzliche Stufung in Basis-, erweiter- und umfassende Notfallversorgung wird mutmaßlich dennoch eine Anpassung der Vorgaben für den Rettungsdienst zur Folge haben.

Eine erfreuliche Entwicklung und zugleich ein weiteres positives Ergebnis der Koalitionsverhandlungen ist auch die Weiterführung des Strukturfonds, der mit dem Krankenhausstrukturgesetz geschaffen wurde, um Vorhaben für einen Strukturwandel in der Krankenhausversorgung zu fördern. Mit diesen Mitteln haben wir in Hamburg beispielsweise die Geburten- und Notfallversorgung im Süderelberaum neu strukturiert. Um den notwendigen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft und die Qualität der stationären Versorgung weiter zu befördern, wird der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den Ländern hälftig finanzierte Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich fortgesetzt. Ein Weg, den ich unterstütze.

# Sind unsere Krankenhäuser auf einem guten Weg?

CONTRA von Wulf-Dietrich Leber

## Krankenhausplanung in deutschen Ländern funktioniert einfach nicht



*Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband*

Pflege ist derzeit das alles dominierende gesundheitspolitische Thema in der neuen Legislaturperiode. In erster Linie geht es um die unzureichende Pflegeausstattung in der Altenpflege, aber auch in der Krankenhauspflege gibt es seit einiger Zeit ein veritables Problem. Offenbar haben einige Krankenhausträger die Pflege so weit heruntergefahren, dass inzwischen jeder halbwegs wache Beobachter aus seinem Umfeld Gesichten über Pflege-

mängel und Patientengefährdung zu erzählen weiß. Besorgniserregend ist vor allem die Betreuung in der Nacht und am Wochenende. Dies war in der letzten Legislaturperiode auch Thema in der Pflegeexpertenkommission und führte zu einem Auftrag an die Selbstverwaltung auf Spitzenverbandsebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband), mit Wirkung zum 01.01.2019 Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen. Das ist kein einfaches Unterfangen, weil Pflege derzeit eine empirische Wüste ist, da kaum Zahlen zur aktuellen Schichtbesetzung auf den Stationen vorliegen. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG führt derzeit erste Datenerhebungen durch, die eine Vereinbarung solcher Pflegepersonaluntergrenzen ermöglichen sollen. Die Details sind hoch umstritten, da die DKG lediglich Mittelwerte vereinbaren will, während die Krankenkassen auf einer stations- und schichtgenauen

Einhaltung solcher Untergrenzen bestehen, denn nur so ist eine Patientengefährdung zu vermeiden.

Die politischen Prozesse sind zwischenzeitlich weiter fortgeschritten: Im Koalitionsvertrag ist festgelegt, dass künftig Untergrenzen nicht nur für pflegesensitive Bereiche, sondern für alle Abteilungen festgelegt werden sollen. Zum Koalitionsvertrag gehört aber auch der ordnungspolitisch zweifelhafte Beschluss, die Pflegekosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem herauszubrechen und gesondert nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu finanzieren: Was auch immer ein Krankenhaus für Pflege ausgibt, soll in vollem Umfang refinanziert werden – ein Prinzip, mit dem jeder Anspruch auf eine wirtschaftliche Unternehmensführung aufgegeben wird. Zweifellos muss gute Pflege finanziert werden, aber muss man dazu das gesamte DRG-System zerschlagen?

Der zweite Bereich mit überragender Bedeutung in der Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode dürfte die Notfallversorgung sein. Vordergründig geht es um die Vergütung überfüllter Notfallambulanzen, aber schon in der letzten Legislatur zeigte sich, dass Notfall ein vieldimensionales Problem ist. So hatte der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, die Grundlagen für eine gerechtere Finanzierung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser zu schaffen. In der heftig geführten Debatte um die kürzlich beschlossenen Notfallstufen wurde deutlich, dass mehr als 650 Krankenhäuser nicht über die Basisanforderungen verfügten: Sechs Intensivbetten, eine chirurgische und eine innere Abteilung sowie eine Organisation, die sicherstellt, dass in 30 Minuten ein Facharzt beim Patienten ist – auch eine Folge viel zu vieler kleiner Krankenhäuser.

Kompliziert wird die Kooperation mit dem ambulanten Sektor, der formal noch die ambulante Notfallversorgung sicherstellt. Die meis-

ten Vorschläge zur Neuorganisation beinhalten KV-Notfallpraxen an den Krankenhäusern und einen gemeinsamen, von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Krankenhaus betriebenen „Triage-Tresen“, an dem sichergestellt wird, dass ernsthaft erkrankte Patienten als erstes einen Arzt sehen, der dann eine Art Wegweisung vornimmt, also entscheidet, ob der Patient stationär aufgenommen werden muss oder aber in der KV-Notfallpraxis versorgt werden kann. Über diese Notfallorganisation im Krankenhaus hinaus bedarf auch der digital noch ziemlich unterentwickelte Rettungsdienst einer Neuorganisation.

Über das Hauptproblem der stationären Versorgung findet sich bislang wenig in der Vereinbarung zwischen den Koalitionären: Maßnahmen zum Abbau des Bettenüberhangs und Maßnahmen zur wirksamen Reduktion der Krankenhausstandorte sucht man vergebens. Möglicherweise wird nach der Bayernwahl noch einmal neu nachgedacht. Denn das Ergebnis der bisherigen Landesplanung ist bekanntermaßen unbefriedigend. Der inzwischen populäre Vergleich der Niederlande mit Nordrhein-Westfalen zeigt bei gleicher Fläche und Einwohnerzahl, dass unsere Nachbarn mit rund 130 Häusern auskommen, während NRW meint, fast 400 Häuser zu benötigen. Noch stärker hat Dänemark seine Krankheitslandschaft konzentriert. Übertrüge man diese auf Deutschland, dann blieben gerade mal 400 der 2.000 Krankenhausstandorte übrig – dann alle ohne Probleme bei der Notfallvorhaltung. Landeskrankenhausplanung in deutschen Ländern hingegen funktioniert einfach nicht. Dabei geht es weniger um das kleine Haus auf dem Land – die Ballungsräume sind das Problem.

Und wie steht es um die Schnittstelle ambulant-stationär? Hier wird sich wohl so schnell nichts Wesentliches tun: Man will erst einmal eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einberufen.

# Terminservice, Sprechstunden, Digitalisierung und Pflege Im Hause Spahn wird „munter losgelegt“

*Als ehemaliger gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU steht Jens Spahn thematisch „voll im Saft“. Da können ihm (maximal) Wenige etwas vormachen. Für die Vorgänger-GroKo hatte er an der Seite von SPD-Gesundheitspolitiker Professor Dr. Karl Lauterbach die gesundheitspolitischen Inhalte des Koalitionsvertrages verhandelt. Nun kann er als neuer Gesundheitsminister – nach eigenem Bekunden – endlich selber „munter loslegen“. Zu tun, da ist sich Spahn ganz sicher, gibt es genug, denn im Gesundheitswesen geht es „nie zu Ende, es geht immer weiter“. Im Mittelpunkt dieser Endlosschleife zunächst drei Themenschwerpunkte, die sich so auch im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD finden: Die flächendeckende ärztliche Versorgung, das „große Thema der Pflege“ sowie die Digitalisierung – insbesondere letzterer Punkt scheint im „neuen Ministerium“ unter Spahn eine deutliche Aufwertung zu erfahren.*

Nur etwa drei Monate nach Amtsantritt steht fest: Im Hause Spahn wird in der Tat aufs Tempo gedrückt. So wurde nur etwa eine Woche nach Einzug in das Haus in der Friedrichstrasse gemeinsam mit Franziska Giffey (SPD), Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Prüfungsverordnung zum Pflegeberufegesetz der letzten Legislaturperiode in die Ressorts-, Länder-, und Verbändeabstimmung gegeben. Die Verordnung soll die Voraussetzungen für die Umsetzung der nicht unumstrittenen generalistischen Pflegeausbildung regeln, die bereits ab dem 1. Januar 2020 starten soll – Pflegegeschulen haben wiederholt angemahnt, man benötige ein Jahr Zeit zur Vorbereitung und zur Erarbeitung der neuen Curricula. Hier drängt also die Zeit.

Ebenfalls bemerkenswert schnell wurde das im Koalitionsvertrag festgehaltene Vorhaben in Angriff genommen, die Parität bei den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wiederherzustellen. Bereits im April wurde ein Referentenentwurf für ein Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) – vorgelegt. Neben dem Passus zur paritätischen Finanzierung enthält der Gesetzentwurf des GKV-VEG, der Anfang Juni das Bundeskabinett passierte, auch Regelungen, wonach gesetzliche Krankenkassen ihre teilweise immensen Rücklagen ab dem Jahr 2020 über einen Zeitraum von drei Jahren durch Absenkungen der Zusatzbeiträge auf eine komplette Monatsausgabe abbauen sollen. Voraussetzung ist allerdings, dass bis zum 31. Dezember 2019 eine Reform des Kassen-Finanzausgleichs, des Risikostrukturausgleichs (RSA), erfolgt ist.

Für reichlich Diskussionsstoff sorgte und sorgt die Umsetzung des Auftrags aus dem Koalitionsvertrag zur Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärzte – von der Regierungskoalition mit Blick auf die Termindiskussion (Stichwort: vermeintliche Schlechterstellung von GKV-Patienten gegenüber PKV-Patienten) geplant. Ein entsprechender Gesetzgebungsvorschlag soll nach jüngsten Ankündigungen spätestens in der Sommerpause vorgelegt werden. Hierin dürften dann auch die, ebenfalls im Koalitionsvertrag vorgesehenen, Regelungen zum Ausbau der seit 2016 existierenden Terminservicestellen (TSS) enthalten sein. Spätestens dann dürfte die ohnehin schon lebhaft politische Auseinandersetzung um dieses Thema nochmals an Fahrt aufnehmen.

Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), betonte bereits, derartige dirigistische Eingriffe trügen nicht dazu bei, die Niederlassung in eigener Praxis attraktiver zu machen. Zudem gelte: Wenn die Ärzte künftig 25 Prozent mehr an Sprechstundenzeiten anbieten sollten, bedeute das auch, dass 25 Prozent mehr Honorar gezahlt werden müsste. Die Ärzteschaft werde sich nicht

## **Passus des Koalitionsvertrages zur ambulanten Versorgung (Terminservicestellen und Sprechstunden):**

„Wir werden in einem Sofortprogramm die Leistungen und den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessern. Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter einer bundesweit einheitlichen, einprägsamen Telefonnummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein und auch haus- und kinderärztliche Termine vermitteln. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt.“

einfach mehr Arbeitszeit überstülpen lassen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnt die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten als „völlig falsches Signal“ vehement ab. Ohnehin könnten die niedergelassenen Ärzte den stetig wachsenden Versorgungsbedarf nur erfüllen, wenn die leistungsfeindliche Budgetierung entfällt.

Seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stieß der, gemessen am Aufwand-Inanspruchnahme-Verhältnis von den KVen einhellig negativ bewertete, gesetzlich vorgeschriebene Betrieb von Terminservicestellen zwar auf wenig Gegenliebe – deren Aufbau und die Umsetzung des Gesetzesauftrags liefen jedoch weitgehend reibungslos. Auch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die im Dezember 2017 einige KVen wegen mangelhaften Betriebs der Terminservicestellen gerügt hatte, zeigte sich in diesem Jahr rundum zufrieden. Gegen einen weiteren und vermutlich aus KV-Mitteln finanzierten Ausbau des Angebots, dass im Verbund mit der Ausweitung der Sprechstundenzahl die vermeintliche Wartezeitproblematik bei gesetzlich Versicherten lösen soll, liefen und laufen die Kassenärzte jedoch Sturm.

In diesem Zusammenhang interessant: Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) hat jüngst errechnet, dass sich Vertragsärzte pro Woche im Durchschnitt 35,8 Stunden den gesetzlich versicherten Patienten widmen – bei einer durchschnittlichen Gesamt-Wochenarbeitszeit von beachtlichen 52 Stunden. Auf Privatpatienten entfielen davon laut Zi etwa 5,8 Stunden wöchentlich, dies entspricht in der Größenordnung dem Anteil der PKV-Versicherten in der Bevölkerung. Die oft

als Argument postulierte Bevorzugung von Privatversicherten ginge damit an der Versorgungsrealität vorbei.

Äußerst kritisch sieht das KV-System einen Aspekt in den von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgestellten Eckpunkten für ein „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“. Grundsätzlich wird das Vorhaben der Politik, die Situation in der Alten- und Krankenpflege zu verbessern, unterstützt. Das aber nun die bereits bestehende „Soll-Regelung“, nach der Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit geeigneten Vertrags(zahn)ärzten zu schließen haben, durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt werden soll lehnt die KBV nachdrücklich ab. Dies umso mehr, als die KVen verpflichtet werden sollen, einen Kooperationsvertrag in Drei-Monatsfrist zu vermitteln, wenn ein entsprechender Antrag seitens einer Pflegeeinrichtung vorliegt. Die Möglichkeit des Abschlusses von Kooperationsverträgen zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen bestehe bereits seit Jahren, ohne, dass die Kassen bislang nicht großflächig von ihrer diesbezüglich bestehenden Fördermöglichkeit Gebrauch gemacht hätten, betonte der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister. „Den heute unbestritten existierenden Problemen in der Pflege hätte frühzeitig vorgebeugt werden können, wenn die dazu geleisteten Vorarbeiten – auch die der KBV und der KVen – konsequent umgesetzt worden wären“, so Hofmeister.

Bei der elektronischen Gesundheitskarte, scheint nun – nach viel Pleiten, Pech und Pannen – einiges wieder in die Spur zu kommen. Nachdem Verlautbarungen seitens



der Politik Zweifel an der Zukunft der Telematikinfrastruktur (TI) und der eK genährt hatten, stellte das Bundesgesundheitsministerium Mitte Mai klar, dass man am geplanten Aufbau dieser Struktur zur Digitalisierung im Gesundheitssystem festhalte. Das Festhalten an der TI umfasse die flächendeckende Installation im ambulanten Bereich sowie die Planungen zum Anschluss an den stationären Bereich und an die Apotheken. Unüberhörbar in diesem Zusammenhang der wiederholte öffentliche Appell des Gesundheitsministers an die ambulanten Ärzte, die nötige technische Ausstattung, also den Konnektor, in ihren Praxen installieren zu lassen. Allerdings besteht hier nach wie vor das Problem, dass die Industrie noch nicht für alle Praxen die benötigten Komponenten zur Verfügung stellen kann. Immerhin konnte mittlerweile zumindest eine Einigung zur Finanzierung von KBV und GKV-Spitzenverband erzielt werden. Ob die Frist, nach der diejenigen Ärzte und Zahnärzte, die bis Ende dieses Jahres keinen Zugang zur TI haben mit ein Prozent Honorarabschlag sanktioniert werden, trotzdem noch einmal verlängert werden muss, ist derzeit noch nicht abzuschätzen.

Ein E-Health-Gesetz II, das auch der Deutsche Ärztetag „konstruktiv begleiten“ würde, wie es in seinem diesjährigen Beschluss heißt, dürfte aller Wahrscheinlichkeit nach zügig auf den Weg gebracht werden. Bundesgesundheitsminister Spahn kündigte bereits an, aus seinem umstrukturierten Ministerium – mit neuer Digital-Abteilung – sei „aus der Sommerpause heraus“ die Vorlage von konkreten Maßnahmen zur aktiven weiteren Gestaltung des Digitalisierungsprozesses im Gesundheitswesens zu erwarten. Diesen Prozess wolle er gemeinsam mit den Akteuren aktiv gestalten und „nicht erleiden“. Digitalisierung, so Spahn, dürfe kein bloßer Selbstzweck sein, sondern müsse Mehrwerte für Patienten, die Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie das Gesamtsystem generieren.

Die gemeinsamen Interessen aller Beteiligten an den als besonders relevant erachteten Punkten, etwa die Rolle einer elektronischen Patientenakte (ePA) als Schlüsselpunkt für die Akzeptanz von Patienten und Gesundheitsberuflern in Bezug auf die Telematikinfrastruktur oder auch Regelungen zur Aufnahme von mobileHealth-Anwendungen in die GKV-Versorgung, scheint ausreichend für eine konstruktive Zusammenarbeit an einem derartigen Gesetzesvorhaben. Mit entscheidend für ein Gelingen dürfte es sein, die Sicht der Anwender wie auch die Kostenseite angemessen zu berücksichtigen. Die Forderung der KBV, die Festlegung von verbindlichen Standards durch die Beteiligten, also die Ärzte und Krankenkassen, vornehmen zu lassen, ist ausgesprochen einleuchtend.

Deutlich härtere Auseinandersetzungen sind um den von der Politik geplanten Maßnahmenmix aus Sprechstundenausweitung und Terminservicestellenausbau zu erwarten. Für Bundesgesundheitsminister Spahn dürfte es eine Feuerprobe werden, sein Versprechen, „gemeinsam“ mit der Ärzteschaft die Lösung der bestehenden Probleme und die Gestaltung der Vorhaben anzugehen, auch in diesen neuralgischen Punkten tatsächlich einzulösen.

## Fernbehandlung in Deutschland: \*To boldly go where no one has gone before...?

*Ganz so dramatisch wie unser Zeichner und unsere Überschrift – angelehnt im Übrigen an den Vorspann der legendären Serie „Star Trek“ – das suggerieren, sehen viele Ärzte den Aufbruch in die „neue Fernbehandlungswelt“ zwar nicht, es bleiben aber Zweifel. Und für manche ist es tatsächlich noch immer der Sprung ins Ungewisse.*



*Mit überraschend großer Mehrheit hat der 121. Deutsche Ärztetag für die Lockerung des Fernbehandlungsverbots gestimmt. Das recht eindeutige Abstimmungsergebnis war so nicht unbedingt erwartbar – schließlich wurde sowohl im Vorfeld des Ärztetages wie auch in der entsprechenden Plenarsitzung durchaus kontrovers und teilweise hitzig über den vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) eingebrachten Antrag zur Änderung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) diskutiert. Mit der Neuregelung ist nun der berufsrechtliche Weg für die ausschließliche Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten geebnet, allerdings müssen zuvor die Landesärztekammern die Regelung in ihre rechtsverbindlichen Berufsordnungen übernehmen. Dieser Prozess dürfte, sollten keine unerwarteten Widerstände auftreten, in ein bis zwei Jahren abgeschlossen sein – dann wird sich zeigen, welche der erhofften, von einigen aber auch befürchteten, Auswirkungen sich im Versorgungsalltag für Ärzte und Patienten tatsächlich bestätigen.*

Dass sich ein guter Teil der Ärzteschaft mit Bedenken zu möglichen Risiken einer reinen Beratung und Behandlung über „Kommunikationsmedien“ – womit im Allgemeinen eine Online-Behandlung (bspw. per Videosprechstunde) verstanden wird – trägt, wurde nicht zuletzt durch eine diesbezügliche Hartmannbund-Umfrage kurz vor dem Ärztetag offensichtlich. Zur Erinnerung: Von den knapp 4.000 Befragten Ärzten und Medizinstudierenden hatten sich 62 Prozent gegen eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots ausgesprochen. Bislang galt: Mediziner durften Patienten auch beraten und behandeln, ohne sie physisch vor sich zu haben – allerdings nur, wenn der jeweilige Patient dem Arzt bereits bekannt war und die Diagnose im persönlichen Kontakt erstellt wurde (klassische Beispiele wären Wundheilungskontrollen oder auch Verlaufskontrollen bei Diabetes- oder Herzpatienten).

Der Beschluss des 121. Deutschen Ärztetages zur Änderung des § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen

Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä): „Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

In den Debatten in Erfurt traten die Bedenken, Sorgen und Ängste bzgl. einer Aufweichung der bislang geltenden Regeln nochmals deutlich hervor. Wie lässt sich die Fernbehandlung grundsätzlich im Sinne der Patientinnen und Patienten, insbesondere der Patientensicherheit sowie der Verantwortlichkeit und des Haftungsrechts für



Ärztinnen und Ärzte regulieren? Wann und wie erfolgt die Aufklärung der Patientin/des Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen einer Fernbehandlung? Wie erfolgt die Vergütung? Wie kann eine gesicherte Kommunikation und der Datenschutz gewährleistet werden? Wird es Leitlinien der Ärztekammern für die sichere und praktische Umsetzung der Fernbehandlung geben? Wie kann dem Aufbau eines neuen eigenständigen Versorgungsbereichs einer telemedizinischen Primärversorgung, insbesondere in Form kommerziell betriebener Callcenter, entgegengewirkt werden?

Abschließende Antworten auf all diese Fragen konnte der diesjährige Ärztetag naturgemäß noch nicht liefern. Aber das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis werde weiter das dominierende Element in der ärztlichen Behandlung bleiben, versicherte Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Und in der Tat wird der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt auch mit der Neuregelung weiterhin in den Vordergrund gestellt. Zudem, darauf wies der Vizepräsident der BÄK Dr. Max Kaplan hin, könne die Neuregelung Patienten eine gesicherte Behandlungsqualität und Ärzten eine rechtliche Sicherheit bieten.

Ein Blick auf die europäischen Nachbarländer zeigt, dass die Telemedizin mit Macht Einzug hält. So hat der Dienstleister Medgate seit dem Jahr 2000 insgesamt sieben Millionen Videosprechstunden in der Schweiz angeboten – pro Tag werden bis zu 5.000 Patienten beraten. In Skandinavien finden, insbesondere in ländlichen Räumen, vier bis fünf Prozent der Termine beim Allgemeinmediziner digital statt. Die Plattform DrEd mit Sitz in London hat seit 2011 etwa zwei Millionen Online-Sprechstunden in insgesamt sechs europäischen Märkten durchgeführt – davon auch über 400.000 auf dem deutschen Markt.

Im Kontext eines zunehmenden Angebots von im Ausland verorteten kommerziellen Telemedizin-Portalen aber auch von Initiativen der Landesärztekammer Baden-Württemberg, sicher eine schlüssige Argumentation. Nachdem 2016 der Fernbehandlungsparagraf in der

Berufsordnung Baden-Württembergs angepasst wurde, sind dort bereits zu evaluierende Modellprojekte, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, nach Genehmigung durch die Landesärztekammer erlaubt. Genehmigt wurde mittlerweile beispielsweise ein auf zunächst sechs Monate angelegtes Modellprojekt, in welchem Gefangene in Justizvollzugsanstalten telemedizinisch betreut und behandelt werden. Um die medizinische Versorgung rund um die Uhr sicherstellen zu können, wird das Justizministerium Videosprechstunden mit einem dezentralen ÄrzteePool verschiedener Fachrichtungen erproben. So sollen unter anderem logistisch aufwändige Verlegungen von Gefängnisinsassen vermieden werden – was die denkbare Bandbreite sinnvoller Telemedizinprojekte aufzeigt.

Nun können zwar die Regelungen der ärztlichen Berufsordnungen Geschäftsmodelle von Anbietern, die ihren Sitz außerhalb Deutschlands haben, nicht reglementieren, aber die Öffnung für die Telemedizin ermöglicht es der Ärzteschaft eigene qualitätsgesicherte und sinnvolle Angebote zu entwickeln. „Wir wollen und müssen diesen Prozess gestalten und dieses Feld mit unserer ärztlichen Kompetenz besetzen“, betonte auch Dr. Josef Mischo, Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), der zum Auftakt des Ärztetages in Erfurt eindringlich für eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots geworben hatte, begrüßte die Entscheidung zur Liberalisierung des Fernbehandlungsverbots. Er kündigte an, einen Runden Tisch mit Vertretern der ärztlichen Selbstverwaltung, der Ärzteorganisationen sowie des Deutschen Pflgerates einzuberufen, um so die praktische Umsetzung des Beschlusses voranzutreiben. Dies dürfte nicht zuletzt auch wegen der angestrebten Optimierung der Notfallversorgung nötig sein – wenn es, wie von verschiedenen Seiten angedacht, eine Art „Telefon-Triage“ geben soll, müssen Ärzte auch darüber entscheiden dürfen, ob Anrufer zu einem niedergelassenen Arzt oder ins Krankenhaus gehören.

Dr. Galina Fischer, Dr. Wenke Wichmann, Dr. Marvin Jesse



„Wie wertvoll ein starkes Netzwerk ist, das haben wir schon im Studium erlebt. Davon profitieren wir auch jetzt als junge Ärztinnen und Ärzte.“



**Hartmannbund**  
STARK FÜR ÄRZTE.

# Das Fernbehandlungsverbot

## – die wichtigsten Fakten im Überblick

*Auch wenn das Votum des Deutschen Ärztetages zur Lockerung des Fernbehandlungsverbotes durchaus als „wegweisend“ bezeichnet werden kann – entschieden ist in Wirklichkeit damit noch gar nichts. Bindend sind ausschließlich – so will es das ärztliche Berufsrecht – die jeweiligen Entscheidungen der Landesärztekammern, legitimiert durch die zuständigen Aufsichtsbehörden.*

### **(Muster-)Berufsordnung alt**

Das Verbot ausschließlicher Fernbehandlung war verankert in § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) und wurde wie folgt in sämtlichen Berufsordnungen der Länder als unmittelbar geltendes Berufsrecht übernommen:

*„Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“*

Nur mit Patienten, mit denen bereits ein Erstkontakt zustande gekommen ist oder sicher zustande kommen wird, dürfte somit eine Behandlung per (Video-)Telefonie oder Internet erfolgen. Eine ausschließliche Fernbehandlung war bzw. ist verboten.

### **Baden-Württemberg**

Ausnahmen vom Verbot der Fernbehandlung wurden in großem Umfang für Modellprojekte in Baden-Württemberg geschaffen. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg änderte im Jahr 2016 ihre Berufsordnung und ergänzte die oben bereits genannten zwei Sätze des § 7 Absatz 4 wie folgt:

*„(...) Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren.“*

Seitdem genehmigte die Ärztekammer in Baden-Württemberg bereits vier Modellprojekte, welche laut Aussage der Ärztekammer insbesondere in Bezug auf die Behandlungsqualität kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert werden.

### **Schleswig-Holstein**

Noch vor dem Deutschen Ärztetag 2018 beschloss die Kammerversammlung der Landesärztekammer Schleswig-Holstein einstimmig die Öffnung ihrer Berufsordnung in Sachen Fernbehandlung wie folgt:

*„Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie dürfen dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelungen ist eine Beratung oder Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien erlaubt, wenn diese ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten nicht erforderlich ist.“*

Diese Änderung wurde inzwischen vom zuständigen Gesundheitsministerium des Landes genehmigt. Damit ist es schleswig-holsteinischen Ärztinnen und Ärzten heute erlaubt, Patienten unter den angegebenen Voraussetzungen ausschließlich über Kommunikationsmedien zu beraten und zu behandeln. Schaut man sich die Formulierung in der schleswig-holsteinischen Berufsordnung an, wird man feststellen, dass die Formulierung etwas weitergehend ist als der Vorschlag für die MBO auf Bundesebene.

### **Deutscher Ärztetag 2018**

#### **HAUPTANTRAG:**

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 wurde mehrheitlich beschlossen,

*„Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt.*

*Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“*

Die Antragsbegründung zur genannten Änderung der MBO betont noch einmal ausdrücklich, dass die persönliche bzw. physische Betreuung von Patienten weiterhin „Goldstandard“ bleibe, eine Behandlung aber auch ohne persönlichen Kontakt ausschließlich über Kommunikationsmedien eine Option sei, über die die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall entscheiden können. Diese Entscheidung zur ausschließlichen Fernbehandlung werde wiederum von der ärztlichen Sorgfalt insbesondere bei der Art und Weise der Befunderhebung, der Beratung, der Behandlung sowie der Dokumentation getragen. Im Rahmen der ohnehin bestehenden Aufklärungspflicht sei auch über die Besonderheiten einer Beratung und Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien aufzuklären. In Anlehnung an die Definition des § 312c Abs. 2 BGB werden als Kommunikationsmedien beispielhaft Telefonanrufe, E-Mails, Videotelefonie, über den Mobilfunkdienst versandte Nachrichten, Briefe sowie Rundfunk und Telemedien genannt. Datenschutzrechtliche Bestimmungen seien auch im Rahmen der Fernbehandlung zu beachten. Zudem, so die Antragsbegründung, seien telemedizinische Primärarztmodelle zu vermeiden. Insofern wurden noch einmal die bereits bestehenden berufsrechtlichen

Regelungen etwa zur Pflichtmitgliedschaft oder zur Niederlassung und Ausübung der Praxis genannt, die trotz der Novellierung ausdrücklich unangetastet bleiben sollen.

#### **WEITERE BESCHLÜSSE:**

Neben dem oben genannten Hauptantrag zur Änderung der MBO in Sachen Fernbehandlung wurden im Rahmen des DÄT 2018 noch acht weitere Anträge zur Fernbehandlung gestellt, von denen sechs positiv beschlossen und zwei an den Vorstand überwiesen wurden. Hier eine kurze Zusammenfassung der Beschlussinhalte, welche sich zum Teil überschneiden:

- Formulierung und Beratung § 7 Abs. 4 MBO insofern, dass weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte „über die stattgehabte Beratung und Behandlung zu informieren“ sind (Adressat BÄK)
- keine Vorteile für GKV-Versicherte für die Inanspruchnahme der Fernbehandlung, die der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zuwiderlaufen; insbesondere telemedizinische Primärarztmodelle vermeiden (Adressat Gesetzgeber)
- Fernbehandlungen in die bestehenden Versorgungsstrukturen einbinden / kein neuer eigenständiger Versorgungsbereich insbesondere in Form kommerziell betriebener Callcenter
- freie Entscheidung von Patientinnen und Patienten über die Inanspruchnahme von Telemedizin; keine Diskriminierung, sofern ausschließlich persönlicher Kontakt zum Arzt gewollt (Adressat Gesetzgeber)
- Fernbehandlung im vertragsärztlichen Bereich nur im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ausschließlich durch Vertragsärztinnen und -ärzte, weil kapitalorientierte Gesellschaften nicht in Konkurrenz treten sollen
- keine Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

#### **VORSTANDSÜBERWEISUNGEN:**

Die beiden Vorstandsüberweisungen hatten folgenden Inhalt:

- keine Ausstellung von ärztlichen Verordnungen für Medikamente, Physiotherapien, Soziotherapien und die Ausstellung von Überweisungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt
- Forderungskatalog für Fernbehandlung zur weiteren Beratung (Adressat BÄK):
  - Definition für Bestehen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses
  - Besondere Einwilligung der Patienten in Fernbehandlung
  - „implizite Aufklärung“ der Patienten über Möglichkeiten und Grenzen der Fernbehandlung
  - Zustimmung der Ärztin/des Arztes zur Fernbehandlung

- geeignete Maßnahmen zur Begrenzung einer missbräuchlichen Mehrfachnutzung
- gesicherte Kommunikation
- gesonderte Vergütung
- Leitlinien für sichere und praktische Umsetzung (seitens der Ärztekammern)

#### **Wie geht es weiter?**

Unmittelbar gegenüber ihren Ärztinnen und Ärzten geltendes Berufsrecht können nur die jeweiligen Landesärztekammern selbst schaffen. Nur sie können auch dafür sorgen, dass die Vorschriften der Berufsordnung eingehalten werden. Der Grund für die Existenz einer MBO liegt darin, dass die Berufsordnungen der einzelnen Länder möglichst einheitlich gestaltet sein sollen. Abweichungen zwischen der MBO und den (Länder-)Berufsordnungen bzw. zwischen den (Länder-)berufsordnungen untereinander gab es bereits in der Vergangenheit.

Spätestens wenn die MBO von der BÄK veröffentlicht ist, wird sie in sämtlichen Berufsordnungsgremien der Landeskammern diskutiert. Danach müsste eine entsprechende Formulierung von den Kammerversammlungen verabschiedet werden. Erst nach einer weiteren Prüfung durch die jeweilige Landesregierung bzw. das zuständige Ministerium liegt sie dann als Berufsordnung der Länder vor und wird für jeden Arzt und jede Ärztin, der/die dem Kammerbereich angehört, rechtsverbindlich.

Wie bereits erwähnt, ist bereits eine rechtswirksame Änderung der Berufsordnung (Satzung) der Ärztekammer Schleswig-Holstein erfolgt. Die Kammerversammlungen sollten möglichst die Formulierung der MBO übernehmen, können aber auch – wie in Schleswig-Holstein geschehen – darüber hinaus gehen oder aber die alte Regelung beibehalten. Ein solcher Flickenteppich wäre insbesondere im Bereich der Telemedizin unter anderem im Hinblick auf die Rechtssicherheit der Ärztinnen und Ärzte keineswegs erstrebenswert.

Auch der derzeit verantwortlichen Politik ist an der Öffnung des Fernbehandlungsverbotes und der einheitlichen Umsetzung gelegen. Gesundheitsminister Spahn kündigte an, einen Runden Tisch mit Vertretern der Ärzteorganisationen und ihrer Selbstverwaltung sowie des Deutschen Pflegerates einzuberufen. Dieser Expertenkreis soll die praktische Umsetzung des DÄT-Beschlusses beraten.

Die BÄK wird sich im Rahmen der oben genannten Beschlüsse und Vorstandsüberweisungen vertiefend mit dem Thema Fernbehandlung befassen müssen und sehr wahrscheinlich darauf drängen, dass eine einheitliche Umsetzung des DÄT-Beschlusses zur Änderung des § 7 Absatz 4 MBO in den Kammerbezirken erfolgt. *sHa*

## Gescheitertes Experiment „ASV“? So richtig Land (noch) nicht in Sicht

*Sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte sollen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit seltenen oder schweren, komplexen Erkrankungen in interdisziplinären Teams gemeinsam optimal versorgen. Das war die Idee, als der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – vor mittlerweile mehr als sechs Jahren – Krankenhäusern unter bestimmten Bedingungen die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten ermöglichte. Die neue Versorgungsform mit dem schönen Namen „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) sollte demnach eine hochspezialisierte Versorgung etablieren – und dies zu gleichen Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Kliniken. Klingt simpel und naheliegend. Entsprechender Bedarf wurde (und wird) nicht nur beim Gesetzgeber, sondern auch in der Ärzteschaft und seitens der Patientenverbände gesehen. Ein Selbstläufer also? Nicht ganz!*

„Um ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung eingeführt“, heißt es im Gesetz. In der Realität allerdings dient die ASV bei entsprechenden gesundheitspolitischen Diskussionen noch immer eher als Beispiel für ein, gelinde ausgedrückt, mäßig gelungenes Modell der Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen. Die Entwicklung der absoluten Anzahl der ASV-Teams nimmt zwar langsam etwas Fahrt auf – Anfang Mai diesen Jahres waren 153 Teams gelistet – bleibt allerdings gemessen an

der Gesamtzahl der Fachärzte und Krankenhäuser überschaubar.

Wie auch die Patientenzahlen: Im Versorgungsbereich der gastrointestinalen Tumore und Tumore der Bauchhöhle (siehe hierzu auch den nachfolgenden Info-Kasten) wurden bis Ende 2016 lediglich 113 Patienten von ASV-Teams behandelt, bei geschätzten 100.000 potenziellen Patienten macht das nicht einmal 0,5 Prozent.

Und das, obwohl doch die neue Versorgungsform „gezielter und qualitativ hochwertiger“ auf den Patienten ausgerichtet und sogar mit festen Preisen ohne Mengengrenzung für die Ärzteschaft ausgestattet ist?

*Überladen: Auch eine gute Idee muss nicht richtig zünden, wenn man sie mit Vorgaben überfrachtet. So greifen bei der ASV noch immer nicht alle Räder reibungslos ineinander.*

Die Leistungen innerhalb der ASV werden zu festen Preisen extrabudgetär vergütet. Somit gibt es keine Mengengrenzung und die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Übergangsweise erfolgt die Vergütung auf Grundlage des EBM. Leistungen, die noch nicht im EBM enthalten sind aber abgerechnet werden dürfen, werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung einer eigenen Vergütungssystematik mit diagnosebezogene Pauschalen für ASV-Leistungen.

Eine nur knapp ein Jahr alte Befragung von 145 hämatologischen und onkologischen Praxen durch die FOM Fachhochschule\* bringt etwas Licht ins Dunkel. Nur sechs Prozent der befragten Praxen haben überhaupt aktiv an der ASV teilgenommen. Als ein großes Hemmnis identifizierte die Studie den großen bürokratischen Aufwand. Viele Ärztinnen und Ärzte betrachteten das nötige Anzeigeverfahren als zu aufwändig und komplex. Zudem gab es Zweifel hinsichtlich der vermeintlich zu erzielenden Vorteile für die Patientenversorgung gegenüber der bereits etablierten ambulanten Behandlung in zertifizierten, multiprofessionell und interdisziplinär organisierten Zentren.

Die Kliniken wiederum würden es oftmals vorziehen, so offenbarte die Untersuchung, Kassensarntzitze aufzukaufen und in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) umzuwandeln, um dann dort Erkrankungen ambulant zu behandeln. Aufgrund einer Übergangsregelung ist die Versorgung nach „altem §116 b“ für Krankenhäuser, die vor der Neuregelung bereits in diesem Bereich tätig waren, ohnehin zumindest temporär weiterhin möglich. Diese Fristen laufen allerdings jeweils spätestens drei Jahre nachdem der G-BA für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung Näheres zur spezialfachärztlichen Versorgung in seiner Richtlinie geregelt hat aus. Insofern dürfte aufgrund des dann notwendigen „Umstiegs“ die Zahl der ASV-Teams fast zwangsläufig steigen.

Dr. med. Regina Klakow-Franck, (scheidendes) unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses ASV, wirbt unermüdlich für die Nutzung des großen Potenzials der ASV-Regelung. Für das ernüchternde Zwischenfazit trägt ihrer Meinung nach der Gesetzgeber einen guten Teil der Verantwortung. Dieser habe zu den Teilnahmevoraussetzungen viel detailliertere Vorgaben als in der Altregelung des Paragraphen 116 b gemacht – für Klakow-Franck ein Zeichen der Unsicherheit und des Misstrauens der Politik. Der Zielkonflikt zwischen neuem sektorenübergreifenden Leistungsangebot ohne Mengengrenzung und

der Angst vor einer Mengenexplosion sei bei der praktischen Umsetzung der ASV bis heute zu spüren. Unbürokratischere Regelungen zu den Teilnahmevoraussetzungen und den Nachweispflichten könnten aber helfen, etwa in Gestalt eines bundeseinheitlichen elektronischen Muster-Anmeldeformulars.

Ähnlich betrachtet man dies beim Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (Bundesverband ASV). Dessen Vorstand, Dr. med. Axel Munte, sieht trotz aller bisherigen Schwierigkeiten die ASV als ein Versorgungsmodell der Zukunft – allerdings müssten in der Tat der Zugang und auch die Abrechnungswege erleichtert werden. Und: Ein großer Zusatznutzen für die schwerkranken Patienten könne mittels einer elektronischen Patientenfallakte, auf die jeder Arzt im ASV-Team ständig Zugriff hätte, generiert werden. Zumindest beim letzteren Punkt kann man wohl auf politische Hilfe hoffen, hat sich doch der neue Bundesgesundheitsminister wiederholt nachdrücklich für Initiativen zur zügigen Digitalisierung des Gesundheitswesens ausgesprochen.

*\*Professor Dr. med. Robert Dengler von der FOM Hochschule. Studiendesigner dieser Befragung der „FOM“ (früher Fachhochschule für Oekonomie und Management) sind Professor Dr. habil. Manfred Cassens und Dr. rer. med. Walter Baumann.*



## ASV – kurz und bündig

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die eine spezielle Qualifikation der Behandler, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine besondere Ausstattung erfordern. Teilnehmen können sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser – es gibt keine Bedarfsplanung und keine Mengenbegrenzung. Ihre Qualifikation müssen sie dem jeweiligen erweiterten Landesausschuss der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser anzeigen. Welche Erkrankungen im Rahmen der ASV behandelt werden dürfen, wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie festgelegt. Er regelt zudem den Behandlungsumfang sowie die materiellen und personellen Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV. Die Leistungen der ASV werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

Bereits vom G-BA festgelegte Krankungsbilder:

### **Bereich besonderer Krankheitsverlauf**

- Seltene Lebererkrankungen – primär biliäre Cholangitis (PBC), primär sklerosierende Cholangitis (PSC) und Autoimmunhepatitis (AIH): Beschluss am 17. Mai 2018; Genehmigung durch BMG steht noch aus
- Rheuma: Start 19. April 2018
- Urologische Tumoren: Start 26. April 2018
- Gynäkologische Tumoren: Start 10. August 2016
- Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle: Start 1. Juli 2014

### **Bereich Seltene Erkrankungen**

- Mukoviszidose: Start 18. März 2017
- Pulmonale Hypertonie: Start 1. Juni 2016
- Marfan-Syndrom: Start 30. Juni 2015
- Tuberkulose: Start 1. April 2014



## ASV – wenn es sie nicht gäbe, müsste sie erfunden werden

Trotz der vom Gesetzgeber vorgesehenen Anreize – extrabudgetär, innovationsfreundlich, im Rahmen des Kollektivvertrags, aber außerhalb der Bedarfsplanung – und den flexiblen Kooperationsmöglichkeiten nimmt die ASV erst allmählich an Fahrt auf. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe: Zum einen musste der G-BA wegen neuer gesetzlicher Änderungen bereits beschlossene Anlagen noch einmal überarbeiten. Zum anderen wird von vielen grundsätzlich an der ASV interessierten Vertragsärzten und Krankenhäusern der bürokratische Aufwand kritisiert, der für das neue Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen entsteht, wenn man eine ASV-Teilnahmeberechtigung erhalten will. Die Erwartung war angesichts des Anfangsmottos für die ASV, „Wer kann, der darf!“, mit Sicherheit eine andere. Aber ganz ohne Nachweise, die belegen, dass derjenige, der darf, es auch wirklich kann, wird es nicht gehen. Zurzeit berät der G-BA unter anderem über Möglichkeiten, wie die derzeit je nach Sektor unterschiedlichen Qualifikationsnachweise harmonisiert und gegebenenfalls – auch als Beitrag zur Entbürokratisierung – vereinfacht werden könnten. Ein weiterer Hemmschuh für die ASV ist die Möglichkeit für Krankenhäuser mit vorhandenen § 116 b-Altzulassungen, noch drei Jahre nach Überführung der Anlage in die ASV tätig zu bleiben.

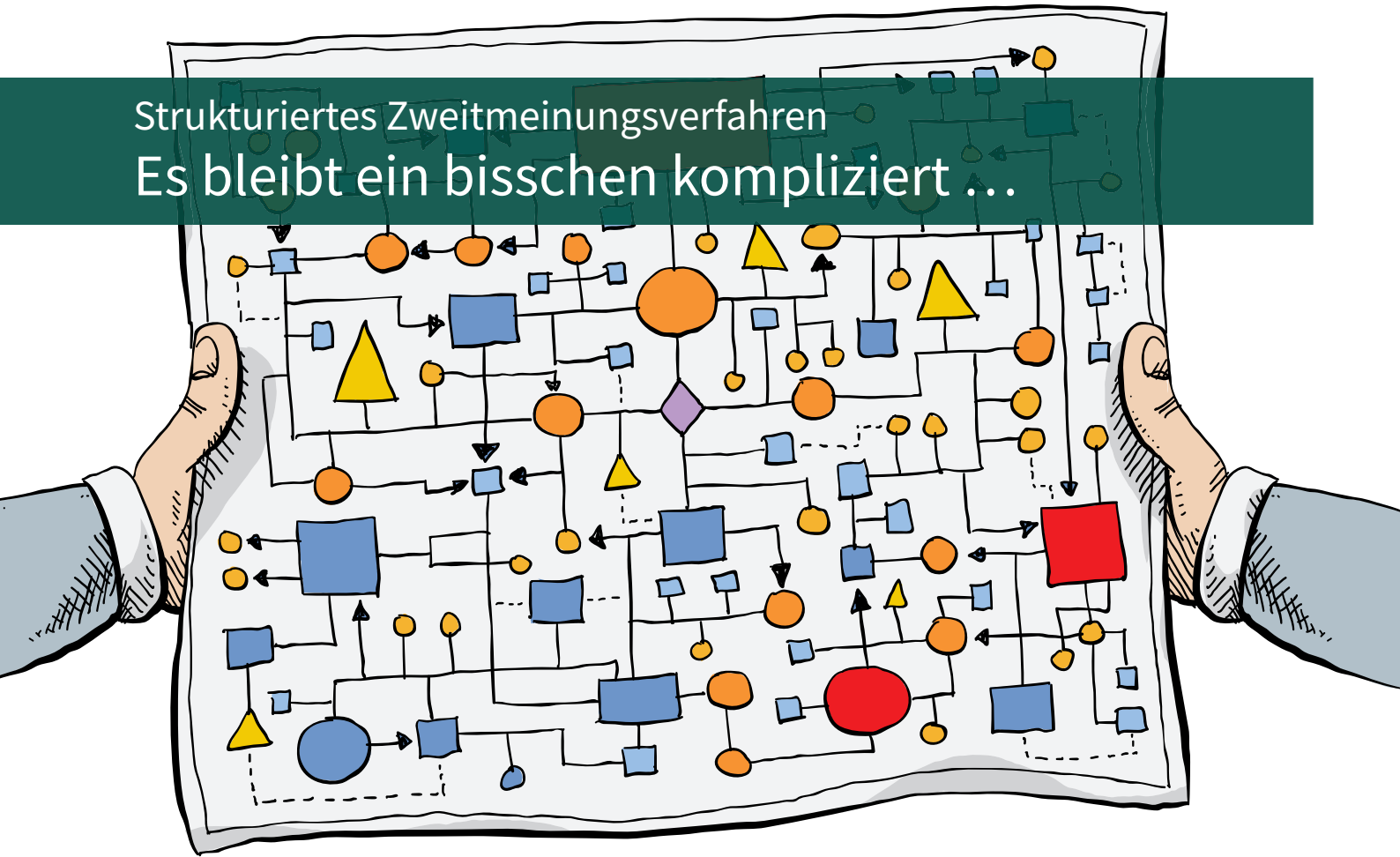
Trotzdem lassen sich inzwischen Erfolge vermelden: So gibt es – und das ist noch viel zu wenig bekannt – für die § 116 b-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gastrointestinal-Tumoren oder mit Tuberkulose mehr neue ASV-Teams, als es unter den alten Rahmenbedingungen gegeben hat. In diesem Jahr neu in Kraft getreten sind außerdem die ASV-Anlagen zu urologischen Tumoren und zu rheumatologischen Erkrankungen, für deren Einführung sich insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen bzw. der Berufsverband der niedergelassenen Rheumatologen in Kooperation mit den rheumatologischen Akutkliniken sehr engagiert haben.

Wenn es die ASV nicht gäbe, müsste sie erfunden werden, denn sie bietet aus Patientensicht ein großes Potential für eine bessere Koordination und interdisziplinäre Abstimmung komplexer Versorgungs-konzepte an der Schnittstelle ambulant-stationär. Der erfolgskritischste Faktor für einen „Durchbruch“ der ASV ist die Überwindung des historisch gewachsenen Misstrauens zwischen den Sektoren. Noch hat die gemeinsame Selbstverwaltung es selbst in der Hand, dieses zugunsten einer patientenorientierten, sektorenübergreifenden Qualitätskultur abzulösen und Gestaltungsspielräume, die ihr vom Gesetzgeber noch eingeräumt werden, zu nutzen.

Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses ASV



## Strukturiertes Zweitmeinungsverfahren Es bleibt ein bisschen kompliziert ...



*Im September 2017 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Erstfassung einer Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, die bis dato aber nicht wirksam ist. Darin wurden die Verfahrensregeln festgelegt, nach denen Patientinnen und Patienten zukünftig vor bestimmten geplanten Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Zudem wurden die ersten Eingriffe vom G-BA definiert, für die das strukturierte Zweitmeinungsverfahren angewendet werden kann: Eingriffe an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) und Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien). Aber: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das den Beschluss billigen muss, sieht offensichtlich noch „Erläuterungsbedarf“ und forderte in einem Schreiben an den G-BA vor einer Genehmigung der Richtlinie weitergehende Auskünfte zum Leistungsumfang der Zweitmeinung sowie zur Regelung der Abrechnungsgenehmigung.*

Nun könnte man sich fragen, was gerade dieses auf den ersten Blick so unverfängliche Angebot an die Versicherten scheinbar so kompliziert macht – die ursprüngliche Frist für den G-BA zur Erarbeitung der Richtlinie lief immerhin schon Ende 2015 aus. Und es stellen sich weitere Fragen: Wozu braucht es überhaupt eine spezielle Regelung? Kann nicht ohnehin jeder gesetzlich Versicherte den Arzt frei wählen und bei Bedenken bzgl. bestimmter Behandlungen einen weiteren Mediziner zu Rate ziehen?

Aber gehen wir nochmal einen Schritt zurück: Seit Juli 2015 gibt es mit den entsprechenden Regelungen aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz einen Rechtsanspruch aller gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten medizinischen Eingriffen. Laut dem Willen des Gesetzgebers soll die Neuregelung diejenigen Versicherten betreffen, „bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“.

Diese Passage verdeutlicht die vorrangige Motivation der Politik, ein geregeltes Verfahren zur Zweitmeinung anzustoßen. Mäßig subtil schwingt der Vorwurf einer nicht medizinisch begründeten Indikationsausweitung für bestimmte Operationen mit. Getriggert wurde diese Auffassung unter anderem durch eine Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) aus dem Jahr 2013, die Deutschland eine weit über dem OECD-Schnitt liegende Zahl von Krankenhausbehandlungen und Operationen attestiert. Zudem wurden innerhalb Deutschlands beträchtliche regionale Unterschiede in den Operationsraten, welche laut OECD nicht allein auf die Demografie zurückgeführt werden könnten, konstatiert. Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) sei die Zahl der operativen Eingriffe innerhalb von zehn Jahren um mehr als vier Millionen auf 16,8 Millionen im Jahr 2016 gestiegen, dies wurde während des Gesetzgebungsverfahrens zur ärztlichen Zweitmeinung von den Befürwortern unter anderem angeführt.

Auch eine Erhebung der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahr 2014, die starke regionale Unterschiede in der Operationshäufig-

keit feststellt, wurde angeführt. Demnach werden in einigen Städten und Landkreisen acht Mal mehr Einwohner an Mandeln operiert als anderswo. Ähnlich große regionale Unterschiede wurden etwa bei der Entfernung des Blinddarms, bei Prostata-Entfernungen oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen festgestellt. Rein medizinisch oder durch Abweichungen bei den Alters- oder Geschlechtsstrukturen ließen sich derartige Unterschiede nicht erklären, argumentieren die Studienautoren. Auch die OECD-Experten mahnten an, dass sich die „Effizienz der Behandlung“ in Deutschland regional noch steigern ließe.

Nun hätten die Patienten, denen ein planbarer operativer Eingriff nahegelegt wurde, auch derzeit schon das Recht, einen weiteren Arzt zu konsultieren und Einsicht in die Patientenakte zu erhalten. Zudem bieten die meisten Krankenkassen, aber auch die Deutsche Krebsgesellschaft bereits seit einiger Zeit Unterstützung hierbei an – beispielsweise über Zweitmeinungsportale.

Der wesentliche Unterschied zum herrschenden Versorgungsalltag wäre aber, dass mit der Neuregelung der jeweils behandelnde Arzt den Patienten mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff über die Möglichkeit eines gesonderten Anspruchs auf eine Zweitmeinung aufklären müsste. Außerdem müsste der Patient auch darüber informiert werden, dass er seine Behandlungsunterlagen einsehen kann und die Krankenkasse in diesen Fällen auch die Kosten für die Kopien übernimmt. Der Arzt müsste dann beispielsweise auch auf Listen mit zugelassenen Zweitgutachtern, die für die Begutachtung nach Maßgabe des G-BA ausreichend qualifiziert sind, hinweisen.

„Im Zentrum des Zweitmeinungsverfahrens steht die ärztliche Beratung der Patientin oder des Patienten über Therapiealternativen. Dies sollte eigentlich schon Thema im Rahmen der Erstmeinung sein“, betonte in diesem Zusammenhang Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses Qualitätssicherung. Die vorgesehenen Leistungen des Zweitgutachters sollen laut der Richtlinie des G-BA die Durchsicht vorliegender Befunde des behandelnden Arztes, ein Anamnesegespräch und körperliche Untersuchungsleistungen – die zulässigerweise ein zweites Mal durchgeführt werden dürfen, soweit sie für die Abgabe der Zweimeinung erforderlich sind – umfassen.

Allerdings muss seitens des G-BA nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums wohl noch einmal nachgebessert werden. Für das Ministerium ergeben sich laut o.g. Schreiben einige Folgeprobleme aus der Richtlinie. So sei beispielsweise nicht hinreichend genau geregelt, ob und wenn ja, unter welchen Umständen der „Zweitmeiner“ eine nochmalige weiterführende Diagnostik in die Wege leiten darf – beispielsweise wenn die ursprünglich zur Verfügung stehenden Unterlagen und Befunde nicht ausreichen.

Bis das Zweitmeinungsverfahren in der Versorgungsrealität ankommt, dürfte es also noch ein wenig dauern. Zumal das strukturierte Zweitmeinungsverfahren erst dann als ambulante Leistung von Ärzten erbracht und von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden kann, wenn der Bewertungsausschuss über die Höhe der Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entschieden hat.

# Unabhängige PKV-Prüfung

## Sie können nur gewinnen!

- ❓ Zahlen Sie die richtige Prämie bei Ihrer PKV?
- ❓ Verstehen Sie Ihre Tarifbezeichnungen?
- ❓ Gibt es Alternativen ohne Leistungseinschränkungen bei Ihrer PKV? (unabhängig von Alter und Gesundheitszustand)
- ❗ **Honorierung nur im Erfolgsfall!**

Antworten auf diese Fragen und Transparenz zu den Alternativen gebe ich Ihnen – auf Basis meiner langjährigen Erfahrung mit Ärzttarifen.

Viele Ihrer Kollegen sparen jetzt Geld durch mich in der PKV ein – unter Beibehaltung sämtlicher Rechte in Ihrem bestehenden Vertragsverhältnis.

Wollen auch Sie Klarheit? Kontaktieren Sie mich!

Thomas Breitengraser, 02151 804021 oder  
 kv-optimierung@breitengraser-versicherung.de  
 www.breitengraser-versicherung.de

Rahmenvertragspartner  
 des Steuerberaterverbandes  
 Westfalen-Lippe e.V.



Steuerberaterverband  
 Westfalen-Lippe e.V.

# E-Learning hält verstärkt Einzug an deutschen Universitäten Zwischen VR-Brille, Cyber-Herz und virtuellen Darmmodellen

*Im Zeitalter von Smartphones, Tablets, Augmented und Virtual Reality & Co halten auch in Lehre und Lernen an den Universitäten die neuen Möglichkeiten von E-Learning mehr und mehr Einzug, denn sie eröffnen auch neue Chancen. Dies gilt in ganz besonderem Maße für das Medizinstudium. Die Entwicklung betrifft aber auch Fort- und Weiterbildungsangebote sowie berufsgruppenübergreifende Schulungen – beispielsweise zum achtsamen Antibiotikaeinsatz.*

Die Vorteile liegen auf der Hand: E-Learning bietet zum einen die Möglichkeit, flexibel sowie orts- und zeitungebunden zu lernen. Ein großes Plus bei einem so lernintensiven Fach wie Medizin, eröffnet sich doch so die Möglichkeit, unabhängig von Präsenzveranstaltungen Wissen zu erwerben bzw. zu festigen. Dies kann etwa mit internetbasierten Online-Kursen, digitalen Vorlesungsaufzeichnungen oder auch wissensvermittelnden Apps erfolgen.

Zudem können mit Virtual Reality-Projekten, also der Darstellung und Wahrnehmung bestimmter Settings in einer in Echtzeit computergenerierten, interaktiven virtuellen Umgebung, Medizinstudierende an die komplexen Strukturen der menschlichen Organe herangeführt werden. So können beispielsweise Studentinnen und Studenten der Uniklinik Ulm per „Virtual Reality-Lab“ seit Anfang 2018 das menschliche Herz erforschen und virtuelle Darmendoskopien durchführen.

Studierende der Medizinischen Fakultät Ulm können mit der digitalen Mikroskopie-Lernplattform „MyMiCROscope“ beim gemeinsamen Lernen an der Großbildmedienwand ihre Histologie-Kenntnisse – mobil und zeitlich flexibel auch mit der App „MyMi.mobile“ – vertiefen.

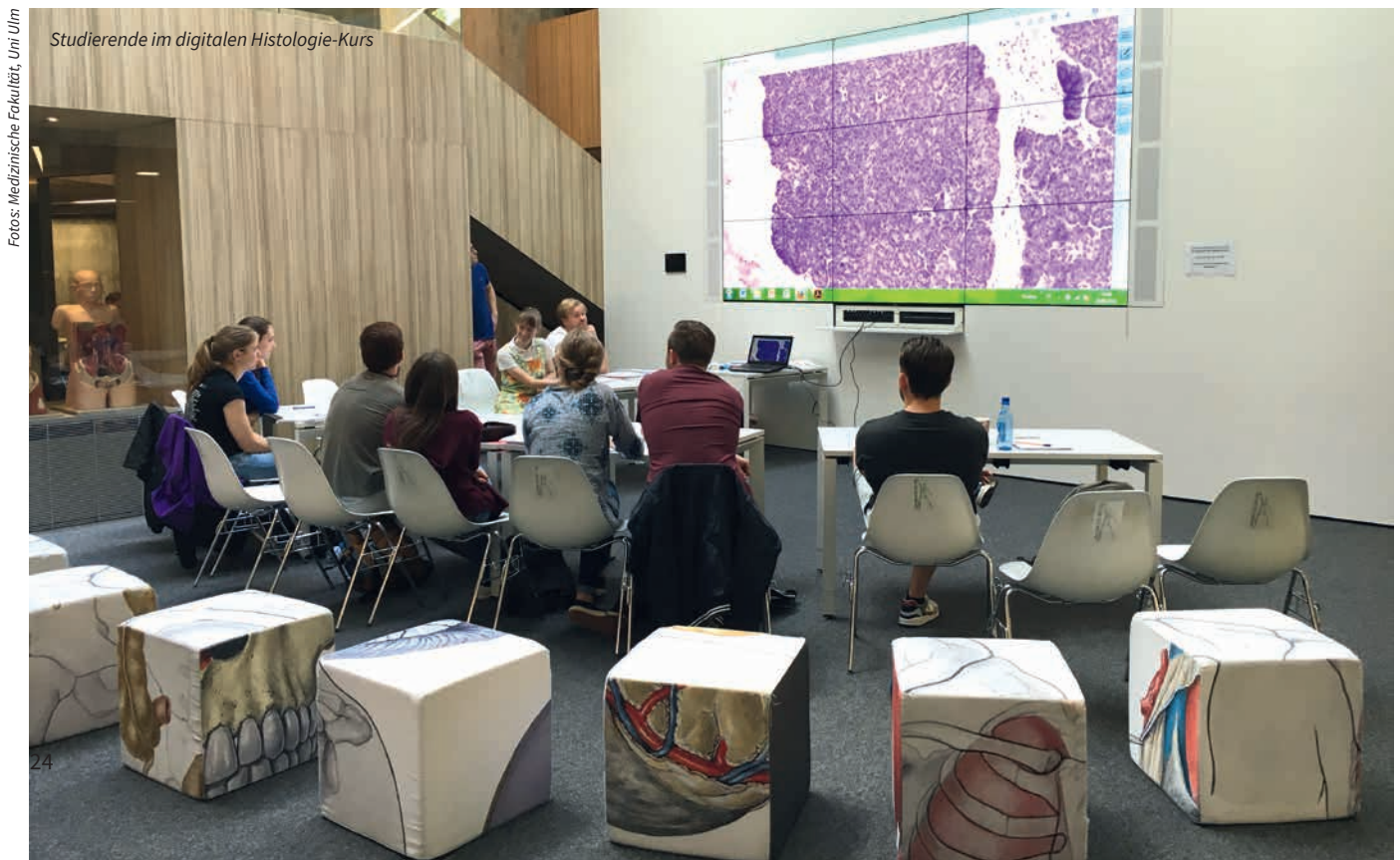
Um solche und weitere Projekte qualitätsgesichert und auf die Bedürfnisse von Studierenden und Dozenten zugeschnitten vorantreiben und weiterentwickeln zu können, wurde von der Medizinischen

Fakultät der Universität Ulm ein „Kompetenzzentrum eLearning“ etabliert.

Professor Dr. Stefan Britsch, Leiter des Instituts für Molekulare und Zelluläre Anatomie der Universität Ulm und Initiator der Mikroskopie-Lernplattform, verweist darauf, dass man gerade am Anfang den nötigen Aufwand zur Umsetzung digitaler Lehr- und Lernangebote massiv unterschätzt habe. Die im größeren Umfang notwendige Einbindung von IT-Kompetenz sei finanziell nur leistbar, wenn seitens der Universitätsleitung entsprechende Bereitschaft und Unterstützung vorhanden sei – in Ulm, und anderswo, ist sie es.

Dies verdeutlicht den Stellenwert, den digitale Lern-Tools mittlerweile in der Lehre einnehmen. Denn mit dem Aufbau von spezieller Kompetenz auf diesem Gebiet steht Ulm bei weitem nicht allein da: Vergleichbare Strukturen existieren an Universitäten quer über Deutschland verteilt.

An der Berliner Charité verfügt man über einen „Kompetenzbereich eLearning“, an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt man am Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik eigene Projekte, die Universität Heidelberg bietet mit „KELDAMED“ eine kommentierte medizinische E-Learning-Datenbank, die Universitätsmedizin Freiburg gewährt Zugang zu diversen E-Learning Angeboten und auch die Fakultät für Medizin der TU München will den



Studierende im digitalen Histologie-Kurs

Fotos: Medizinische Fakultät, Uni Ulm



nachhaltigen Einsatz von eLearning mittels eines „Medical Education Centers“ fördern – diese Aufzählung ist weit von einer hier nicht zu leistenden Vollständigkeit entfernt.

Unter E-Learning versteht man elektronisch unterstütztes Lernen, bei dem elektronische oder digitale Medien für die Präsentation von Materialien, zur Unterstützung der Kommunikation oder auch zur Simulation von Fallbeispielen genutzt werden.

Der Begriff Blended Learning bezeichnet eine Form des integrierten Lernens, bei der die Vorteile von Präsenzveranstaltungen und E-Learning kombiniert werden. Da dem reinen E-Learning beim Erwerb praktischer Fertigkeiten Grenzen gesetzt sind, bietet sich oft ein Mix aus E-Learning und Präsenzveranstaltungen an.

Aber auch außerhalb des universitären Umfeldes existieren eine Vielzahl von Modellen, Projekten und bereits etablierten Angeboten aus dem Bereich E-Learning. So bietet beispielweise der Malteser Hilfsdienst über die hauseigene E-Learning-Plattform „Malteser Campus“ Fortbildungen für alle Mitarbeiter im Rettungsdienst sowie in den Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen an. Das jüngste Web-Based-Training thematisiert die korrekte Anwendung von Antibiotika und soll als digitale Pflichtschulung helfen, eine rationale Verordnungspraxis nachhaltig sicherzustellen.

Ein weiteres Beispiel dafür, dass elektronisch unterstütztes Lernen auch nach dem Studium noch eine Rolle spielen kann, liefert die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Die Stiftung bietet ein Online-Fortbildungsprogramm zum Ablauf einer Organspende an, das sowohl theoretische Grundlagen als auch praktische Kenntnisse zur postmortalen Organspende vermittelt.

Nicht zuletzt hat auch der kommerzielle Sektor dieses Geschäftsfeld für sich entdeckt, was einmal mehr dessen Zukunftsfähigkeit demonstrieren dürfte. Laut einer Umfrage des Statistik-Portals „statista“ erwartet die E-Learning-Branche in Deutschland bis zum Jahr 2020 Umsatzsteigerungen von bis zu 400 Prozent.



## HB-Univertreterin hat das „VR-Lab“ auf Herz und Nieren geprüft

Sarah studiert Medizin in Ulm und ist zugleich HB-Univertreterin. Weil sie neugierig und offen für neue Technologien ist, hat sie sich den neuen Virtual-Reality-Arbeitsraum („VR-Lab“) an der Uniklinik in Ulm einmal genauer angeschaut. Abseits von Vorlesungen können Medizinstudierende nämlich seit einiger Zeit im „VR-Lab“ anhand von Organmodellen komplexe, dreidimensionale Strukturen begreifen und damit Kenntnisse der Anatomie (und Physiologie) testen und ausbauen.

Ausgestattet mit einer VR-Brille und Kopfhörern bewegen sich die Studierenden in einem abgegrenzten Raum virtuell unter anderem durch ein dreidimensionales Herzmodell. Die studentischen Tutoren können je nach Wunsch einstellen, welches Programm durchlaufen werden soll. So können sich die angehenden Ärzte zum Beispiel mithilfe von Controllern mit der Anatomie des Herzens vertraut machen, sich Ultraschallbilder in entsprechenden Schnittebenen ansehen oder sich die Auswirkungen eines Infarkts anzeigen lassen. Neben dem 3-D-Herz stehen den Studierenden virtuelle Darmmodelle zur Verfügung, anhand derer sie Dickdarmspiegelungen üben, nützliche Informationen zu entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa erhalten und Krebsvorstufen erkennen können.

Für Sarah hat sich die Reise in die virtuellen Lernwelten auf jeden Fall gelohnt. Besonders positiv ist ihr die Kapsel in Erinnerung geblieben, die durch die Blutgefäße „schwimmt“ und auf deren Weg man noch zusätzlich ein paar Eckdaten zu den einzelnen Zellen erfährt. Für die Ulmer Medizinstudentin war es somit möglich, die wichtigsten Informationen zu wiederholen, während sie sich rundum umschaute und zum Spaß Erythrozyten mit einem der Controller beschießen konnte. Ihr Fazit: Ein gelungenes Beispiel für digitales Lernen!

Studierende bei der Nutzung des VR-Lab



Ausschuss Assistenzärzte:

## Neues Leitungsgremiums setzt (einen) Schwerpunkt auf Digitalisierung

Das Thema „Versorgung der Zukunft“ stand im Mittelpunkt der Frühjahrssitzung des Ausschusses der Assistenzärzte im Hartmannbund. Die Teilnehmer diskutierten u.a. zum Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie über die Belange der in der Niederlassung angestellten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Die Ergebnisse der Diskussion dienen u.a. als Grundlage für Resolutionen sowie eine Aktion zum Thema Digitalisierung für den Deutschen Ärztetag 2018. In Workshops befassten sich die anwesenden Mitglieder des Ausschusses zudem mit dem „Physician Assistant“ sowie der Förderung des Engagements junger Ärztinnen und Ärzte in den Landesärztekammern.

Am zweiten Sitzungstag standen die Neuwahlen des Leitungsgremiums auf der Tagesordnung. Dabei wurden Dr. Wenke Wichmann, Theodor Uden und Dr. Fabian Weykamp einstimmig im Amt bestätigt. Neu ins Leitungsgremium – und ebenfalls einstimmig – wurden Dr. Dr. Galina Fischer und Herr Moritz Völker gewählt. Wenke



Engagiertes Team: Dr. Wenke Wichmann, Dr. Fabian Weykamp, Dr. Moritz Völker, Dr. Dr. Galina Fischer und Theo Uden

Wichmann wurde zudem als Sprecherin des Ausschusses der Assistenzärzte im Hartmannbund benannt. Als Gäste nahmen an der Sitzung Klaus Rinkel, Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg und

Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands, Herr Klaus-Peter Schaps und Sebastian Exner, als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender des Arbeitskreis IV „Aus- und Weiterbildung“, teil.

## Medizinstudierende und junge Ärzte des Hartmannbundes in Aktion

Die Medizinstudierenden des Hartmannbundes haben auf dem Deutschen Ärztetag in Erfurt ordentlich die Werbetrommel für ihre



Der Vorsitzende des Ausschusses der Medizinstudierenden, Christian Wolfram mit Dr. Max Kaplan

Forderungen gerührt. Sie machten mit einer Flyer-Aktion bei den Delegierten auf das 33,3-Prozent-Zulassungsmodell sowie auf eine bundesweit einheitliche PJ- Aufwandsentschädigung aufmerksam – hier u.a. mit Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Der Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ positionierte sich mit „Erika“, Analogtelefon und Flyern vor dem Messegelände, um eine zentrale Forderung in Richtung Krankenträger und Politik zu verdeutlichen: Wir brauchen eine anwenderfreundliche Dokumentation, eine digitale Vernetzung zwischen Praxis und Klinik und unbedingt ein Ende der Doppeldokumentation!



Dr. Astrid Bühnen und Dr. Klaus Reinhardt (links) zeigen sich beeindruckt vom Auftritt der HB-Assistenzärzte

## Medizinischer Fakultätentag

# Ausschuss der HB-Medizinstudierenden war in Mainz dabei!

Die Qualität des Medizinstudiums sowie das Wissen und Können der neu ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte standen im Fokus des 79. ordentlichen Medizinischen Fakultätentages in Mainz. Die Dekane von 38 Medizinischen Fakultäten Deutschlands sowie Vertreter ihrer Universitätsklinika stellten deshalb die Auswahl und Ausbildung der Medizinstudierenden in den Mittelpunkt ihres Jahrestreffens. Christian Wolfram (Vorsitzender) und Johannes Stalter (Stellvertretender Vorsitzender) (v.l.) waren für den Ausschuss der Medizinstudierenden im Hartmannbund vor Ort, „netzwerkten“ und vertraten die Positionen des Hartmannbundes.



## Hartmannbund- Stipendium

Bewerbungsfrist endet am  
6. Juli 2018

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes schreibt ein Stipendium in Höhe von monatlich 250 Euro für das Jahr 2019 (für die Dauer eines Jahres) für Medizinstudierende aus.

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

Für die Bewerbung reichen Sie bitte einen schriftlichen formlosen Antrag (Motivationsschreiben), Kopien von Studienzeugnissen, Bescheinigungen oder Empfehlungen, Nachweis über das sozial- oder berufspolitische Engagement sowie die aktuelle Studienbescheinigung ein.

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

Der Einsendeschluss ist der 6. Juli 2018.

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

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

## Tolle Idee: Taping-Kurs in Aachen

*Exklusiv nur für Hartmannbundmitglieder: HB-Univertreterinnen aus Aachen organisierten Taping-Kurs in der Uniklinik*

Von insgesamt 70 Interessenten erhielten 25 Hartmannbundmitglieder die Möglichkeit am Taping-Kurs teilzunehmen. Die Idee zum Workshop entstand bei den drei Aachener Univertreterinnen aus der Not heraus: Taping ist kein Teil des Lehrplans und Medizinstudierende nutzen daher oft kostenintensive außeruniversitäre Organisatoren, um richtiges Taping zu erlernen. Den zweieinhalbstündigen Kurs führte eine Physiotherapeutin des Uniklinikums durch. Demnächst soll der Workshop wiederholt werden.

Anzeige

ETL | Gesundheitswesen



## Das Wissenspaket für Ihren Praxiserfolg

Fachseminar:  
Sicher durch die digitale Betriebsprüfung

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

# Wir leben länger als wir denken – Das will finanziert sein

*Die Pille für ein langes Leben gibt es zwar nicht. Dennoch werden wir immer älter. Und zwar fit und gesund. Das will finanziert sein. Aber: Kennen Sie Ihre finanzielle Versorgungslücke nach Ihrem Berufsleben? Wissen Sie, wie hoch die Differenz zwischen dem Betrag ist, der später einmal von ihrem Versorgungswerk auf Ihr Bankkonto überwiesen wird und dem Betrag, den Sie eigentlich zu einem sorgenlosen Ruhestand benötigen? Wissen Sie, wie gewinnbringend die Praxis an einen Nachfolger verkauft werden kann und wie rentierlich die sonstigen Rücklagen und Investitionen sind?*

Die Menschen leben nicht nur länger, sie bleiben auch im Alter fit und gesund. Aktiv sein und eine wichtige Rolle in der Familie oder Gesellschaft einnehmen ist das Wunschziel. Und konkret? Was macht das Seniorenleben lebenswert? Bei der Frage, was zu einem guten Leben gehört, ist die Sache klar: Einen Ruhestand ohne Zeitungen, Bücher und Zeitschriften können sich die meisten nicht vorstellen. Auch regelmäßig Essen gehen mit Freunden ist besonders wichtig. Auf den weiteren Präferenzplätzen kommt das Auto der Urlaub und Kino-, Theater- und Konzertbesuche.

## Die Kosten eines längeren Lebens

Nachdem sich die Freude über eine längere Lebenszeit gelegt hat, könnte man allerdings ans Nachdenken kommen und die Frage stellen: Was kostet mich eigentlich diese geschenkte Lebenszeit. Was kostet Essen, Haushalt, Freizeit, Urlaub und die Hobbies? Was kosten Versicherungen, Strom und Heizung? Was kostet das Leben überhaupt?

Kaum einer hat wirklich einen Überblick über seine Ausgaben – schon gar nicht langfristig. Ganz gleich, ob mit Apps oder Taschenrechner gerechnet wird. Ein Blick in den Datenreport des Jahres 2016 (die Daten beziehen sich auf das Jahr 2013) des von der Bundeszentrale für politische Bildung zusammen mit

dem Statistischen Bundesamt u.a. herausgegebenen Sozialberichtes schafft wenigstens statistische Klarheit. Demnach wendet die Haushaltsgruppe mit einem monatlichen Nettoeinkommen von 3.600 Euro bis 5.000 Euro 51,5 Prozent für Grundbedürfnisse auf. Hinzu kommen die anderen Konsumbereiche Verkehr, Freizeit, Unterhaltung und Gesundheit. Haushalte mit dem in der Statistik höchsten monatlichen Nettoeinkommen (5.000 bis unter 18.000 Euro) geben 46,5 Prozent, gleich 4.504 Euro für Grundbedürfnisse aus.

Unterm Strich steht eine fette schwarze Zahl, die erst einmal erwirtschaftet oder erspart sein will.

## Planen für die Zukunft

Wer heute eine zusätzliche private Altersvorsorge aufbauen möchte, steht in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Rendite. Während auf der einen Seite die klassische Lebensversicherung ein hohes Maß an Sicherheit hat, aber unter sinkenden Zinsen leidet, bietet auf der anderen Seite die fondsgebundene Lebensversicherung ohne Garantien bessere Renditechancen aber auch höhere Risiken. Wo aber ist eine attraktive Kapitalanlage, die Sicherheit, aber auch die Chance auf Rendite und somit Wohlstand im Alter miteinander in Einklang bringt?

Die Deutsche Ärzteversicherung zum Beispiel bietet die „Relax Rente“ an. Ein möglicher Königsweg. Die Relax Rente verbindet die Zuverlässigkeit eines klassischen Deckungsstocks mit einer verlustbegrenzten Partizipationsmöglichkeit an den europäischen Aktienmärkten. Sie nutzt durch unterschiedliche Anlageformen die Renditechancen der Kapitalmärkte und garantiert gleichzeitig, dass mindestens die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin zurückbezahlt werden.

Die Relax Rente bietet die Möglichkeit, von den Chancen der Kapitalmärkte zu profitieren, ohne dabei ein Risiko einzugehen. Das Besondere daran: Die eingezahlten Beiträge stehen zum Rentenbeginn in voller Höhe zur Verfügung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines attraktiven Wertzuwachses und auch Chancen auf hohe zusätzliche Renditen. Die Deutsche Ärzteversicherung übernimmt das Anlagemanagement wobei der Kunde jederzeit die Möglichkeit hat, nach seinen individuellen Wünschen die Anlagooptionen zu ändern.

Mehr Informationen zur Relax Rente der Deutschen Ärzteversicherung sind unter [www.aerzteversicherung.de](http://www.aerzteversicherung.de) oder auch über Telefonnummer 0221 148-22700 abrufbar.



*So oder ähnlich sieht wohl die  
Wunschvorstellung vieler aus.  
Damit das (möglichst) klappt,  
muss frühzeitig geplant werden.*

## Premium-Mietwagen

# Es muss nicht immer Alltag sein



*Ob zum Kongress oder ans Meer – manche Reisen werden erst im Luxusauto zum unvergleichlichen Erlebnis. Europcar macht's möglich.*



Wochenende, Sonnenschein oder der mehrtägige Kongress – wäre doch schön, wenn für diese Gelegenheiten neben dem praktischen Familien-Kombi noch ein schickes Cabrio in der Garage stünde. Der Kurztrip an den Timmendorfer Strand wäre dadurch erst richtig perfekt: der Morgensonne entgegenfahren, frische Ostseeluft schnuppern und das Kreischen der Möwen hören. Und wenn es in Richtung Süden geht, wächst mit jedem Kilometer die Vorfreude auf unzählige Serpentinien im Jaguar F-Type – Fahrspaß pur.

### **Wunschfahrzeug mit smarten Assistenzsystemen**

Besondere Anlässe verlangen nach besonderen Fahrzeugen. Das Gefühl, den Alltag hinter sich zu lassen, wird noch intensiver, wenn mindestens sechs Zylinder und

etwas mehr Drehmoment als sonst unter der Haube stecken. Die gute Nachricht: Es muss nicht gleich ein Neuwagen sein, um sich den Traum von edlem Design, modernster Ausstattung und jede Menge PS zu gönnen – ein Mietwagen macht genau das möglich. Bei der Europcar Selection Flotte wählen Kunden nicht nur irgendeine Fahrzeugkategorie, sondern ihr konkretes Wunschfahrzeug. Die Premiummodelle sind mit den neuesten Navigations- und Entertainmentsystemen, Spitzenmotorisierungen von AMG und BMW M und teilautonomen Assistenzsystemen ausgestattet – also all jenen Dingen, die für unvergleichliche Fahrerlebnisse sorgen. So lässt sich jede Tour noch einzigartig gestalten, sei es die Fahrt ins Kasino, zum Fachkongress oder der spontane Städtetrip mit dem besten Freund.

### **Mitarbeiter erklären Funktionen**

Die Europcar Selection Flotte erfüllt dabei fast jeden Wunsch. Sie umfasst eine breite Fahrzeugpalette verschiedener Premium-Autohersteller, darunter Audi, BMW, Jaguar, Mercedes-Benz oder Range Rover. Unter den Modellen befinden sich elegante Limousinen, kraftvolle SUVs und sportliche Roadster. Die Fahrzeuge können an 27 Stationen tages- und wochenweise angemietet werden. Selection-Kunden genießen besonderen Service: Ein Mitarbeiter bringt sie zum Fahrzeug und macht sie mit den Funktionen vertraut. Die besonderen Wochenendtarife starten übrigens schon am Freitagmittag und enden montagsmorgens – um das Gefühl von Freiheit richtig auskosten zu können.

Mehr Informationen unter:  
[www.europcar.de/selection](http://www.europcar.de/selection)

## Was beschäftigt derzeit die Finanzmärkte? Droht Deutschland der Abschwung?

*Aktuell herrscht bei den Anlegern eine gewisse Orientierungslosigkeit. Zwar sorgen die guten Unternehmensergebnisse des ersten Quartals für eine Entspannung an den Aktienmärkten. Doch die geopolitischen Sorgen bestehen weiterhin. Das zeigen die angestiegenen geopolitischen Prämien beim Erdöl. Das Risiko eines offenen Handelskriegs hat sich eher verringert, gelöst ist der Konflikt aber noch lange nicht. In Europa gibt es Anzeichen für eine Konjunkturdelle. Da diese primär durch den starken Euro verursacht wurde, wird jedoch nicht mit einem nachhaltigen Abschwung gerechnet. Weiter im Blickpunkt der Anleger sind die steigenden Renditen für US-Staatsanleihen, die die Konjunkturdynamik, aber auch Inflationsängste abbilden. Die Marktteilnehmer fragen sich im Moment: Was wird der Auslöser für die nächste Bewegung sein?*



Jacqueline Krämer ist Leiterin Privatkunden und stellvertretende Direktorin Privat Banking der Bank Alpinum AG mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein

Die Bank Alpinum ist seit 2015 Kooperationspartner des Hartmannbundes. Mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein und als Teil des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übernimmt Liechtenstein alle EU-Rechtsakte. Im Jahre 1923 wurde der Zollvertrag mit der Schweiz unterzeichnet. Infolge dessen, wurde der Schweizer Franken als offizielles Zahlungsmittel eingeführt. Die Bank Alpinum bietet alle Dienstleistungen rund um die moderne, strategische sowie individuelle und unabhängige Vermögensplanung an. An dieser Stelle wirft die Stellvertretende Direktorin Jacqueline Krämer einen Blick auf die aktuelle Finanzsituation.

### *Wie wird sich die Schweizer Börse kurzfristig entwickeln?*

Im ersten Quartal zeigte sich der Schweizer Aktienmarkt von der schwachen Seite. Nun sehen wir durchaus Anzeichen dafür, dass dieser sich weiter erholt. Der SMI peilt die Marke von 9100 Punkten an. Bei dieser Grenze erwarten wir allerdings kurzfristig einigen Widerstand. Nach den Kursavancen der letzten Wochen dürfte es eine Konsolidierung geben. Zudem kommen bald die saisonbedingt eher schwachen Sommermonate. Die positiven Unternehmensaussichten, die gestiegenen Unternehmensgewinne und die anhaltende Frankenschwäche dürften den Schweizer Unternehmen weiterhin Schwung verleihen. Deshalb trauen wir dem SMI in zwölf Monaten einen Anstieg zu.

Die Türkei, Argentinien und weitere große Schwellenländer stecken in einer wirtschaftlichen Krise. Könnten sich die Probleme dieser Länder auf das globale Wachstum auswirken? Die Dollarstärke und die steigenden Zinsen in den USA bringen die Währungen in den Schwellenländern generell unter Druck. Die aktuellen Probleme der Türkei und Argentinien sind aber zum großen Teil hausgemacht: Wegen der anstehenden Wahlen betreibt Präsident Erdogan trotz steigender Inflation eine expansive Fiskalpolitik und schickt damit die Türkische Lira auf Talfahrt. Argentinien hat unter dem neuen Präsidenten Macri Reformen angestoßen, leidet aber ebenfalls unter einer hohen Inflation. Einen Flächenbrand in den Schwellenländern wird nicht erwartet.

### *Der Börsenwert von großen US-Techkonzernen nähert sich der Grenze von einer Billion Dollar. Wird mit weiteren Kursgewinnen bei diesen Konzernen gerechnet?*

Die meisten Marktteilnehmer haben schon länger das Gefühl, dass die Kurse der großen Tech-Titel zu stark gestiegen sind. Doch die Tech-Aktien erreichten immer wieder neue Allzeithöchstkurse. Die Steuerreform gab diesen Aktien erneut Rückenwind und das anhaltend starke Gewinnwachstum rechtfertigt mehrheitlich auch die hohen Bewertungen der Aktien. Was zudem auffällt: Aktuell suchen viele Tech-Konzerne nach neuen Geschäftszweigen. Ein Beispiel

ist die Zusammenarbeit zweier branchenfremden Konzerne zur Planung einer gemeinsamen Kreditkarte.

Die hohen Bewertungen müssten sich zwingend mit einem starken Gewinnwachstum bestätigen, sonst drohen Gewinnmitnahmen.

### *Die deutsche Wirtschaft ist im ersten Quartal so schwach gewachsen wie seit drei Jahren nicht mehr. Schwächt die Konjunktur des wichtigsten Schweizer Handelspartners?*

Tatsächlich schwächt die deutsche Wirtschaft momentan. Mit 0,3 Prozent hat das BIP-Wachstum im ersten Quartal die Erwartungen klar verfehlt. Besonders enttäuscht hat der wichtige Exportsektor. Die Stagnation befindet sich aber auf hohem Niveau, die primär durch den starken Euro und einige Sondereffekte ausgelöst wurde: Die Streiks der Industriegewerkschaft Metall, die stärkste Grippewelle seit zehn Jahren und nicht zuletzt der rückläufige Staatskonsum haben sich negativ ausgewirkt. Wir sehen weniger einen Abschwung als eine Konjunkturdelle.

Für weitere Informationen und unverbindliche Beratungen kontaktieren Sie Jacqueline Krämer. Telefon: 00423 239 62 33, E-Mail: [jacquelin.kraemer@bankalpinum.com](mailto:jacquelin.kraemer@bankalpinum.com)

# Telemedizin im Rucksack



*Der Beschluss des Ärztetages im Mai dieses Jahres zur Lockerung des Fernbehandlungsverbotes wird die künftige Patientenversorgung verändern. Denn telemedizinische Anwendungen ersparen Zeit und Wege, sowohl dem Arzt als auch dem Patienten, sie sind aber vor allem eine Chance, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern. Erste Lösungen und Pilotprojekte existieren bereits heute und werden auch schon im Regelbetrieb angewendet.*

Dazu gehört zum Beispiel der sogenannte „TeleArzt“, der von Dr. Thomas Aßmann, einem Landarzt aus Lindlar im Bergischen Land entwickelt wurde. Dabei handelt es sich um einen speziellen Rucksack mit modernster Medizintechnik und Verbrauchsmaterial, der durch entsprechend weitergebildete Medizinische Fachangestellte (als Tele-VERAHS) bei Routinehausbesuchen eingesetzt wird.

Die Idee wurde im vergangenen Jahr auf der Internationalen Funkausstellung in Berlin mit dem Telematik Award 2017 ausgezeichnet. Inzwischen wird die konkrete Anwendung des Tele-Rucksacks bei BKK-Versicherten in den KV-Bezirken Bayern, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe sowie in Thüringen (Vertrag mit der AOK plus) für Ärzte honoriert. Die Honorierung erfolgt zusätzlich zum Budget, durch Selektivverträge zur gesonderten Abrechnung von VERAH-Hausbesuchen oder einer kontaktunabhängigen

Pauschale. Verhandlungen mit weiteren Krankenkassen werden laufend geführt. Auch private Krankenversicherungen unterstützen das Projekt.

### Medizintechnik to go

Zur Ausstattung des Tele-Rucksacks gehört unter anderem ein Tablet, das für den Austausch mit dem Arzt per Video genutzt wird, aber auch zur Dokumentation des Hausbesuches dient, etwa zum Stand der Wundbehandlung oder zu der aktuellen Medikation oder zum Ausfüllen von Fragebögen. Ebenfalls über das Tablet können Vitalparameter des Patienten versendet werden, die über die Medizingeräte mit entsprechenden Sensoren aufgenommen werden, wie beispielsweise Blutdruck und Blutzucker oder 3-Kanal-EKG. Auch ein Spirometer, ein Pulsoximeter und eine Personenwaage stehen zur Verfügung. Anbindung weiterer Messsensoren, beispielsweise für ein Stethoskop, ist in Vorbereitung. Die Entwickler haben zusätzlich

darauf geachtet, dass innovative Technologie es ermöglicht, die Daten auch in vielen Gebieten mit schlechter Netzabdeckung übertragen zu können.

### apoBank übernimmt im ersten Jahr 90 Prozent Kosten

Das Konzept überzeugte schließlich auch das apoHealth-Team der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). apoHealth ist das im Aufbau befindliche Kompetenzzentrum für digitale Anwendungen im Gesundheitsmarkt, das unter anderem auch innovative Lösungen unterstützt. „TeleArzt“ ist das erste Projekt, das von apoHealth gefördert wird. Die Aktion umfasst ein Sponsoring von 20+18 Tele-Rucksäcken. Damit übernimmt die Bank für 38 Hausärzte 90 Prozent der Kosten des Tele-Rucksacks im ersten Jahr. Dafür muss lediglich ein persönlicher Code über die Seite [www.apobank.de/telerucksack](http://www.apobank.de/telerucksack) gesichert werden. Dort geht es auch weiter zu Anmeldung als Tele-Arzt und zu weiteren Informationen.



# Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

## Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

## Ärztliche Weiterbildung

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

## Ausbildung/Medizinstudium

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

## Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Katrine Manecke/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

## Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

## GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

## Rechtsberatung Krankenhaus

Katrine Manecke

Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

## Regionalreferat Nord

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

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-63

## Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

## Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-41

## Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65



# Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

## Blood, sweat, toil and tears.

Wir bieten "Blut, Exkrememente, Mühsal und Tränen", unangenehme Gerüche, Knoblauchatem und nicht zu vergessen etliche Patienten, deren fordernde Haltung umgekehrt proportional zur Schwere der Krankheit ist.

Wir suchen:

**Arzt/in der Generation Y (es geht mir am ... vorbei 😊) oder Generation Z (Generation Holiday) zur Weiterbildung zum Gastroenterologen/in**

oder

**Arzt/in für Innere und Gastroenterologie**

**Ziel:** weiterer Partner in der Gemeinschaftspraxis für Gastroenterologie und Proktologie als Ersatz für den Senior, der das Leben genießen möchte.

**Weiterbildungsermächtigung Gastroenterologie:**  
1,5 Jahre, volle Weiterbildung Proktologie

**Alle Modelle** Vollzeit/Teilzeit machbar, Kinder (-wunsch) kein Hindernis. Feste Sprechstunden ohne Überstunden!

**Knete:** Besser als im Krankenhaus.

Nachdienste wenn gewünscht 1-2 im Monat (die Generation Holiday braucht etwas mehr Knete für Urlaub).

**Wir denken nicht nur kurzfristig:**

Wer nach 2 oder 3 Jahren Weiterbildung seine Liebe zu „Blut und Exkrementen“ festgestellt hat, für den können wir auch, in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus vor Ort, die komplette Weiterbildung Innere/Gastroenterologie im Verbund darstellen.

Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin/Gastroenterologie und Proktologie  
Dres. Med. Bernd Lücke, Martina Kuhn,  
Constantin Janzen  
Weissenburger Str. 5  
31134 Hildesheim

## Ihre Chance

Umsatzstarke allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in 45356 Essen sucht für

**Mitte/Ende 2019 einen Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin/Innere Medizin.**

Übertarifliche Bezahlung, geregelte Arbeitszeiten ohne Nacht oder Wochenenddienste.

Spätere Praxisübernahme/Teilhaberschaft möglich und erwünscht.

Polnische Sprachkenntnisse sehr vorteilhaft.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter:  
GP-Vossfra@t-online.de oder 0201 66 28 89

## Suche zum 01.01.2019

**Nachfolger/in für meine „klassische Praxis“ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Brakel, Ostwestfalen.**

Falls es zu keiner Nachfolge kommt, dann würde ich im Januar 2019 den Praxisinhalt, auch stückweise, veräußern: z.B. Testverfahren (HAWIK-IV, SON-R 2½-7, ..), Spieltherapiematerialien (Puppenhaus aus Holz, Folkmanispuppen, Spiele vom Manfred Vogt Spieleverlag, ..), Möbel, etc.

Bei Interesse Näheres unter Telefon: 05272-394203 oder Mail: Praxis-Huppertz@t-online.de

## Gesucht:

**Arzt/ Ärztin mit Ausrichtung Allgemein -Internistisch im Saarpfalz-Kreis.**

Falls Ausbildungszeit zum Facharzt noch fehlt. Gerne auch zunächst als Weiterbildungsassistent/- Assistentin 80.000,-€ bei 32 Stunden pro Woche Anfangsgehalt. Nur 3/4 Dienste pro Jahr.

Kontakt: medicushomburg@gmail.com

## Kollege/in mit Zukunfts-Vision gesucht...

Für ein ärztlich geleitetes Trainingstherapie- und Gesundheitszentrum für Präventionsmedizin und Gesundheitsmanagement, BGM, mit ärztlicher Beratungsstelle und Arztpraxis, erwartet Sie ein spannendes und lukratives Arbeitsleben als Mitinhaber und Gründungspartner.

Ihr Profil: Sie arbeiten gern selbständig und verantwortungsvoll in einem multiprofessionellen Team und suchen eine neue zukunftsorientierte Tätigkeit.

Facharzt nicht erforderlich.

In Standortnähe sind 2 Universitäten und diverse Fachhochschulen sowie sämtliche Schultypen.

Familienfreundlich. Keine Nachdienste, keine Wochenenddienste.

Solide Vermögensbildung.

Region Oldenburg/Bremen

Gefragt sind Teamgeist, Loyalität, Kreativität und Humor.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Kontakt unter:

Angelika Plenio, Ärztin | E-Mail: angelika.plenio@kabelmail.de  
Fax: 0441 570 34 28

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

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

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

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

**Redaktionsausschuss:**

Dr. Michael Vogt, Dr. Klaus Reinhardt,  
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: p.kaiser@koellen.de

**Anzeigenverwaltung:** Petra Kaiser

**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 Mitgliedschaft abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme in elektronische Medien (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

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

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

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

**Titelfoto:** © 123rf.de: rudall30

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## ... und was sonst noch wichtig war

### Kammerwahlen in Berlin

Der Berliner Hartmannbund geht mit dem Wahlvorschlag Hartmannbund Plus auch 2018 mit eigener Liste in den Kammerwahlkampf um die Sitze in der Delegiertenversammlung der Berliner Ärztekammer. „Wir sind der Verband, der sich seit Generationen dafür einsetzt, dass der Arztberuf frei und unabhängig bleibt für alle Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Wir kämpfen mit einer Stimme und gebündeltem Engagement, wir sind der Verband für alle Ärztinnen und Ärzte in Berlin“, so der Vorsitzende und Spitzenkandidat des Wahlvorschlags, PD Dr. Uwe Torsten im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung im Juni. Die Kandidatur auf der Hartmannbund-Liste ist weiterhin offen! Alle interessierten Ärztinnen und Ärzte melden sich bitte bis zum 10.07. unter LV.Berlin@hartmannbund.de: Hier stimmt's für alle Ärzte.



### Arztnetze stärken!

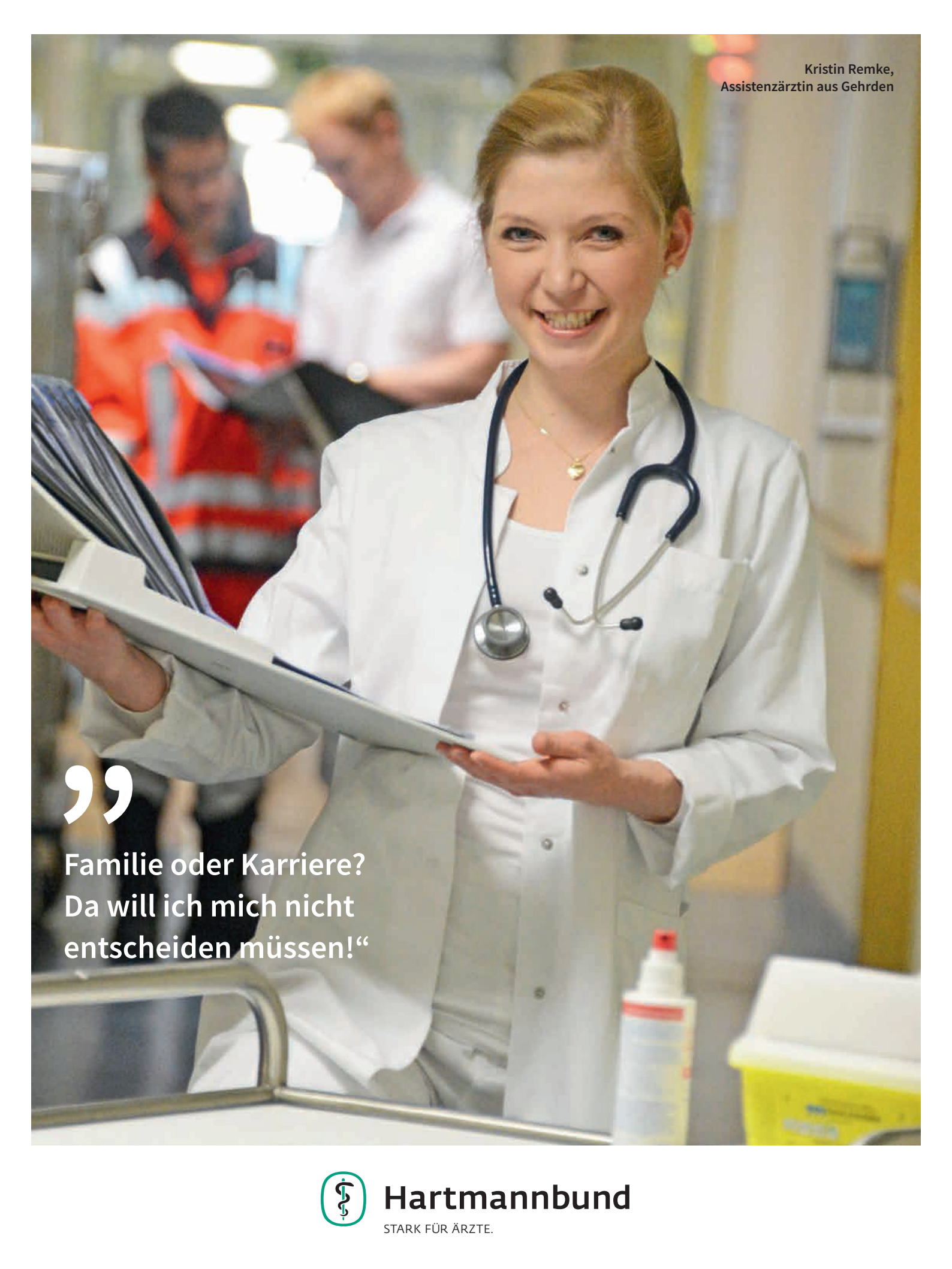
Arztnetze bieten regionale Versorgungslösungen und Kollegialität statt bundeseinheitlicher Versorgungssteuerung – zu diesem Fazit gelangten die Delegierten der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen auf ihrer gemeinsamen Landesversammlung. Die Landesdelegierten bekräftigten die bereits 2017 auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes beschlossene Forderung nach „Leistungserbringerstatus“ für anerkannte Arztnetze. Der Gesetzgeber wurde aufgerufen, den von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 87b Abs.4 SGB V als besonders förderungswürdig anerkannten Netzen den Leistungserbringerstatus nach § 95 Abs. 1a SGB V zuzugestehen.

### Krankenhausplanung an Qualität orientieren!

Die Landesvertreterversammlung des Hartmannbund-Landesverbandes Niedersachsen hat sich mit Ursachen und Lösungsmöglichkeiten der derzeitigen unzureichenden Versorgung in den Krankenhäusern in der Fläche beschäftigt. Anhand eines regionalen Beispiels wurden zwei wesentliche inhaltliche Gründe für die Zentralisierung der Krankenhäuser herausgearbeitet: WeiterbildungsassistentInnen erwarten ein ausreichend großes Spektrum an Krankheitsbildern und inhaltlichen Arbeitsmöglichkeiten, um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu erreichen. Diese ist an Mindestmengen von Behandlungsfällen in der Versorgung geknüpft und nur in einer Zentralisierung zu realisieren. Zudem müssen die Patienten ein Qualitätsgefälle zwischen den Krankenhäusern in Kauf nehmen, wenn zu kleine Krankenhäuser die Versorgung in der Fläche sichern sollen. Alternative Konzepte: Die Zentralisierung der Krankenhäuser muss ergänzt werden durch ein intelligentes Stufenkonzept der Notfallversorgung (Prof. Dr. med. K. Hahnenkamp, Universität Greifswald für Mecklenburg-Vorpommern). Forderung an die Politik: Krankenhausplanung konsequent und unabhängig von kommunalem politischen Interesse an Qualität der Versorgung orientieren und entsprechend zu strukturieren – ergänzt durch intelligente und effiziente Mobilitätskonzepte.



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



Kristin Remke,  
Assistenzärztin aus Gehrden

”

Familie oder Karriere?  
Da will ich mich nicht  
entscheiden müssen!“



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

# Heute Behandlungsvorteile von morgen sichern.

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

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

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

## Exklusive Sonderkonditionen für Mitglieder:

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



**Hartmannbund**

Verband der Ärzte Deutschlands

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

 **Deutsche  
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-  
und Wirtschaftsberatung

