

03/2017

 **Hartmannbund**
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Vom Überleben im Wandel

Auf Stippvisite in der deutschen Kliniklandschaft

An **alle** Mitglieder des Hartmannbundes

Einladung zur HAUPTVERSAMMLUNG 2017

Alle Mitglieder des Hartmannbundes sind zu der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes am 17. und 18. November 2017 in das Seminaris CampusHotel Berlin-Dahlem, Takustraße 39, eingeladen.

Auszug aus der Tagesordnung:

Freitag, 17. November

- | | |
|-----------|--|
| 09.30 Uhr | Eröffnung und Begrüßung |
| 10.00 Uhr | Impulsreferat & Podiumsdiskussion
„Wer versorgt uns morgen? – Schlaglichter auf
(neue) Akteure und Strukturen“ |
| 12.30 Uhr | Mittagspause |
| 13.30 Uhr | Bericht des Vorsitzenden, Dr. Klaus Reinhardt |
| 14.30 Uhr | Leitantrag und Resolutionen |
| 17.00 Uhr | Vorführung Gewinnerbeitrag „Film- und Fernsehpreis“,
Preisverleihung erfolgt im Rahmen des
Gesellschaftsabends (Einladung erfolgt gesondert) |

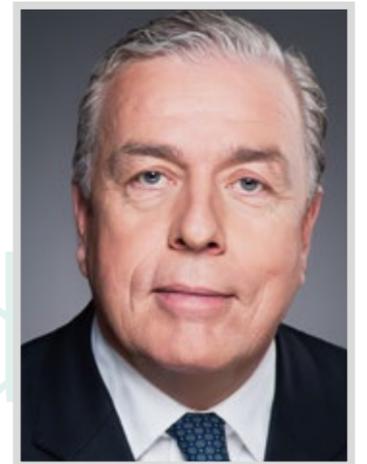
Sonnabend, 18. November

- | | |
|-----------|--|
| 09.00 Uhr | Ehrungen |
| 09.30 Uhr | Haushalt/Finanzen (nur für Mitglieder) |
| 11.30 Uhr | Wahl des Geschäftsführenden Vorstands |

Die detaillierte Tagesordnung können Sie in Kürze unter www.hartmannbund.de einsehen oder anfordern bei: [Christiane Lietz, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, christiane.lietz@hartmannbund.de](mailto:christiane.lietz@hartmannbund.de)

Editorial

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

in den vergangenen Wochen hatten wieder Wahlprüfsteine Hochkonjunktur. Auch wir haben gemeinsam mit der Allianz Deutscher Ärzteverbände Forderungen an die Politik formuliert*. Die Erfahrung zahlreicher Wahlkämpfe zeigt allerdings: Auf viele Fragen im Detail gibt es die zu erwartenden wohlformulierten, professionell in den Wahlkampfzentralen vorbereiteten Antwortbausteine. Es lohnt sich sicher, für die Zukunft diese ritualisierten politischen Umgangsformen einmal in Frage zu stellen. Unabhängig davon bleibt es aber elementar, auf die eigentliche Grundhaltung derer zu schauen, die die Gesundheitspolitik bestimmen werden. Entscheidend ist, von welchem Geist und welcher inneren Haltung politische Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland und auch für die Situation der Ärztinnen und Ärzte geprägt sein werden. Hier entscheidet sich, auf welcher Basis wir einen Dialog mit den politischen Entscheidungsträgern führen können.

Stellen die Freiberuflichkeit und auch die wirtschaftliche Selbständigkeit für die Politik unverändert das Kernelement einer auf der individuellen Arzt-Patientenbeziehung gegründeten ärztlichen Versorgung dar? Teilen die politischen Akteure auch der sogenannten bürgerlichen Parteien unverändert und uneingeschränkt die Auffassung, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Therapieentscheidung unverzichtbare Basis für erfolgreiches ärztliches Handeln ist? Es gilt mehr denn je darum zu kämpfen, die Rolle des Arztes als Individuum bei der Versorgung von Patienten zu erhalten. Die Einzigartigkeit und Besonderheit jeder einzelnen Beziehung zwischen Patient und Arzt braucht unverändert maximalen Vertrauensschutz und darf nicht in der selbstverständlich ebenfalls gerechtfertigten Debatte um Transparenz, Standards und Wirtschaftlichkeit ihren zentral bedeutsamen Wert verlieren. Dies gilt es sorgsam auch mit Blick auf Themenfelder im Auge zu behalten, die in den nächsten Jahren die Entwicklungen im Gesundheitswesen massiv bestimmen werden: Digitalisierung, Delegation, die Weiterentwicklung neuer Gesundheitsberufe.

Dabei wollen wir uns bei der Fortentwicklung eines modernen Gesundheitswesens nicht rückwärtsgewandt positionieren und an Strukturen, die sich zum Teil schon zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts etabliert haben, unbedingt festhalten. Selbstverständlich sind deutlich kooperativere Versorgungsformen im ambulanten und auch stationären Sektor vorstellbar und auch sinnvoll. Die Frage ist nur, ob sie im Wesentlichen einer guten ärztlichen Behandlung dienen sollen oder aber, ob es vor allem darum geht, Versorgung durch Staat und Kostenträger steuern zu können. Diese Entwicklungen gilt es mit höchster Aufmerksamkeit zu beobachten und mit den (neuen) politischen Entscheidungsträgern kritisch und konstruktiv zu erörtern.

* Das Positionspapier wurde erst nach Redaktionsschluss veröffentlicht und im Rahmen des HB-Newsletters an alle Mitglieder versandt.

Klaus Reinhardt

Ausgezeichnete Leistungen
für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung.

NEU: ab
50.000 Euro*.

Mehr unter [apobank.de/
vermoegen-smart](http://apobank.de/vermoegen-smart)

Weil uns mehr verbindet.



*Wir informieren Sie gern über dieses neue Produkt!

Inhalt



Einblicke in die deutsche Krankenhauslandschaft

Aktuell gibt es in Deutschland rund 1.950 Krankenhäuser. Aus Sicht der Politik sind das noch immer zu viele. Erklärtes Ziel ist es deshalb auch weiterhin, Klinikbetten abzubauen. Vor diesem Hintergrund wurden bereits in der Vergangenheit umfangreiche Strukturmaßnahmen angeschoben. In der Titelgeschichte schauen wir einmal genauer hin, wie Krankenhäuser aktuell mit der Situation umgehen und wie die Zukunft der deutschen Krankenhäuser aussehen kann.

11

Gastbeitrag

Johann-Magnus v. Stackelberg
vom GKV-Spitzenverband
zur Titelgeschichte



20

Angestellte Ärzte

Die Betriebsratswahlen 2018
stehen ins Haus

Assistenzärzte 22

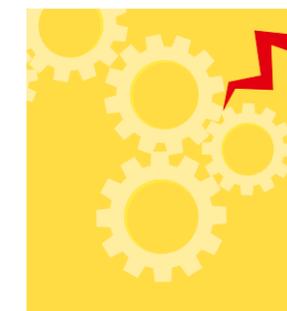
Wie muss eine gute
Weiterbildung aussehen?

12 Statements zum Titel

Wie bewerten verschiedene
Player die Zukunft der
deutschen Krankenhäuser?

14 Interview

Mit Thomas Reumann,
Präsident der Deutschen
Krankenhausesellschaft



24

Medizinstudierende

Bei den Prüfungen im Medizinstudium
gibt es Handlungsbedarf

HB-Intern 26

Auch der Landesverband
Nordrhein hat gewählt

16

Politik

Die Würfel sind gefallen:
Was kommt gesundheits-
politisch auf die Ärzte zu?

18 Niedergelassene Ärzte

Seit Jahren ein Dauerbrenner:
Das Management der
Versichertenstammdaten



28

Service

Kooperationspartner
Ansprechpartner 32
Impressum 34

Auf Stippvisite in deutschen Krankenhäusern

„Wenn wir unsere Hüfte verlieren, dann geht es uns schlecht“

Deutschlands Krankenhauslandschaft steckt seit Jahren in einem umfangreichen Strukturwandel. Kliniken wurden geschlossen oder zu Verbänden zusammengelegt, Betten abgebaut und die Verweildauer gekürzt. Demgegenüber steht (trotzdem) ein Zuwachs bei den behandelten Patienten. So wurden 2016 bundesweit 19,5 Millionen Patienten stationär behandelt – 277.400 Behandlungen mehr als im Vorjahr. Soweit zu den nüchternen Fakten. Aber wie läuft es eigentlich im Alltag vor Ort? Ein Einblick.

Eine unserer Stippvisiten führt uns in die 25.000 Einwohner-Stadt Spremberg in der Lausitz, an den südöstlichen Rand Brandenburgs. Das dortige Krankenhaus ist ein Grund- und Regelversorger mit 24-Stunden-Notfallaufnahme, Chirurgie, Innere, Anästhesie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychiatrischer Tagesklinik und Rettungsstelle. Das Krankenhaus Spremberg versorgt mit seinen 300 Mitarbeitern etwa 5.600 Patienten/Jahr, betreibt 190 Betten und schreibt seit Jahren (ja, Sie lesen richtig) schwarze Zahlen. Laut einer Patientenbefragung des AOK-Krankenhaus-Navigators 2016 steht das Krankenhaus ganz oben an der Spitze der beliebtesten Kliniken in Ostdeutschland. Mit einer Patientenzufriedenheit von 96 Prozent liegt das Haus weit über dem Bundesdurchschnitt von 82 Prozent.

Der Weg dorthin war allerdings steinig und begann in den Wendejahren, als die ostdeutschen Krankenhäuser von einer „Privatisierungswelle“ erfasst wurden. Auch das Spremberger Krankenhaus geriet in den Fokus von Privatinvestoren, die neben Stadt und Landkreis die Hauptanteile hielten. Durch Überschuldung der Privatisierer musste auch deren Anteil kommunal „gestemmt“ werden. In dieser heiklen Lage entwickelten die Mitarbeiter die Idee, ihre Klinik selbst zu übernehmen. Und so wurde 1997 der Förderverein Krankenhaus Spremberg e.V. gegründet. Der Verein (90 Prozent der Mitglieder sind Mitarbeiter) hält 51 Prozent, die Stadt 49 Prozent.

Diese Struktur, das gemeinsame wirtschaftliche Handeln aller Beteiligten, die Transparenz der Klinikleitung gegenüber den Mitarbeitern, die Einbeziehung des Fördervereins in ökonomisch wichtige Entscheidungen und die Möglichkeit, flexibel agieren zu können,

machen das Erfolgsrezept aus. „Doch ganz ohne persönliche Abstriche geht es nicht“, betont die Geschäftsführerin Kathrin Möbius. Für ihr Recht, beteiligt zu werden, nehmen die Mitarbeiter Nachteile in Kauf. Sie arbeiten für weniger Lohn als anderswo – die Pflege im Rahmen eines abgewandelten Tarifvertrages und die Ärzte in Anlehnung an die bekannten ärztlichen Tarife –, dafür gibt es eine betriebliche Altersvorsorge und einen Betriebskindergarten.

Dass das Krankenhaus trotz seines niedrigeren Lohnniveaus nicht mit Personalmangel zu kämpfen hat, bekräftigt Möbius gleichermaßen: „Wir haben keine Probleme, motivierte Mitarbeiter zu finden.“ Der Pflege- und auch der Ärztestand seien stabil. „Eine Pflegekraft verdient bei uns zwar weniger, dafür ist unser Personalschlüssel höher“, entgegnet Möbius. Eine Pflegekraft in Spremberg kümmert sich am Tag um sechs bis sieben Patienten – der bundesweite Schlüssel liegt bei über 10 Patienten. Und auch bei den 38 Ärzten gibt es ein ausgewogenes Verhältnis. „Wir machen keine Überstunden und haben pünktlich Feierabend“, beschreibt die Chefarztin der Gynäkologie Sabine Manka, gleichzeitig Vorsitzende des Fördervereins, ihre Arbeitsbedingungen, von denen Ärzte vielerorts nur träumen können. Dienstbeginn ist um 7 Uhr, Dienstende um 15.30 Uhr, danach übernehmen der Hausdienst (in der Regel ein Arzt in Weiterbildung) und der fachärztliche Hintergrund.

„Wir sind gut strukturiert“, erläutert Möbius – es gibt einen interdisziplinären Hausdienst, einen Schreibdienst, flache Hierarchien und eine Servicegesellschaft, die sich um das Essen, die Betten und die Reinigung kümmert und deren Mitarbeiter den Stationen

zugeordnet sind, um für Kontinuität (auch gegenüber den Patienten) zu sorgen. „Bei uns wird die individuelle Zuwendung sehr groß geschrieben, denn wir treffen unsere Patienten täglich auf der Straße, das verpflichtet“, so Chefarztin Manka, der in jeder Minute des Gesprächs anzumerken ist, wie wohl sie sich an ihrer Klinik fühlt.

Auch wenn die positiven Nachrichten während des Besuchs überwiegen, verschweigen Manka und Möbius nicht, dass auch ihr Krankenhaus mit dem Strukturwandel zu kämpfen hat.

Stichwort Notfallversorgung: „Seit dem 1. April müssen unsere Ärzte wie überall anders auch für eine Pauschale von 4,70 Euro am Tag und 8,42 Euro nachts, am Wochenende und an Feiertagen entscheiden, ob der Patient als Notfall versorgt wird oder nicht. Das kann nicht im Sinne der Patienten sein und entspricht nicht unserer Philosophie“, so Möbius, „deshalb werden wir auch weiterhin keine Patienten wegschicken und die Notfälle versorgen, auch wenn der Aufwand nicht entsprechend vergütet wird“. Die Notfallambulanz versorgt in Spitzenzeiten 40 bis 60 Patienten am Tag.

Stichwort DRG: Als das Vergütungssystem 2004 eingeführt wurde, war Kathrin Möbius von dessen Sinnhaftigkeit überzeugt. Bis heute konnte die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in Spremberg deutlich verkürzt werden – im operativen Bereich auf 4,6 Tage. „Es ist ein guter Ansatz, fall- und patientenbezogen zu vergüten“, so Möbius, wenn da nicht die Prüflut wäre. Der bürokratische Aufwand habe sich seit Einführung des DRG-Systems für Ärzte und Pflege um ein Vielfaches gesteigert. „Wenn ich allein an die Patientenaufnahme denke. Alles muss dokumentiert werden. Dabei ist es egal, ob der Patient drei Stunden bleibt oder drei Tage.“ Hätte Möbius einen Wunsch frei, stünde die Reduzierung der Bürokratie weit oben auf ihrer Liste. Ganz oben steht allerdings der Erhalt des gesamten Leistungsspektrums. Möbius und Manka haben große Bedenken, ob dieses bei den aktuellen Plänen der Politik, medizinische Kompetenzen in strukturell schwächeren Regionen

zu bündeln, gehalten werden kann. So gebe es Pläne, die Hüft-Endoprothetik in Spremberg zu schließen und an einem anderen Krankenhaus der Region zu bündeln.

„Wir brauchen ein operatives Leistungsspektrum, um überleben zu können. Wenn wir unsere Hüfte verlieren, dann geht es uns schlecht“, wissen Manka und Möbius. Umso wichtiger ist das aktuelle Gutachten, das sie für die laufende Krankenhausplanung eingereicht haben. „Es ist aus unserer Sicht nicht richtig, alle Spezialisierungen an großen Häusern zu konzentrieren. Zu einer Grundversorgung gehört es auch, Hüftoperationen anzubieten. Haben wir diese nicht mehr, heißt das einen Verlust von einer Million Euro. Das wäre das Ende für die stationäre Grundversorgung im Raum Spremberg“, prognostiziert Möbius. Das Scheitern wäre dann nicht hausgemacht, sondern durch Regularien von oben herbeigeführt.

Dabei versucht das Spremberger Krankenhaus mit allen Kräften, die stationäre Grundversorgung für die Menschen in der Region zu erhalten und zusätzlich die allmählich wegbrechende ambulante Versorgung aufzufangen. Seit vielen Jahren arbeiten Krankenhaus und Kassenärztliche Vereinigung zusammen, um den Ärztemangel in der ambulanten Versorgung zu stoppen. So hat das Krankenhaus Spremberg, nachdem Arztsitze nicht mehr besetzt werden konnten, 2014 ein MVZ als Tochtergesellschaft der Krankenhausgesellschaft gegründet, in dem aktuell sechs Haus- und Fachärzte arbeiten.

„Wir konkurrieren nicht mit dem ambulanten Bereich, sondern sind in die Lücken gegangen, die entstanden sind“, so Möbius. Aus ihrer Sicht ist die sektorübergreifende Zusammenarbeit ein wichtiges Versorgungsmodell für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – vor allem in strukturschwachen Regionen wie der Lausitz. „Hier erhoffe ich mir mehr Weitsicht von den Politikern. Es sollten keine funktionierenden Strukturen zerschlagen werden, sondern Ansätze gefunden werden, wie auch bei uns die stationäre Grundversorgung erhalten werden kann.“

© Krankenhaus Spremberg



Das Krankenhaus Spremberg in der Lausitz betreibt 190 Betten und versorgt jährlich 5.600 Patienten. Seit 20 Jahren schreibt die Klinik schwarze Zahlen.

© Krankenhaus Spremberg



Hier ein Blick in die Intensivstation. In Spitzenzeiten versorgt die Notfallambulanz des Krankenhauses Spremberg 40 bis 60 Patienten am Tag.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



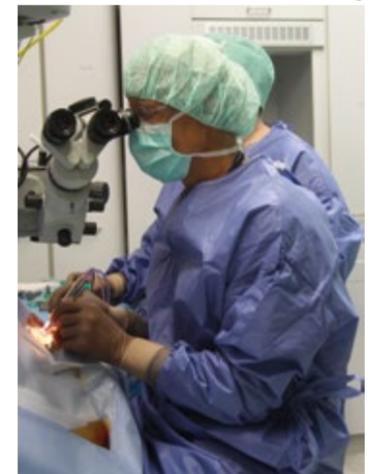
Das Städtische Klinikum Brandenburg versorgt jährlich rund 26.000 Patienten stationär.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



Im Jahr 2014 wurde das Brandenburger Klinikum als Schwerpunkt-Krankenhaus anerkannt. Hier ein Blick in die Endoskopie.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



Auch die Augenheilkunde gehört zu den überörtlichen Aufgaben der Klinik.

Zweite Stippvisite in einem Schwerpunktkrankenhaus

Sektorübergreifende Versorgung ist auch ein wichtiger Baustein des zweiten Krankenhauses dieser Geschichte – dem Städtischen Klinikum Brandenburg (2,5 Autostunden von Spremberg entfernt). Die kommunal betriebene Klinik in der mit ca. 72.000 Einwohnern drittgrößten Stadt im gleichnamigen Bundesland versorgt stationär etwa 26.000 Patienten/Jahr – Tendenz steigend (2014 waren es noch knapp 1.000 Patienten weniger) –, betreibt 500 Betten und beschäftigt 1.015 Mitarbeiter, darunter 207 Ärzte. Das frühere DDR-Bezirkskrankenhaus hat wie viele ostdeutsche Kliniken bereits umfangreiche Umstrukturierungen hinter sich, wurde modernisiert und 2014 als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung anerkannt. Die überörtlichen Aufgaben umfassen die Allgemein- und Viszeralchirurgie, Innere Medizin I und II, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Anästhesiologie und Intensivtherapie, HNO, Gesicht- und Halschirurgie, Gefäßchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie und Kinderurologie und die Notaufnahme mit rund 38.000 Patienten im Jahr, von denen knapp 16.000 stationär aufgenommen wurden.

Die Zusammenarbeit von stationärem und ambulatem Sektor wird in Brandenburg an der Havel sehr groß geschrieben. „Viele Praxisinhaber wollten in den letzten Jahren in den Ruhestand, haben aber keinen Nachfolger gefunden“, erläutert Prof. Dr. Wilfried Pommerien im Auftrag der Klinikleitung die Misere, in der die hiesige ambulante Versorgung steckte – und das trotz der mittleren Stadtgröße und der Nähe zu Potsdam und Berlin. Als sich ab 2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes die Chance ergab,

Medizinische Versorgungszentren zu gründen, wurde reagiert. „Das Klinikum ging dabei nicht in die Offensive, sondern unterstützte. Es wurden Praxen aufgekauft, weil sie sonst niemand haben wollte. Dabei hat der Prozess, der gemeinsam von Klinikum und Kassenärztlicher Vereinigung entwickelt wurde, schnell an Dynamik zugenommen“, so Pommerien. Aktuell betreibt das Klinikum 31 MVZ's in der Region – das größte ist das Gesundheitszentrum am Brandenburger Hauptbahnhof mit 28 Haus- und Fachärzten, einem ambulanten Operationszentrum und zahlreichen Dienstleistern. Ebenfalls in Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten wurde 2014 am Klinikum die ambulante Notfallpraxis „KV RegioMed-Bereitschaftspraxis“ eröffnet. Dort erhalten Patienten medizinische Hilfe bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen in den Zeiten, zu denen die Arztpraxen in der Regel geschlossen sind: an Wochenenden, Feiertagen sowie in den Abendstunden.

Die Verweildauer der Patienten in der stationären Versorgung wurde auch im Städtischen Klinikum Brandenburg verringert – von früher bis zu 14 Tagen auf heute durchschnittlich 5,3 Tage. Die Gründe dafür liegen laut Pommerien in den steigenden Patientenzahlen ohne Bettenaufstockung und in der Einführung des DRG-Systems.

„Mit dem neuen Vergütungssystem konnten die hohe Verweildauer und die damit verbundenen ausufernden Kosten gestoppt werden, dafür haben allerdings Kontrolle und Bürokratie stark zugenommen“, unterstreicht der Medizincontroller des Hauses, Oliver Schäfer, selbst Arzt mit einem Abschluss in Betriebswirtschaft, die Aussage der Spremberger Kollegen. Auch hinsichtlich der erforderlichen Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung sind

sich beide Klinikleitungen in Spremberg und Brandenburg einig. „Durch die ambulante und stationäre Zusammenarbeit können Behandlungspfade verkürzt und das Behandlungsspektrum erweitert werden“, sieht der Ärztliche Direktor des Brandenburger Klinikums, Prof. Dr. Roland Becker, in der sektorübergreifenden Versorgung die Zukunft. Aus seiner Sicht haben Kliniken künftig Praxen und Ärzte aus den Praxen operieren in Kliniken. „Die Kliniken stehen unter einem hohen Leistungsdruck, aber gerade in Regionen wie Brandenburg kommt den Kliniken eine immer größere Rolle zu, ambulante Strukturen aufzufangen. Umso wichtiger ist die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinaus.“ Dies sollte die Politik bei ihrem Ziel, auch zukünftig Betten abbauen zu wollen, beachten. Wenn, wie geplant, Qualitätsinstrumente eingesetzt werden, um strukturelle Veränderungen zu erzwingen, sei dies der falsche Weg.

„Qualitätskriterien können kein Druckmittel sein“, so Becker. Vielmehr müsse an verschiedenen Schrauben gedreht werden, um die Krankenhauslandschaft fit für die Zukunft zu machen, denkt Becker neben der intersektoralen Behandlung auch an die Delegation ärztlicher Leistungen, die in seinem Haus zum Teil von medizinischen Assistenten übernommen werden, oder die Digitalisierung, die am Klinikum z.B. mit Visiten-Laptos und einem papierlosen Krankenhausinformationssystem langsam Fahrt aufnimmt.

Mit dem Ärztemangel, über den im Land Brandenburg immer wieder geklagt wird, haben beide Kliniken aktuell nichts zu tun. Die Spremberger unterstützen seit Jahren mit einem Förderprogramm junge Menschen aus der Region, die nach ihrem Medizinstudium in die Heimat zurückkehren. Und das Klinikum Brandenburg ist eine von drei Gründungskliniken der ersten Medizinischen Hochschule des Landes, der MHB – lesen Sie dazu auch den Beitrag auf der Seite 10. „Die Gründung der Hochschule im April 2014 hat mit dazu beigetragen, dass sich die Bewerberlage im ärztlichen Bereich in den letzten Jahren deutlich verbessert hat“, berichtet Pommerien, Hochschulkoordinator der MHB am Klinikum Brandenburg, nicht ganz ohne Stolz. Heute ist der ärztliche Dienst – anders als bei der Pflege – bis auf einige Anästhesiestellen besetzt, und durch den Ausbau als Forschungsstandort zieht es auch immer mehr Oberärzte nach Brandenburg. Eine Standortentwicklung, die sich auszahlt.

Wir danken den beiden Kliniken für ihre Bereitschaft, uns einen Blick hinter die Kulissen zu gewähren. Unsere Recherchen haben gezeigt, dass dies keine Selbstverständlichkeit ist. (DA)

Wie schätzt Arzt die aktuelle Krankenhaussituation ein?

Auf ein Wort mit Dr. Uwe Torsten, Chefarzt Gynäkologie am Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln und HB-Vorsitzender in Berlin



„Es wird viel über den ökonomischen Druck an Kliniken gesprochen. Wie spiegelt sich diese abstrakte Betrachtung konkret im Arbeitsalltag eines Arztes wider?“

Vor Jahren wurde vom Gesetzgeber das Motto „Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ ausgerufen. Dadurch wurde Druck für Ärzte, Pflege und Verwaltung aufgebaut, der zu Verschlingungen von Prozessen geführt hat. Aber Wettbewerb einseitig auf der ökonomischen Schiene zu führen, führt mittelfristig zur Schieflage. Wir Ärzte verstehen Wettbewerb eher als Ringen um das beste fachliche Angebot, nicht um das preiswerteste. Mit der DRG-Vergütung allein sind diese Ziele aber nicht zu erreichen. Individuelle Betreuung ist kostenintensiv, Ressourcen sind endlich. Wir kennen diese Entwicklung aus vielen Bereichen der Gesellschaft: Callcenter, Hotlines, Öffnungszeiten von Schaltern... Dasselbe sehe ich in den Sekundärbereichen im Krankenhaus, die für ein Funktionieren essenziell sind: IT, Hol- und Bringedienst, Reinigung, die sogenannten Personal-Pools.

Oft wird problematisiert, dass die Weiterbildung junger Ärzte leidet, weil sie angesichts von Personalmangel überwiegend „nichtärztliche“ Aufgaben übernehmen. Wie kann man dem begegnen?

Aus meiner Sicht gibt es verschiedene Gründe: das Europäische Arbeitszeitgesetz, die zunehmende Teilzeitarbeit von jüngeren

Ärztinnen und Ärzten, erhöhter Dokumentationsaufwand. Es kann nicht sein, dass Ärzte zu „akademischen Dokumentationsassistenten“ missbraucht werden. Hier sollten sich die Vorgesetzten noch stärker dafür einsetzen, dass kein Missbrauch stattfindet – auch vor dem Hintergrund der übernommenen Ausbildungsverpflichtung. Ich denke, dass uns die Entwicklungen im 21. Jahrhundert hier unterstützen können: Digitalisierung mit intelligenten Lösungen, neue Assistenzberufe im Gesundheitswesen und vieles mehr.

Bei allen Herausforderungen, die der Klinikalltag mit sich bringt, macht es Ihnen trotzdem Spaß, Arzt zu sein?

Ich bin nicht Arzt geworden, weil der Numerus clausus gepasst hat und ich die Gehaltstabellen verglichen habe. Die Kombination von angewandter Geistes- und Naturwissenschaft mit sozialem Dienst am Menschen haben mich fasziniert und machen mich unabhängig. Ärztin oder Arzt zu sein heißt, einen freien Beruf auszuüben.

An wen würden Sie Ihre Wünsche richten, wenn es gilt, die Rahmenbedingungen für Ihren Beruf zu verbessern?

Wir alle müssen uns im gesellschaftspolitischen Netzwerk verankern, unsere Stimme an entscheidender Stelle erheben und für unsere Werte einstecken. Das kann jeder von uns täglich üben, unabhängig, in welcher Trägerstruktur er sich befindet. Bei der einen mag dies einfacher, bei einer anderen schwieriger sein. Für Richtungsänderungen braucht es aber eine größere Verbandsstruktur, deshalb bin ich übrigens im Hartmannbund.



Dipl.-Ing.-Ök. Kathrin Möbius ist Geschäftsführerin der Spremberger Krankenhausgesellschaft.



Dipl.-Med. Sabine Manka ist Chefarztin der Gynäkologie in Spremberg und Vorsitzende des Fördervereins Krankenhaus Spremberg e.V.



Prof. Dr. Roland Becker ist Ärztlicher Direktor des Städtischen Klinikums Brandenburg und Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie.



Prof. Dr. Wilfried Pommerien ist Hochschulkoordinator des Klinikums Brandenburg für die Medizinische Hochschule.



Faktencheck

Wie steht es um die Krankenhäuser?

Im Jahr 2016 wurden laut Statistischem Bundesamt 19,5 Millionen Patienten stationär in Deutschlands Krankenhäusern behandelt – 277.400 Behandlungsfälle mehr als im Vorjahr. Die Aufenthaltsdauer der Patienten liegt wie im Vorjahr durchschnittlich bei 7,3 Tagen. In 1.948 Krankenhäusern (568 öffentliche, 674 freigemeinnützige, 706 private) standen insgesamt 498.700 Betten zur Verfügung. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,8 Prozent. Rund 894.500 Vollkräfte versorgten 2016 die Krankenhauspatienten – unter ihnen 158.000 Vollkräfte im ärztlichen Dienst (+2,3 Prozent) und 736.500 im nichtärztlichen Dienst (+3,2 Prozent), darunter allein 325.200 Vollkräfte im Pflegedienst (+1,3 Prozent). Kosten der Krankenhäuser jährlich (hier gibt es nur Zahlen aus dem Jahr 2015): 97,3 Milliarden Euro.

Krankenhausstrukturgesetz

Gesetze zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wurden bereits viele verabschiedet. Das letzte, das Krankenhausstrukturgesetz, trat am 1. Januar 2016 in Kraft. **Auszüge:** Die Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung und die Verantwortung für die Krankenhausplanung verbleiben bei den Ländern. Die Qualität der Krankenhausversorgung soll als Kriterium in der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden. Die Qualität der stationären Versorgung soll zudem über Steuerungsinstrumente bei der Krankenhausvergütung weiter verbessert werden. Krankenhäuser sollen Qualitätszu- und abschläge erhalten können. Über einen Strukturfonds sollen 2016 bis 2018 finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um strukturverbessernde Maßnahmen der Länder zu fördern – sprich Überkapazitäten abzubauen sowie Standorte zu konzentrieren und umzuwandeln. Die KVen sollen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder aber die Notfallambulanz der Krankenhäuser unmittelbar in den vertragsärztlichen Notdienst einbinden. Ein Pflegestellen-Förderprogramm soll Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen in der Krankenhauspflege bewirken. Dazu werden 2016 bis 2018 Fördermittel von bis zu 660 Millionen Euro bereitgestellt.

Vergütung der Krankenhäuser

Im DRG-Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups) werden Patienten anhand medizinischer und demographischer Kriterien auf Grundlage ermittelter typischer Behandlungskosten zu Abrechnungszwecken in Fallgruppen eingeteilt. Krankenhäuser bekommen zur Deckung der angefallenen Betriebskosten pro Patient bzw. Krankenhausfall einen pauschalen Euro-Beitrag von der Krankenkasse des Patienten. Zur Berechnung des Preises für die Krankenhausbehandlung wird die sich aus dem jeweiligen DRG ergebene Bewertungsrelation mit einem Basisfallwert multipliziert. Die Grundlage wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) geschaffen, die obligate Einführung des DRG-Vergütungssystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen erfolgte ab dem Jahr 2004.

Ausbilden gegen den Ärztemangel

Zwei „stationäre“ Beispiele

Nicht nur bei der Suche nach Ärzten für den angestellten und niedergelassenen Bereich hapert es in vielen strukturschwachen Regionen, die Krankenhäuser müssen noch dazu einige Hebel in Bewegung setzen, um junge Ärztinnen und Ärzte davon zu überzeugen, ihre Weiterbildung fernab der Metropolregionen zu absolvieren. Die beiden auf den Seiten 6 bis 9 vorgestellten Krankenhäuser in Spremberg und Brandenburg gehen dabei verschiedene Wege.

Die Spremberger agieren bereits früh und stellen ihr Krankenhaus und die unterschiedlichen medizinischen Berufsbilder in der Schülerberufsorientierung vor. „Wir versuchen, früh zu überzeugen, dass es gut ist, in kleineren Häusern zu lernen und interdisziplinär ausgebildet zu werden“, so Geschäftsführerin Kathrin Möbius. In einem weiteren Schritt werden Medizinstudierende angesprochen, die aus der Region stammen. Ihnen schlägt das Krankenhaus eine Kooperation vor: Die Studierenden (aktuell sind es vier) erhalten während ihres Studiums eine monatliche Unterstützung und verpflichten sich im Gegenzug, in den Semesterferien im Krankenhaus zu arbeiten. „Wir erhoffen uns, dass die Studenten nach ihrem Studium in ihre Heimat zurückkehren“. So wie Kristin Heine (5. Weiterbildungsjahr, Viszeralchirurgie). Die 32-Jährige hat in Berlin studiert. „Ich wusste früh, dass ich nicht universitär arbeiten möchte. Ich bevorzuge flache Hierarchien und einen guten Kontakt zu meinen Vorgesetzten, so wie hier.“ Sie habe in Spremberg eine 40 Stunden-Woche und genug Zeit für die Patienten. „Ich kann auch in einem kleinen Haus gute Medizin machen.“ Davon ist auch Julia Dreschkowsky (2. Weiterbildungsjahr, Allgemeinmedizin) überzeugt. Sie hat in der Region eine Weiterbildungsstelle gesucht und ihr wurde das Spremberger Krankenhaus empfohlen.

Einen ganz anderen Weg hat das Städtische Klinikum Brandenburg eingeschlagen. „In den Jahren 2007 und 2008 hatten wir einen Ärztemangel, der uns auf die Idee brachte, warum nicht eine Hochschule gründen, um selbst den Nachwuchs auszubilden“, erinnert sich Prof. Dr. Wilfried Pommerien, der von der Idee bis zur Gründung der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) im Jahr 2014 mit dabei war und der MHB bis heute als Hochschulko-



Ein Blick auf die Homepage der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

ordinator am Campus Brandenburg eng verbunden ist. Das Städtische Klinikum Brandenburg ist eine von drei Hochschulkliniken, am Campus in Brandenburg an der Havel studieren das 5., 6. und 7. Semester sowie Kleingruppen in den Semestern 8 bis 10.

„Die Gründung der ersten Medizinischen Hochschule in Brandenburg war ein wichtiger Baustein für die Zukunft der Versorgung“, so Pommerien. Offene ärztliche Stellen konnten besetzt werden, Oberärzte fanden wieder den Weg nach Brandenburg, Hochschulprofessorenstellen wurden ausgeschrieben, erste ordentliche Professoren bestellt, der universitäre Gedankenaustausch blühte und die Forschung hielt Einzug – aktuell wird am Klinikum Brandenburg für 18 Millionen Euro ein Zentrum für Grundlagenforschung gebaut. Mittlerweile kooperiert die MHB mit 21 Krankenhäusern innerhalb seines Brandenburger Netzwerkes, das sich aus Krankenhäusern, Rehakliniken und Praxen zusammensetzt. Im April diesen Jahres startete mit 48 neuen Studierenden bereits der dritte Jahrgang des Brandenburger Modellstudiengangs Medizin. (DA)

© Medizinische Hochschule Brandenburg



Die beiden heimatverbundenen Assistenzärztinnen Julia Dreschkowsky (l.) und Kristin Heine (r.) arbeiten gerne am Krankenhaus Spremberg. Schülerpraktikant Jean-Paul Beventer durfte auch bereits erste Erfahrungen sammeln.



Mit 48 Studierenden im praxisorientierten Brandenburger Modellstudiengang Medizin und mit 24 Studierenden der Psychologie startete die MHB im April 2015 ins erste Semester ihrer jungen Gründungsgeschichte.

Gastbeitrag von Johann-Magnus v. Stackelberg, GKV-Spitzenverband



Im Gesundheitssystem von morgen ist für eine Abgrenzung zwischen den Sektoren kein Platz mehr

Warum ist der Prozess der sektorenübergreifenden Versorgung so schwierig? Diese Frage haben wir dem GKV-Spitzenverband gestellt. Geantwortet hat Johann-Magnus v. Stackelberg, seit 2007 stellvertretender Vorsitzender des Vorstands.

Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen. Sie weisen Defizite auf und es sind teilweise die ursprünglich gesetzlich vorgesehenen Aufgaben aus den Augen verloren worden. Eine Reform ist mühsam, weil sich viele Akteure im Status quo gut eingerichtet haben. Andere fürchten, dass eine Reform des ambulanten-stationären Grenzbereichs unweigerlich auch massive Auswirkungen für die ambulante und stationäre Versorgung insgesamt haben könnte. Die Beharrungskräfte sind entsprechend groß.

Dennoch ist klar: Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung muss ein zentraler Baustein der kommenden Legislaturperiode sein. Ein zukunftsfestes Versorgungssystem muss die Interessen der Patienten und Beitragszahler in den Mittelpunkt stellen und darf sich nicht in Abgrenzungs- und institutionellen Fragen verlieren. Jedes Jahr fließen viele Milliarden Euro zusätzlich in die gesundheitliche Versorgung. Dieses Geld muss einer qualitativ verbesserten und wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung der Patienten zugutekommen.

Die gesundheitliche Versorgung mit Überschneidungen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung weist besonders große Defizite auf. Ob ein Patient ambulant oder stationär versorgt wird, hängt oftmals davon ab, wie sich vor Ort historisch die Sektoren entwickelt haben. Daran angeknüpft ist die Frage, ob ein Patient qualitätsgesichert behandelt wird und welche Vergütung der Behandler (für die gleiche Behandlung) erhält. Aus Patientensicht kann die derzeitige gesundheitliche Versorgungsstruktur so nicht beibehalten werden: Es ist im Krankheitsfall nicht durchgängig der Zugang zur indizierten und qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung gewährleistet. Ferner werden Pa-

tienten oftmals fragmentarisch versorgt: Es mangelt an Koordination und Integration der Behandlung. Aus der Perspektive des Beitragszahlers ist nicht sichergestellt, dass die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden. Internationale Vergleiche zeigen, dass in Deutschland viele Leistungen noch stationär erbracht werden, während etablierte ambulante Behandlungsmöglichkeiten existieren. Da die sektoralen Planungs- und Honorierungssysteme keinen Anreiz zur Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung setzen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen fragmentiert und instabil sind, sind neue Rahmenbedingungen zu schaffen.

Das übergeordnete Ziel muss die konsequente Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung auf die Bedarfe der Patienten sein. Alle gesundheitspolitischen Erfahrungen legen nahe, dass eine umfassende Reform der Versorgungsstrukturen nicht in einem Schritt erfolgen kann, sondern vielmehr in einem Stufenmodell realisiert werden muss. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher dafür ein, in einem ersten Schritt zunächst die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung anzugehen. Ziele einer solchen Reform sind: Durch die Einführung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung flächendeckend einen sachgerechten Zugang und entsprechende Kapazitäten zu gewährleisten, durch eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur Fehlanreize in der Versorgung zu vermeiden, durch eine durchgehende Qualitätssicherung Patientengefährdung auszuschließen.

Kontrovers diskutiert wird in diesem Kontext immer die Rolle der Krankenhausambulanzen: Je nach Betrachtungsweise sind sie entweder Teil des Problems oder Teil der Lösung. Deren künftige Rolle muss daher im Rahmen einer Reform der sek-

torenübergreifenden ambulanten Versorgung mitgedacht werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die rund zwei Dutzend Paragraphen, nach denen Ambulanzen tätig werden können, stringent anhand von drei Prinzipien neu zu fassen:

Werden Krankenhausambulanzen ermächtigt, um Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen, ist deren Regelungskanon (ergänzt um klare Ermächtigungskriterien) vollumfänglich anzuwenden. Werden spezialisierte und spezifische Versorgungsleistungen sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht, wird die skizzierte sektorenübergreifende Steuerung inklusive einer gemeinsamen Bedarfsplanung und eines einheitlichen Vergütungssystems benötigt. Erfolgt eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht wird, ist der Leistungskatalog endlich klar zu definieren und durch einheitliche Dokumentations- und Vergütungsmaßstäbe Transparenz herzustellen.

Die Erkenntnisse einer solchen ersten Reformstufe müssen anschließend genutzt werden, um mittelfristig die spezialisierte Versorgung insgesamt neu aufzustellen und dabei die international einzigartige Doppelversorgung entlang der bestehenden ambulanten-stationären Sektorengrenze zu beenden.



Johann-Magnus v. Stackelberg ist seit 2007 stellvertretender Vorsitzender des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes. In den Jahren zuvor war er lange für die AOK in verschiedenen Positionen tätig.

Krankenhäuser sind für die Daseinsvorsorge unverzichtbar

Player des Gesundheitswesens äußern sich zur Zukunft der deutschen Krankenhäuser

Vor dem Hintergrund der Titelgeschichte haben wir Player des deutschen Gesundheitssystems gefragt, wie diese die Zukunft der deutschen Krankenhauslandschaft einschätzen. Antworten haben das Bundesgesundheitsministerium, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Deutsche Städte- und Gemeindebund und das RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung gegeben.

Unverzichtbarer Bestandteil der lokalen Infrastruktur

Krankenhäuser sind ein unverzichtbarer Teil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt gerade den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Mit jährlich rund 20 Millionen ambulanten Behandlungsfällen leisten die Krankenhäuser schon heute einen wesentlichen Beitrag auch zur ambulanten Versorgung. Die Krankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechenden Stellenwert erhalten. Die Krankenhausplanung auf Landesebene muss die Erfordernisse in strukturschwachen Räumen berücksichtigen. Der Ausbau der Digitalisierung und der Telemedizin können die Krankenhäuser von Bürokratie und Kosten entlasten. In der Krankenhausplanung muss zwischen Krankenhäusern zur flächendeckenden, ortsnahen Grundversorgung und spezialisierten Kliniken zur Maximalversorgung unterschieden werden. Die Bundesländer sind darüber hinaus aufgefordert, ihrer Finanzierungspflicht umfassend nachzukommen. Folge der vermehrten Inanspruchnahme von Notambulanzen in Krankenhäusern ist auch eine Überbelastung des Rettungsdienstes. Patientinnen und Patienten sollten mittels transparenter Strukturen künftig auf den richtigen Behandlungspfad gelotet werden. Darüber hinaus sollten „Portal- oder Bereitschaftspraxen“ – also Behandlungsräume, die die Kassenärztliche Vereinigung unmittelbar am Krankenhaus unterhält und finanziert – ausgebaut werden. Gerade in ländlichen Regionen sind Krankenhäuser, Gemeinschaftspraxen, Arzthäuser oder lokale Gesundheitszentren dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten.



Dr. Gerd Landsberg ist Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes.

Quelle: Deutscher Städte- und Gemeindebund

Nicht ausgelastete Strukturen besser nutzen

Seit einigen Jahren beobachten wir einen klaren Trend: Der Anteil der ambulant in Praxen erbrachten Leistungen nimmt zu, während die Belegungstage im Krankenhaus zurückgehen. Natürlich können wir auch in Zukunft die flächendeckende Versorgung nur gemeinsam sichern. Die immer noch strenge Trennung der beiden Sektoren ist dabei ein Hindernis, das wir überwinden müssen. Hinzu kommt, dass eine vollstationäre Versorgung für viele Behandlungsanlässe einfach nicht nötig ist. Deshalb schlagen wir vor, nicht ausgelastete Krankenhäuser umzustrukturieren. Dort, wo Häuser zu klein sind, um den Patienten eine ausreichend breite oder spezialisierte Versorgung anzubieten, kann es sinnvoll sein, die vorhandene Infrastruktur alternativ zu nutzen: durch Belegärzte, fachärztliche ambulante bzw. teilstationäre Versorgungszentren oder dadurch, dass sich mehrere Krankenhäuser einer Region zusammenschließen und Abteilungen neu untereinander verteilen.

Um es klar zu sagen: Es geht nicht darum, Krankenhäuser einfach dicht zu machen. Auch geht es nicht um Häuser der maximal- und intensivmedizinischen Versorgung. Sondern es geht darum, nicht ausgelastete bzw. defizitäre Strukturen, vor allem in ländlichen Räumen, besser zu nutzen. Solche Zentren, wo Ärzte aus unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam ambulante und (teil-)stationäre Versorgung anbieten, sind aus unserer Sicht das Modell der Zukunft. Sie sparen Geld, das an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden kann, entlasten die Ärzteschaft und sind für den medizinischen Nachwuchs, die Patienten und dadurch auch für die Kommunen attraktiver. Wenn wir weg von der Konkurrenz um Patienten und Personal hin zu partnerschaftlicher Kooperation kommen, gewinnen dadurch letztlich alle.



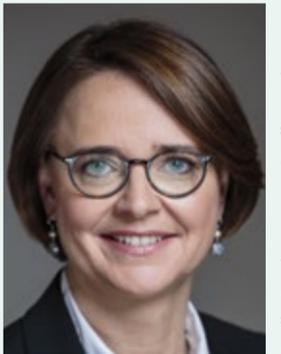
Dr. Andreas Gassen ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Quelle: Lopata/axentis.de

Krankenhäuser bleiben eine tragende Säule

Krankenhäuser bleiben eine tragende Säule unserer Gesundheitsversorgung. Dafür müssen die Häuser finanziell und personell gut aufgestellt sein. Und sie müssen die Herausforderungen meistern, die sich aus den Fortschritten in Medizin und Technik und aus der demographischen Entwicklung hin zu einer Gesellschaft mit einer steigenden Zahl älterer und erkrankter Menschen ergeben. Deshalb wollen wir eine bessere Zusammenarbeit der einzelnen Versorgungsbereiche erreichen. Im Krankenhausbereich benötigen wir eine kluge Arbeitsteilung zwischen Grund- und Regelversorgung vor Ort und spezialisierter Hochleistungsmedizin. Mit der Krankenhausreform haben wir die Weichen für eine hohe Qualität der Versorgung auch in Zukunft gestellt.

Entscheidend für eine gute Versorgung ist auch eine angemessene Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal. Deshalb unterstützen wir sie mit bis zu 830 Millionen Euro pro Jahr. Diesen Pflegezuschlag erhalten die Krankenhäuser abhängig von ihrer Personalausstattung: Der Zuschlag steigt, je mehr Pflegekräfte dauerhaft beschäftigt sind. Krankenhausbereiche, die für die Patientensicherheit wichtig sind, brauchen außerdem klare Personaluntergrenzen. Sie sollen ab 2019 flächendeckend gelten. Auch die Digitalisierung im Gesundheitsbereich birgt große Chancen für die Patientenversorgung im Krankenhaus. Deshalb treiben wir sie kraftvoll voran. Die einheitliche digitale Infrastruktur, die derzeit aufgebaut wird, wird auch den Daten- und Informationsaustausch für Krankenhäuser schneller und sicherer machen. Wir haben ein leistungsfähiges Krankenhauswesen. Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger und das weitere Personal leisten tagtäglich hervorragende Arbeit, um ihre Patientinnen und Patienten zu versorgen. Das muss auch in Zukunft so bleiben – dafür mache ich mich auch weiterhin stark!



Annette Widmann-Mauz ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit.

Quelle: Bundesregierung/Steffen Kugler

Trend geht zu stärkerer Zentralisierung der Versorgung

Die Gesundheitsversorgung in rund zehn Jahren wird durch zwei wesentliche Trends geprägt sein. Erstens wird die demografische Entwicklung dazu führen, dass der Fachkräftemangel sprunghaft ansteigt – so wie auch der „Beitragszahlermangel“. Im Gegenzug wird die Zahl der Patienten weiter wachsen. Aufgrund ihrer Knappheit am Arbeitsmarkt werden Ärzte und Pflegekräfte sehr gefragt sein. Dies verteuert den Faktor Personal. Einige Leistungserbringer werden Schwierigkeiten haben, geeigneten Nachwuchs zu finden. Darüber hinaus nimmt der Finanzierungseingpass der Krankenkassen ungeahnte Ausmaße an. Dies wird nicht nur dazu führen, dass Krankenhäuser noch effizienter werden müssen, sondern dass bestehende Systemineffizienzen immer mehr in Frage gestellt werden, z.B. die ambulante-stationäre Sektorengrenze, Personalmindestanzahlzahlen, bauliche Vorschriften, Datenschutzvorgaben und einiges mehr.

Dem steht zweitens eine deutlich steigende Innovationsdichte gegenüber. Einige der neuen technischen Möglichkeiten haben das Potenzial, die Effizienz der Leistungserbringung spürbar zu erhöhen. Darunter fallen Innovationen im Bereich der Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Robotik, Telemedizin und natürlich auch die elektronische Patientenakte. Ein weiterer Effizienzschub dürfte die zunehmende Ambulantisierung der Medizin bringen. In Dänemark werden vor diesem Hintergrund 6,4 Milliarden Euro bis 2025 investiert. Neben der Zentralisierung von Kliniken zu „Super-Krankenhäusern“ sollen 20 Prozent der Gesamtförderung auf innovative Angebote und den Ausbau der Digitalisierung entfallen. Weitere Ziele sind die Schaffung von effizienten Abläufen im Notfallsystem und Gesundheitswesen insgesamt.

Auch hierzulande werden diese Trends zu einer stärkeren Zentralisierung der Versorgung führen. Das Krankenhaus wird immer mehr Teil eines sektorenübergreifenden Gesundheitscampus als zentrale Anlaufstelle für Patienten werden. Die Versorgung der ländlichen Bevölkerung erfolgt vom Campus aus über telemedizinische Angebote und mobile Dienste. Dabei ist das Krankenhaus zwar größter Akteur auf dem Campus, muss aber nicht automatisch Anbieter für alle Leistungen sein. Freiberuflich tätige Ärzte können sich ebenso auf dem Campus ansiedeln wie Apotheker oder Fitnessstudios. Wichtig ist, dass teure Vorhalteleistungen wie Gerätschaften, Fachpersonal, IT von allen Anbietern gemeinsam genutzt werden.



Prof. Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung.



Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Gesundheit ist kein Gut wie jedes andere, Krankenhäuser sind keine Medizinfabriken

Es ist erklärtes Ziel der Politik, Klinikbetten abzubauen. Die Qualität der Krankenhausversorgung (und deren Behandlungserfolge) sollen als Kriterium in die Krankenhausplanung der Länder einfließen, die Qualität der stationären Versorgung über Steuerungsinstrumente bei der Krankenhausvergütung weiter verbessert werden und die Kliniken Qualitätszuschläge oder -abschläge erhalten. Ein gutes Instrument?

Die Vermischung von Planung und Fragen der Qualität ist problematisch. Wenn Qualitätsinstrumente genutzt werden, um Strukturwandel zu betreiben, sind sie falsch eingesetzt. Die Krankenhäuser stellen sich erweiterten und erhöhten Qualitätsanforderungen und Transparenzansprüchen. Wir arbeiten deshalb konstruktiv an der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss mit, befürchten aber eine neue Bürokratielle. Für die Krankenhäuser haben die Qualität der Behandlung und Patientensicherheit höchsten Stellenwert. Schon heute sind Krankenhäuser übrigens in einem Ausmaß transparent, wie es für keinen anderen Bereich der medizinischen Versor-

gung der Fall ist. Eine konsequente Verbesserung der Qualität kann nur erreicht werden, wenn der Behandlungsverlauf über die Sektorengrenzen hinweg in den Blick genommen wird. Die strikte Trennung der Qualitätssicherungen der ambulanten Versorgung und der stationären Krankenhausversorgung ist nicht zielführend. Qualitätsabschläge sind nicht geeignet, Qualität zu verbessern.

Die Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung und die Verantwortung für die Krankenhausplanung verbleiben bei den Ländern. Die Krankenkassen kritisieren immer wieder, dass sich ihrerseits die Kosten für die stationäre Versorgung Jahr für Jahr erhöhen, demgegenüber die Länder ihrer Verpflichtung nicht nachkommen und deren Investitionsförderung seit Jahren rückläufig ist. Wie sehen Sie dies, auch in Ihrer Rolle als Landrat des Landkreises Reutlingen?

Für mich – gerade auch als Landrat, der die konkreten Auswirkungen des Investitionsstaus vor Ort erlebt – geht es um das Grundverständnis im Gesundheitswesen: Die medizinische Versorgung durch die

Krankenhäuser ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge wie Schulen, Straßen und vieles mehr. Die Länder müssen ihre Aufgaben und Zuständigkeiten endlich ernst nehmen. Zu einer Landesplanung, die den Anspruch hat, Versorgung zu gestalten, gehört es, Investitionen ausreichend zu finanzieren. Leider sieht die Realität anders aus: Nur drei Milliarden Euro von unstrittig notwendigen sechs Milliarden Euro werden von den Ländern finanziert. Jedes Jahr bleibt eine Investitionslücke von rund drei Milliarden Euro. So kann es nicht weitergehen. Es muss eine gemeinsame Lösung von Bund und Ländern geben.

Aktuell gibt es in Deutschland rund 1.950 Kliniken. Auf der einen Seite haben wir strukturschwache Regionen, in denen es immer schwieriger wird, die stationäre Grundversorgung aufrechtzuerhalten, auf der anderen Seite gibt es Ballungsgebiete mit Überkapazitäten und Mehrfachvorhalten. Ist es sinnvoll, die Versorgung – z.B. angelehnt an das Modell Dänemarks – so zu strukturieren, dass die Grundversorgung (für jeden gut erreichbar) bundesweit gesi-

chert ist und nur in ausgewählten Großkliniken (Satellitenkrankenhäuser) Spezialisierungen angeboten werden?

Wir hatten in den vergangenen Jahren einen stetigen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft. Krankenhäuser sind geschlossen und zu Verbänden zusammengelegt worden. Betten sind abgebaut, die Verweildauer reduziert und gleichzeitig mehr Patienten versorgt worden. Entscheidend ist der Versorgungsbedarf der Menschen. Wenn wir über Strukturen sprechen, müssen wir eine seriöse Analyse vornehmen, in welchen Regionen mit welcher Altersstruktur die Menschen welches Angebot brauchen. Es geht um die Balance zwischen einer wohnortnahen Grundversorgung und der notwendigen wohnortferneren Spezialisierung. Neben den stationären Einrichtungen in der jeweiligen Region sind die Angebote im ambulanten Bereich zu berücksichtigen. Wir müssen künftig vermehrt in Versorgungsnetzwerken denken.

Die Neuregelung der Notfallversorgung (Krankenhäuser erhalten tagsüber für die Notfallabklärung eine Pauschale von 4,74 Euro; nachts, an Wochenenden und Feiertagen 8,42 Euro; Patienten, die keine akuten Notfälle sind, dürfen nicht weiterversorgt werden) stößt auf Kritik. Läuft diese Regelung auf eine „Massenabfertigung“ hinaus oder ist sie ein sinnvolles Instrument, um die Zahl der Notfallpatienten zu minimieren?

Es gibt keine Massenabfertigung und auch die Zahl der ambulanten Notfallpatienten in den Krankenhäusern wird sich durch diese Maßnahme nicht verringern. Den Preis zahlen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser durch unbezahlte Mehrarbeit und dagegen wehren wir uns. Die katastrophale Finanzierung wird weiter verschlechtert. Schon vor dieser unsäglichen Regelung machten die Notfallaufnahmen ein jährliches Defizit von einer Milliarde Euro aus. Grundsätzlich muss man sich doch fragen: Warum kommen die Menschen in die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser? Wir sprechen von über 11 Millionen Patientinnen und Patienten pro Jahr. Ein wesentlicher Grund ist, dass sie tatsächlich oder gefühlt kein adäquates Angebot von niedergelassenen Ärzten vorfinden. Natürlich haben sich die Erwartungen der Patienten geändert. Sie wollen zu jeder Zeit eine bestmögliche Versorgung erhalten. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung flächendeckend nicht gewährleisten können.

Was muss passieren, damit sich stationäre und ambulante Versorgung als Partner einer sektorübergreifenden, integrierten Versorgung verstehen? Allein beim Thema „Sicherstellung des Notdienstes“ – durch Portalpraxen in oder an den Kliniken oder durch die Einbindung der Notfallambulanzen der Kliniken in den vertragsärztlichen Notdienst – scheint kein Ende der Diskussionen in Sicht.

Wir, d.h. die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte, müssen uns darauf besinnen, dass wir Partner sind. Es geht um Kooperationen, um ein Miteinander, nicht um ein Gegeneinander. Die Menschen erwarten zu Recht von uns, dass wir vernünftige Lösungen auf den Weg bringen. Für die Notfallversorgung heißt das: Die KVen müssen Bereitschaftsdienste besser organisieren und ihre Notfallnummer deutlich bekannter machen. Gemeinsam müssen wir die Versorgungsrealität zur Kenntnis nehmen und die Menschen dort abholen, wo sie sind, nämlich in den Ambulanzen der Krankenhäuser. Nur dann können wir die Steuerung der Patienten verbessern. Dies geht nur in Kooperation miteinander. Kooperation funktioniert aber nicht als Einbahnstraße. Für mich stellt sich darüber hinaus die Frage: Wie können wir die bisher unabhängig nebeneinander herlaufenden Bedarfs-, Versorgungs- und Strukturplanungen zusammenfassen? Zuständig für die Krankenhausversorgung sind die Länder mit den Landeskrankenhausplanungen. Unabhängig davon läuft die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte. Deshalb schlagen wir für die neue Legislaturperiode vor, dass wir einen Schritt hin zu einer integrierten Versorgungsplanung gehen. Durch mehr Regionalisierung können vor Ort an Versorgungsbedarfe angepasste Versorgungsformen angesetzt werden.

Die Hartmannbund-Umfrage „Ärztliches Arbeiten. Heute. Und morgen.“ unter Assistenzärzten hat ergeben, dass bis zu zehn Überstunden und mehr pro Woche eher die Regel als die Ausnahme sind. Viele Assistenzärzte empfinden ihre Arbeitsbelastung sogar als so groß, dass sie mit Schlafmangel zu kämpfen haben, gesundheitliche Beeinträchtigungen befürchten oder darunter leiden. Wie kommentieren Sie diesen „Hilferuf“?

Ich nehme diese Rückmeldungen sehr ernst und erkenne die Arbeits- und Lernbelastung von Assistenzärzten ausdrücklich an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die Basis all dessen, was wir tun. Gut qualifiziertes Personal und eine gute und ausreichende Personalausstattung sind die zentralen Voraussetzungen für eine

gute Krankenhausmedizin. Demgegenüber zwingen restriktive gesetzliche Finanzierungsregelungen zu wirtschaftlichem Personaleinsatz. Die Krankenhäuser haben dennoch in den letzten Jahren zusätzliche Stellen geschaffen. Seit Jahren steigen die Personalzahlen im ärztlichen Dienst an. So arbeiteten im vergangenen Jahr 3.600 Ärzten mehr in Kliniken als in 2015. Die Diskussion um den Fachkräftemangel fokussiert sich im Moment auf den Pflegebereich. Wie wir alle wissen, können im Pflegebereich mittlerweile 6.000 bis 10.000 Stellen nicht besetzt werden. Auch im ärztlichen Bereich müssen wir das Thema Personalsicherung und Personalgewinnung ganz oben auf die Agenda schreiben. Über allem steht die Frage einer gesicherten Personal- und Investitionsfinanzierung, damit die Krankenhäuser attraktive Arbeitgeber bleiben.

Die selbe Umfrage hat auch deutlich gemacht, dass die jungen Ärzte deutliche Defizite in der Weiterbildung sehen, das Gefühl haben, „Lückenfüller“ für fehlendes ärztliches Personal zu sein. Können – um die Frage einmal zuzuspitzen – Kliniken unter dem vorhandenen ökonomischen Druck überhaupt noch angemessen weiterbilden?

Die Weiterbildung ist in Zeiten von Fachkräftemangel im ureigenen Interesse von Kliniken. Zusätzlich stellen wir durch Aus- und Weiterbildung auch den Nachwuchs für den ambulanten Bereich sicher. Soll das heutige Niveau der ärztlichen Versorgung und Qualität angesichts der demographischen Entwicklung erhalten bleiben, sind dringende und konsequente Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung anzugehen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob wir nicht schon die Grenze zu einer Überökonomisierung des Gesundheitswesens erreicht haben. Gesundheit ist kein Gut wie jedes andere. Krankenhäuser sind keine Medizinfabriken.

Die Politik hat das Instrument der Personalmindestausstattungen – zunächst nur in der Pflege – beschlossen, um die Situation an den Kliniken zu entschärfen. Wie realistisch ist die Umsetzung derartiger Vorgaben?

Wir verschließen uns diesem Instrument nicht, sehen generelle Vorgaben nach den Erfahrungen in der Neonatologie aber als unrealistisch an. Es können, wie bereits gesagt, bereits jetzt 6.000 bis 10.000 Pflegestellen, die in den Wirtschaftsplänen der Krankenhäuser finanziert sind, nicht besetzt werden. Wie sollen zusätzlich notwendige Stellen, um Personalvorgaben erfüllen zu können, besetzt werden? (DA)

Welche Themen stehen in der Gesundheitspolitik auf der Agenda? Zwischen Kaffeesatz und Absehbarem

Eigentlich bietet der Erscheinungstermin des Hartmannbund-Magazins wahrlich keine idealen Voraussetzungen für eine Betrachtung oder gar Prognose in Sachen Gesundheitspolitik der nächsten vier Jahre. Denn entweder sind die Würfel schon gefallen (wenn Sie das Magazin erst am Montag nach der Wahl in die Hand bekommen) oder Sie gehen vielleicht erst morgen oder übermorgen zur Wahl, um Ihr „Kreuzchen“ zu machen. In jedem Fall wissen wir bei Redaktionsschluss nicht, in welcher Konstellation künftig Gesundheitspolitik gemacht wird – geschweige denn, unter welcher Führung. Trotzdem wagen wir einmal einen Blick nach vorne. Worauf müssen wir als Ärzte in den nächsten Wochen ein ganz besonderes Auge haben? Welche Weichen könnten in den (möglichen) Koalitionsverhandlungen gestellt, welche Fragen möglicherweise sogar schon konkret entschieden werden und wo lauern mögliche Knackpunkte für potenzielle Koalitionäre? Ein (Teil-)Ausblick.

Im Bereich der Finanzierung ist, trotz voller Kassen, ein stetiges Abschmelzen der Reserven des Gesundheitsfonds zu verzeichnen. Eine kommende Regierung dürfte sich, über kurz oder lang, wieder mit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung befassen müssen, damit die Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder dann nicht zu einem (am Ende wieder für die Politik) fatalen Thema werden. Die Kassen beklagen zudem eine Unterfinanzierung bei den so genannten Hartz-IV-Empfängern – ihr Ruf nach einer Verbesserung dürfte nach den Wahlen wesentlich lauter werden, zumal, wenn die Gelder wieder knapper werden.

Einen weiteren Aspekt der GKV-Finanzierung, der unter die Rubrik „Handlungsdruck“ fällt, stellt der Ausgleichsmechanismus zwischen den Kassen, der Morbi-RSA, dar. Obwohl zwischen den Kassenarten ein gewisser Dissens bezüglich der Dringlichkeit und genauen Ausgestaltung auszumachen ist, wird Novellierungsbedarf von allen anerkannt. Neben Maßnahmen zur Erhöhung der Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit könnte hierbei auch die stärkere Berücksichtigung von Anreizen zur Prävention eine Rolle spielen – je nachdem, wie die politische Gewichtung ausfällt, handelt es sich um „vermintes Gelände“. Bundesgesundheitsminister Gröhe hatte zum Themenkreis Morbi-RSA zwei Gutachten in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse sollen Ende September 2017 und Ende April 2018 vorliegen. Vor dem „Einsammeln“ der Ergebnisse dürfte sich wohl keine Regierungskoalition an das komplexe Thema wagen.

Die ärztliche Ausbildung, der „Masterplan Medizinstudium 2020“, ist ein gesetzter Top auf der To-Do-Liste jedes Bundesgesundheitsministers. Die teilweise noch sehr unspezifischen Vorstellungen von Bund und Ländern müssen mit Inhalten gefüllt werden. Neben dem Zugang zum Medizinstudium ist und bleibt vor allem die Finanzierung von mehr Studienplätzen ein Kernthema.

Eines der ganz weit oben rangierenden Themen dürfte die Notfallversorgung und damit zusammenhängend die Akutversorgung sein, die endlich reibungslos(er) verlaufen und deren Finanzierung auf sichere Füße gestellt werden soll. Auch wenn hier inzwischen einige „innerärztliche“ Konzepte kursieren, ist nicht auszuschließen, dass sich der Gesetzgeber bei anhaltendem Disput der entscheidenden Player dieses Themas annimmt. Der „Dauerbrenner“ der ärztlichen Bedarfsplanung ist zwar schon an den Gemeinsamen Bundesausschuss „delegiert“, nichtsdestotrotz wird

auch der neue Bundesgesundheitsminister bzw. -ministerin diesen Beratungsprozess inhaltlich intensiv begleiten.

Einen großen Themenblock bildet nach wie vor – trotz Krankenhausstrukturgesetz in der vergangenen Legislaturperiode – die stationäre Versorgung. In der letzten Legislaturperiode wurde versucht, mit der politisch erklärten deutlichen Gewichtung auf Qualität Strukturveränderungen anzustoßen. Hier wird noch vieles an Umsetzung in der neuen Legislaturperiode erfolgen, doch es bleibt das drückende Thema der stetig zunehmenden Unterfinanzierung, da die Länder entgegen des dualen Finanzierungsgebots keine Bereitschaft zeigen, ihren Finanzierungsanteil angemessen zu übernehmen.

Zu einem heißen Eisen dürfte auch der Versandhandel von verschreibungspflichtigen Medikamenten werden. Zwar steht die Union fest zu ihrem Wort, den Versandhandel verbieten zu wollen, doch keiner der möglichen Koalitionspartner ist gewillt, solch ein Verbot mitzutragen – zumal von verschiedener Seite auch juristische Bedenken geäußert wurden. Und die Krankenkassen befeuern die Gegner dieses Verbots.

Apropos Medikamente – das Arzneimittelinformationssystem für Ärzte, das mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz in der – nun vergangenen Legislaturperiode – beschlossen wurde, muss von einer neuen Regierung noch per Verordnung etabliert werden. Nach wie vor herrscht hier eine gewisse Ratlosigkeit, wie die Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich des Zusatznutzens innovativer Medikamente „an die Ärztin“ respektive „an den Arzt“ gebracht werden soll. Ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg dieses Jahres zeigt, wie komplex die Anforderungen an solch ein System wären. Die Differenzierungen in Untergruppen in der Nutzenbewertung eines Medikaments, aus dem dann ein

*Die Würfel sind gefallen.
Ab sofort wird das
Tauziehen um die künftige
Gesundheitspolitik in
Deutschland beginnen.*

„Mischpreis“ in den Preisverhandlungen zustande kommt, sind in dem Urteil zur Sprache gekommen. Für den Praxisalltag einer Ärztin oder eines Arztes wäre die Befassung damit, wie und ob der Patient gegebenenfalls in welche Untergruppe einzuordnen ist, in den meisten Fällen nicht handelbar.

Weitere Anforderungen dürften auch beim Großprojekt der Digitalisierung des Gesundheitswesens, der elektronischen Gesundheitskarte, warten. Hier wurden zwar zuletzt gewisse Fortschritte erzielt, die Abhängigkeit von der Industrie bei der Umsetzung gesetzlich vorgesehener Ausbaustufen in Verbindung mit drohenden finanziellen Strafen für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband bleibt aber virulent. Darüber hinaus gibt es weitere Themen, beispielsweise die elektronische Patientenakte, die von Krankenversicherungen nach vorne getrieben wird. Hier sind viele Fragen noch unklar. Zum Beispiel: Inwieweit kann und darf sich ein Arzt auf dort Niedergelegtes verlassen? Wer greift gegebenenfalls auf die dort hinterlegten Informationen mit welchem Rechtshintergrund zu?

Im Zuge des parlamentarischen Verfahrens zum sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist eine politische Klimaveränderung spürbar geworden, die sich in einer zunehmenden Politisierung von ehemals rein der Selbstverwaltung überlassenen Aufgaben zeigt. Eine weitere Reform, die die Selbstverwaltung mehr in Richtung Administration drängt, ist ein durchaus mögliches Szenario.

Zu guter Letzt das Thema Bürgerversicherung: Von Union und FDP wird ein solches Konzept klar abgelehnt. Die FDP liebäugelt zudem mit der völligen Wahlfreiheit zwischen und innerhalb von GKV und PKV. SPD, Linke und Bündnis 90/Die Grünen wiederum haben (wenn auch verschiedene Varianten) Bürgerversicherungsmodelle in ihre Wahlprogramme aufgenommen. Je nach Wahlausgang und Verhandlungspositionen könnte die Umstrukturierung des dualen Versicherungssystems in Deutschland zumindest perspektivisch durchaus auf die politische Agenda gelangen – inklusive der Diskussion um eine einheitliche Honorarordnung für Ärztinnen und Ärzte. In diesem Zusammenhang sind auch kleinteilige Änderungen vorstellbar, die erhebliche Konsequenzen zur Folge haben können. Viele Experten prophezeien die teilweise Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, zumindest ein deutliches Anheben des Arbeitgeberbeitrags. Enorm viel hängt dabei sicherlich von den Systemvorstellungen der neuen Spitze des Bundesgesundheitsministeriums ab.

Ob sich beim Thema „Patientensteuerung“ endlich etwas tut, darf angesichts der Sensibilität der Thematik – vor allem mit Blick auf die Reaktion von Patientinnen und Patienten – eher bezweifelt werden. Hier muss es von Ärzteseite weiterhin „Druck“ geben...

WORLD FORUM FOR MEDICINE



13 – 16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica.de

Die Welt der Medizin auf einen Blick:

- Elektromedizin / Medizintechnik
- Labortechnik / Diagnostica
- Physiotherapie / Orthopädietechnik
- Bedarfs- und Verbrauchsartikel
- Informations- und Kommunikationstechnik

Wer alles sehen, alles wissen und alles erleben will, der kommt zum größten Weltforum der Medizin nach Düsseldorf!

BE PART OF THE NO. 1!



Messe
Düsseldorf



Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte macht eine Telematik-Infrastruktur erforderlich.

Versichertenstammdatenmanagement Terminverschiebung angekündigt

Es ist seit Jahren ein Aufreger – das Versichertenstammdatenmanagement, auch synonym als Stammdatenabgleich bezeichnet. Dieses Abgleichen der Versichertenstammdaten soll die erste Online-Anwendung der für die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte notwendigen, offiziell seit dem 1. Juli 2017 gestarteten, sogenannten Telematik-Infrastruktur werden.

Das SGB V verpflichtet alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die sogenannten Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) online zu prüfen und zu aktualisieren. Dabei handelt es sich neben der versichernden Krankenkasse um Namen und Vornamen, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Versichertennummer, -status, Zuzahlungsstatus des Versicherten, Beginn des Versicherungsschutzes und Fristablauf der Krankenversicherungskarte. Dadurch soll es möglich werden, ungültige sowie missbräuchlich benutzte Karten zu erkennen.

Bereits seit Mitte 2010 verpflichtet das SGB V die Krankenkassen, „Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und Aktualität der Daten online überprüfen und auf der eGK aktualisieren können“. Die Prüfpflicht der Ärzte soll danach ab dem Zeitpunkt bestehen, ab dem die von den Krankenkassen bereitgestellten Dienste sowie die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI) zur Verfügung stehen und die entsprechenden Vereinbarungen auf Bundesebene geschlossen sind.

Mit dem E-Health-Gesetz erfolgte nun erstmals eine zwingende zeitliche Vorgabe für die Einführung der notwendigen Infrastruktur. Wurden zunächst der GKV-Spitzenverband und die KBV über angeordnete Haushaltssanktionen in die Pflicht genommen, sollten Vertragsärzte und -psychotherapeuten dann nach einer Übergangsfrist spätestens ab dem 1. Juli 2018 verpflichtet sein, die Versicherten-

stammdaten auf der Karte online zu prüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Gleichzeitig drohte der Gesetzgeber Praxen, die diese Aufgabe nicht erledigen, Honorarkürzungen an: Danach ist allen Praxen, die ab dem 1. Juli 2018 kein Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen, das vertragsärztliche Honorar solange pauschal um ein Prozent zu kürzen, bis sie die Vorschrift umsetzen. Der Gesetzgeber hat allerdings eine Hintertür ins Gesetz eingebaut, auf der die Hoffnungen der Beteiligten ruhen: Das Bundesministerium für Gesundheit kann nämlich die Frist per Rechtsverordnung verlängern, was man auch – wie bereits offiziell bestätigt – plant, und zwar um ein halbes Jahr bis Ende des Jahres 2018. Hintergrund für die Verschiebung sind anhaltende Schwierigkeiten der Industrie bei der Bereitstellung der notwendigen Geräte. Allerdings, eine entsprechende Rechtsverordnung, die die Terminzwänge entschärft, gibt es noch nicht...

Beim VSDM wird über eine Online-Verbindung zwischen der Praxis und der Krankenkasse des Patienten geprüft, ob die Versichertenstammdaten aktuell sind und die eGK gültig ist. Die Überprüfung erfolgt online bei der ersten Inanspruchnahme der Praxis im Quartal durch den Patienten, wenn die Karte eingelesen wird. Die Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Stammdaten erfolgt automatisch, eine Eingabe von Hand soll nicht nötig sein. In Fällen ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt, bei denen die Versicherungskarte nicht

eingelesen wird, entfällt die Pflicht zum VSDM. Die für den Online-Abgleich notwendige digitale Infrastruktur – die TI – steht bereit. Sie soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzen und den Datenaustausch auch über Sektorengrenzen hinweg erleichtern. Für die Patienten ist die eGK der persönliche Schlüssel zu ihren medizinischen Daten in der TI. Praxen brauchen, um die Online-Dienste sicher nutzen zu können, ein Zugangsgeschäft zur TI, den Konnektor. Sowohl die Technik als auch die Prozesse wurden vorab in einer Erprobungsphase umfassend geprüft. Seit November 2016 testeten Ärzte, Apotheker und Kliniken in der Region Nordwest – in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein – den Abgleich der Versichertenstammdaten. Auf einen zweiten, ursprünglich geplanten Testlauf in der Testregion Südost – in Bayern und Sachsen – wurde allerdings verzichtet.

Massive Lieferengpässe bei Konnektoren

Für eine flächendeckende Einführung des VSDM müssten nunmehr alle Praxen mit Konnektoren ausgerüstet werden, den Geräten also, die die Praxen am Ende mit der TI verbinden sollen. Da zudem die Kartenlesegeräte, mit denen die Praxen seit 2011 flächendeckend ausgestattet wurden, aber nur ein reines Einlesen der Karte erlauben, benötigen alle Praxen in relativ kurzer Zeit neben den Konnektoren auch neue Lesegeräte.

Zuletzt sorgten massive Lieferprobleme der IT-Zulieferer für negative Schlagzeilen. Noch ist dem Vernehmen nach keiner der drei Hersteller mit seinen Konnektoren auf dem Markt. Es fehlten die nötigen Sicherheitszertifikate. Dennoch wird bereits mit einem sogenannten Frühbucherangebot um die Aufmerksamkeit der Ärzte geworben. Die KBV warnt davor und setzt darauf, dass nach den ersten Geräten im Herbst 2017 Anfang des nächsten Jahres zwei weitere Hersteller mit ihren Geräten auf den Markt kommen, was sich auch auf die Preise auswirken dürfte. Aufgrund der Bereitstellungsschwierigkeiten fordert die KBV eine Verschiebung der Deadline für das VSDM nicht nur um das vom Gesundheitsministerium avisierte halbe, sondern um ein ganzes Jahr.

Die Kosten für die Anbindung der Praxis an die TI werden erstattet: Nach dem Gesetz sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb zu übernehmen, sodass sich KBV und GKV-Spitzenverband auf Erstat-

tungsbeträge für die technische Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten geeinigt haben, abgestaffelt in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Gerätes in der Praxis.

Kosten werden erstattet

Praxen erhalten laut KBV 3.055 Euro für einen für die qualifizierte elektronische Signatur geeigneten Konnektor und für ein neues stationäres TI-fähiges Kartenterminal bei Inbetriebnahme im dritten Quartal 2017. In den drei Folgequartalen wird der Preis des Konnektors um jeweils zehn Prozent abgesenkt, damit auch die Pauschale bis auf 1.155 Euro im dritten Quartal 2018. Praxen, denen aufgrund ihrer Größe mehr als ein Kartenterminal zusteht, erhalten dafür jeweils 435 Euro mehr. Für mobile Kartenterminals fließt unter bestimmten Voraussetzungen je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung ein Erstattungsbetrag von 350 Euro, sofern mindestens drei Haus- beziehungsweise Heimbefuche im Quartal durchgeführt werden, bei Teilnahme an einem Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie für ausgelagerte Praxisstätten.

Darüber hinaus wird eine einmalige Startpauschale vor allem für Kosten im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung, zum Beispiel für den Praxisausfall während der Installation des Konnektors und für die Kosten der Anpassung des Praxisverwaltungssystems, in Höhe von 900 Euro gezahlt. Auch für die Finanzierung des laufenden Betriebs erhalten die Praxen eine Erstattung: Für die Wartung der Technik und deren Updates vom dritten Quartal 2017 bis zum zweiten Quartal 2018 298 Euro je Quartal, danach nur noch 248 Euro je Quartal. Zudem werden auch die Betriebskosten für den Praxisausweis (23,25 Euro/Quartal und Karte) sowie den Arztausweis (11,63 Euro/Quartal und Karte) vergütet.

Neben der Finanzierungspauschale für den Konnektor und das Kartenterminal fließen auch sämtliche Pauschalen und Zuschläge erst ab dem ersten VSDM. Das gilt auch für den Zuschuss zum elektronischen Heilberufsausweis. (PM)

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern eine individuelle und kostenlose Beratung an. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind dies z.B. Fragen zur Niederlassung, zu Honorar- und Abrechnungsfragen sowie zur betriebswirtschaftlichen Beratung. Kontakt: telefonisch unter 030 206208-0, per E-Mail unter hb-info@hartmannbund.de.

Anzeige

14.10.

Tag der Privatmedizin

Mit seinem „Tag der Privatmedizin“ bietet der Privatärztliche Bundesverband (PBV) am Samstag, 14. Oktober, in Frankfurt am Main einen besonderen Innovationsschub für die Praxis: Vom Ärztlichen Fachbeirat eigens für die Privatbehandlung ausgewählte, innovative medizinische Angebote und Konzepte werden begleitet von wirtschaftlich orientierten Workshops und aktuellen Informationen zum Stand der GOÄ-Reform und den politischen Perspektiven der Privatmedizin nach der Bundestagswahl. „Mit diesem einzigen Querschnittskongress seiner Art wenden wir uns nicht allein an reine Privatmediziner, sondern an alle Praxen mit hohem Privatbehandlungsanteil“, so Dr. Norbert A. Franz, Vorstandsvorsitzender des PBV. Für Mitglieder des Hartmannbundes ist ein eigenes Kartenkontingent zum Vorzugspreis von 125 EUR statt regulär 165 EUR reserviert. Für die Veranstaltung sind 12 Fortbildungspunkte beantragt. Die TSP-Fortbildung am Vorabend zur Tabakentwöhnung ist mit zusätzlich vier Fortbildungspunkten zertifiziert. Informationen und Karten gibt es unter www.tag-der-privatmedizin.de.

Anzeige

Arzt sein, wo man auf Sie zählt.
www.kvbb.de/aerzte-fuer-brandenburg/

KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kinderarzt (m/w) für Senftenberg gesucht

Arbeiten und leben, wo andere Urlaub machen.

Senftenberg liegt im Herzen des Lausitzer Seenlandes im Süden Brandenburgs. Wir suchen für die medizinische Versorgung der jungen und jüngsten Senftenberger einen Facharzt für Kinderheilkunde (m/w). Egal ob in eigener Praxis oder in Anstellung bei einem Kollegen, Sie haben viele Möglichkeiten in Senftenberg ambulant tätig zu werden.

Wir freuen uns auf Sie: Telefon: **0331 982298 – 22**
E-Mail: niederlassungsberatung@kvbb.de



Bis zum 31. Mai 2018 werden an den Krankenhäusern die Betriebsräte neu gewählt. Wer sich für die Anliegen der ärztlichen Kollegen engagieren möchte, sollte diesen Text genauer lesen.

Betriebsratswahlen 2018 Auch das Engagement von Ärzten ist gefragt

Berufspolitisches Engagement ist eine der zentralen Voraussetzungen dafür, dass sich die Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung weiter verbessern und die aktuell schwierigen Arbeitsbedingungen vor allem für die Klinikärzte ändern. In diesem Zusammenhang kommt auch den Betriebsräten als Vertreter der Arbeitnehmer und deren Anliegen eine besondere Bedeutung zu. Im nächsten Jahr ist es wieder soweit. Bis zum 31. Mai 2018 werden an den Krankenhäusern die Betriebsräte neu gewählt. Wir erläutern, welche Aufgaben der Betriebsrat hat, wer ihn wählen darf und wer gewählt werden kann.

Warum sollte ich mich überhaupt in einem Betriebsrat engagieren? Die betriebliche Mitbestimmung dient dazu, Abhängigkeiten auszugleichen oder zumindest abzumildern. Arbeitgeber sind dazu angehalten, ihre Mitarbeiter an unternehmerischen Entscheidungen zu beteiligen, sofern diese soziale oder personelle Angelegenheiten der Belegschaft tangieren. Insbesondere Fragen des Gehalts, der Arbeitszeit und des Urlaubs bieten Spannungspotenzial und führen zu unterschiedlichen Auffassungen auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite. Der einzelne Arbeitnehmer kann an dieser Stelle häufig wenig ausrichten, sodass es das Arbeitnehmerkollektiv braucht, um gegenüber dem Arbeitgeber die Positionen der Arbeitnehmer zu vertreten. Der Betriebsrat vertritt grundsätzlich die Interessen aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Krankenhaus, sodass auch Sie als Arzt bzw. Ärztin mit einer Kandidatur der ärztlichen Stimme ein Gewicht verleihen können.

Das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) dient als rechtliche Grundlage für die Regelung der Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Betriebsrat. So verpflichtet das BetrVG den Arbeitgeber, den Betriebsrat über all die Angelegenheiten, die die Interessen der Arbeitnehmer in irgendeiner Weise berühren, rechtzeitig und um-

fassend zu informieren. In bestimmten Fällen kann der Betriebsrat in der betrieblichen Entscheidungsfindung mitbestimmen, das heißt in diesen Fällen ist ein Konsens mit dem Betriebsrat für die Umsetzung von Entscheidungen des Arbeitgebers erforderlich. Sofern es zu keiner Einigung zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat kommt, steht auch der Rechtsweg offen.

Welche Aufgaben hat der Betriebsrat?

Die Beteiligungsrechte des Betriebsrates sind unterschiedlich stark ausgeprägt. Zu unterscheiden sind bloße Mitwirkungs- bzw. Beteiligungsrechte von den Mitbestimmungsrechten. Zu den Mitwirkungsrechten zählen Informations-, Anhörungs- und Beratungsrechte. Demgegenüber stehen die Mitbestimmungsrechte als Erfordernis oder durchsetzbare Mitbestimmung.

Informationsrechte verpflichten den Arbeitgeber dazu, den Betriebsrat über seine Absichten zu unterrichten, während bei einer Anhörung des Betriebsrates der Arbeitgeber sich mit dessen Vorbringen auseinandersetzen muss – im Sinne einer gegenseitigen Information. Bei einem Recht zur Beratung muss der Arbeitgeber die Angelegenheit gemeinsam mit dem Betriebsrat erörtern.

Eine größere Einflussmöglichkeit bieten die sogenannten Mitbestimmungsrechte: Zum einen gibt es hier das Zustimmungserfordernis des Betriebsrates, das der Arbeitgeber benötigt, um Maßnahmen durchzuführen. Dieser kann allerdings die Zustimmung nur aus bestimmten Gründen verweigern. Anders verhält es sich bei der sogenannten durchsetzbaren Mitbestimmung, der Arbeitgeber kann in diesen Fällen ohne die Zustimmung des Betriebsrates nicht handeln. Bekanntestes Mitbestimmungsrecht dürfte wohl die Anhörung des Betriebsrates bei Kündigung von Arbeitsverhältnissen sein. Der Betriebsrat ist vom Arbeitgeber in jedem Fall über die aus dessen Sicht maßgeblichen Umstände der Kündigung zu unterrichten. Weitere wichtige Felder, in denen die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates eine wichtige Rolle spielen, sind: Ein- und Umgruppierungen, Lohn und Gehalt, Festlegung von Leistungslohn und -gehalt, Zahlung von Zulagen und Vergütung von Überstunden; Einhaltung der Gesetze (z.B. Arbeitszeitgesetz), Verordnungen, Unfallverhütungsvorschriften, Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen; Beantragung von Maßnahmen, die der Belegschaft dienen; Vertretung der Belange besonders schutzbedürftiger Personen (z.B. Schwerbehinderte), Jugendlicher, älterer Arbeitnehmer und ausländischer Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber; Treffen von Regelungen der Arbeitszeit mit dem Arbeitgeber; Durchsetzung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Frauen und Männern, insbesondere bei der Einstellung, Beschäftigung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie dem beruflichen Aufstieg.

Wer darf wählen?

Grundsätzlich alle volljährigen Arbeitnehmer eines Betriebes, unabhängig vom Umfang ihrer Arbeitszeit. Damit sind auch teilzeitbeschäftigte sowie in Mutterschutz oder Elternzeit befindliche Arbeitnehmer wahlberechtigt. Auch Leiharbeiter, sofern sie länger als drei Monate im Betrieb eingesetzt werden, sind wahlberechtigt.

Auf leitende Angestellte findet das BetrVG allerdings keine Anwendung (§ 5 Abs. 3 BetrVG). Jedoch sind die Chefärztinnen/Chefärzte eines Krankenhauses in der Regel keine leitenden Angestellten in diesem Sinne, da sie im Regelfall nicht zur selbständigen Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern befugt sind. Zur Wahl dürfen sich alle Arbeitnehmer stellen, sofern sie an der Klinik bereits mindestens sechs Monate beschäftigt und wahlberechtigt

sind. Im Übrigen ist eine Gewerkschaftsmitgliedschaft für die Kandidatur nicht erforderlich.

Wie läuft eine Betriebsratswahl ab?

Spätestens zehn Wochen vor Ende seiner Amtszeit bestellt der Betriebsrat einen Wahlvorstand ein. Mit der Veröffentlichung des Wahlausschreibens (spätestens sechs Wochen vor dem ersten Tag der Stimmabgabe, § 3 Abs. 1 WO) wird die Betriebsratswahl offiziell eingeleitet. Im Wahlausschreiben wird veröffentlicht, wann die Wahlen stattfinden, wie viele Betriebsratsmitglieder zu wählen sind und bis wann Vorschläge für Kandidatinnen und Kandidaten eingereicht werden können. Es gibt das normale Wahlverfahren, das für Betriebe ab 51 wahlberechtigten Arbeitnehmern gilt, und das vereinfachte Wahlverfahren für Betriebe bis 50 Arbeitnehmern (§§ 14, 14a BetrVG). Die Kandidatur ist als Einzelkandidat oder im Zusammenschluss mit Gleichgesinnten in einer Liste möglich.

Personalrat und Mitarbeitervertretung

Kliniken, die in öffentlich-rechtlicher Rechtsform betrieben werden, führen Personalratswahlen durch. Der Personalrat ist die Mitarbeitervertretung im öffentlichen Dienst – vergleichbar mit dem Betriebsrat in der Privatwirtschaft. Personalratswahlen finden in der ersten Jahreshälfte statt. Allerdings ist der turnusmäßige Wahlzeitpunkt in den Bundesländern unterschiedlich. 2018 gibt es Personalratswahlen lediglich in Hamburg, Brandenburg und Thüringen. Aufgrund des grundrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechts der Kirchen, das jeder Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft die eigenverantwortliche Regelung eigener Angelegenheiten garantiert (Art. 137 Abs.3 WRV, Art.140 GG), werden an Häusern in kirchlicher Trägerschaft Mitarbeitervertretungen gewählt. Die turnusmäßige Wahl in evangelischen Einrichtungen findet vom 1. Januar bis zum 30. April 2018 statt, in katholischen Einrichtungen wurden diese im Zeitraum vom 1. März bis 30. Juni 2017 durchgeführt. Rechte der Mitarbeitervertretungen sind übrigens in den Mitarbeitervertretungsgesetzen bzw. Mitarbeitervertretungsordnung der einzelnen Gemeinschaften geregelt. (CB)

Haben Sie Fragen zur Betriebsratswahl? Der Hartmannbund berät Sie gern. Schicken Sie eine Mail an klinik@hartmannbund.de oder melden Sie sich telefonisch unter 030 206 208-0.

Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!

Im Studium, in der Weiterbildung und in der Niederlassung als Ärztin/Arzt in Niedersachsen!



Die ambulante vertragsärztliche Versorgung bietet vielfältige Möglichkeiten, lernen Sie sie kennen. Wir unterstützen Sie dabei mit unseren Angeboten:

- Patenschaften und PJ-Förderung für Medizinstudierende
- Weiterbildungsförderung und Verbundweiterbildung
- Existenzgründerseminare und Niederlassungsförderung
- mehr unter ...

www.niederlassen-in-niedersachsen.de



Wenke Wichmann befindet sich im zweiten Weiterbildungsjahr zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Dresden. Die 27-Jährige engagiert sich seit vielen Jahren im Hartmannbund. Sie war zwei Jahre stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“ und ist aktuell Sprecherin des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“.

Theodor Uden absolviert derzeit seine Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover im zweiten Weiterbildungsjahr. Der 27-Jährige ist seit vielen Jahren im Hartmannbund aktiv – viele Jahre als Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“ und aktuell als Sprecher des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“.

Was macht eine gute Weiterbildung aus?

Das A und O sind eine konsequente Struktur und eine fundierte Einarbeitung

Eines der wichtigsten Themen des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“ ist die Weiterbildung, in der sich die jungen Ärztinnen und Ärzte unmittelbar befinden. Die Redaktion hat die beiden Sprecher des Ausschusses zu einem Interview eingeladen, um die Frage „Was macht eine gute Weiterbildung aus?“ zu beantworten.

Die Hartmannbund-Umfrage „Ärztliches Arbeiten. Heute. Und morgen.“ hat gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in der Mehrheit unter schwierigen Arbeitsbedingungen tätig sind. Wo sehen Sie die Hauptkritikpunkte in Bezug auf die Weiterbildung?

Theodor Uden: Ein Problem ist, dass im Klinikalltag häufig nicht genug Zeit für gute Weiterbildung ist. Der hohe Patientenumsatz macht es erforderlich, dass in hohem Tempo gearbeitet wird. Eine fundierte Weiterbildung bleibt oft auf der Strecke oder wird nach „Feierabend“ absolviert. Außerdem fehlen häufig eine konsequente Strukturierung und ein „Weiterbildungsplan“. Beide Elemente können natürlich nur den Rahmen bilden, der von Weiterbildern und Weiterzubildenden gefüllt wird.

Wie umfangreich wurden Sie zu Beginn Ihrer Weiterbildung eingearbeitet? Und wie wichtig ist eine umfangreiche Einarbeitung?

Theodor Uden: Aufgrund meiner Arbeit an einer Universitätskinderklinik liegt eine eher hohe Anbindung an Fach- und Oberärzte vor. Ein Facharzt ist zu jeder Zeit zusätzlich auf den Stationen eingesetzt. Für die Einarbeitung liegen darüber hinaus Skripte vor, die bei den grundlegenden Fragen helfen. Zu Beginn einer Weiterbildung muss zunächst eine 1:1-Einarbeitung durch einen erfahrenen Kollegen stattfinden. Die Länge einer solchen Einarbeitung kann je nach Bedarf festgelegt werden. Notwendig ist dabei ein strukturierter Einblick in die relevanten Stationen und Funktionsbereiche der Abteilung. Eine umfangreiche Einarbeitung kostet absolut gesehen nur wenig Zeit, ist aber nicht nur für die Mitarbeiterzufriedenheit, sondern z.B. auch für die Fehlervermeidung essenziell.

Wenke Wichmann: Dem kann ich mich nur anschließen. Eine gute Einarbeitung ist das A und O, es fängt bei grundlegenden Sachen

wie dem Standort des Rea-Koffers an und zieht sich über Therapiestandards bis hin zu dem supervidierten Erlernen von praktischen Tätigkeiten. Auch ich wurde zu Beginn meiner Weiterbildung sehr strukturiert und umfangreich eingearbeitet. Aktuell erlebe ich eine erneute professionelle Einarbeitung, da ich in eine neue Unterabteilung rotiert bin. Genauso sollte es deutschlandweit sein.

Ebenfalls oft kritisiert wird die fehlende strukturierte Weiterbildung mit definierten Jahreszielen. Haben Sie damit Erfahrungen gemacht und wie genau sollte ein solche aussehen?

Theodor Uden: Ich arbeite derzeit in einem strukturierten Weiterbildungsprogramm. Von Beginn an stand dabei fest, welche Stationen und Funktionsbereiche zu welchem Zeitpunkt durchlaufen werden. Dies ist insofern vorteilhaft, da auch Bereiche, die ansonsten vielleicht schwieriger innerhalb der Weiterbildung zu organisieren sind, wie z.B. Intensivrotationen, zuverlässig stattfinden. Ein System verliert dadurch natürlich an Flexibilität. Aus Sicht der Weiterzubildenden sehe ich eine strukturierte Weiterbildung aber als uneingeschränkt positiv. Absprachen über Ziele sind dabei ein entscheidendes Element, um Klarheit auf allen Seiten zu schaffen. Ideal wären drei- bis sechsmonatliche Gespräche, in denen evaluiert wird, welche Weiterbildungsinhalte erworben wurden und wie die nächsten Schritte erreicht werden können. Abteilungen können dafür z.B. Checklisten anlegen, die ein strukturiertes Gespräch ermöglichen.

Wenke Wichmann: Bei mir im Haus wird die Weiterbildung durch den halbjährlichen Rotationsplan strukturiert. Dabei werden die bereits absolvierten Rotationen sowie persönliche Wünsche berücksichtigt und es ist sichergestellt, dass jeder Assistent am Ende seiner Weiterbildung alle notwendigen Bereiche durchlaufen hat.

Bei der Qualität der ärztlichen Weiterbildung scheint ein Wandel stattgefunden zu haben. So fühlt sich die Mehrheit der Befragten der erwähnten Hartmannbund-Umfrage gut eingearbeitet und betreut. Hat hier ein Umdenken bei den älteren Ärzten eingesetzt?

Theodor Uden: In vielen Fällen findet eine sehr gute Einarbeitung durch engagierte und erfahrene Ärzte statt. Einige Kollegen berichten aber weiterhin davon, dass sie kurze Zeit nach Verlassen des Vorlesungssaals nachts für massenweise Patienten zuständig sind, ohne ansatzweise über die entsprechende Erfahrung zu verfügen oder bei Bedarf engmaschig einen erfahrenen Kollegen zu Rate ziehen zu können. Im gesamten Verlauf der Weiterbildung und abhängig vom Kenntnisstand müssen Weiterzubildende jederzeit die Möglichkeit haben, ihr ärztliches Handeln durch Fachärzte beurteilen und gegebenenfalls korrigieren zu lassen.

Wie muss aus Ihrer Sicht eine gute Weiterbildung aussehen? Stichwort: strukturierte Weiterbildung mit fest vereinbarten Rotationen, definierten Jahreszielen und guter Supervision.

Wenke Wichmann: Gute Weiterbildung zeichnet sich durch mehrere Bedingungen aus. Zum einen sollte es einen Rotationsplan geben, der es ermöglicht, in der Weiterbildungszeit alle Weiterbildungsinhalte ausreichend zu erlernen und die vorgegebenen Sollzahlen an Operationen und Untersuchungen zu erlangen. Zum anderen finde ich es wichtig, jederzeit einen fachärztlichen Ansprechpartner zu haben.

Theodor Uden: Weiterbildung ist ein Thema, das sich in vielen Kliniken nur als Randerscheinung der klinischen Tätigkeit zeigt. Aus meiner Sicht muss bei der Analyse eines Arbeitstages klar sein, inwiefern Weiterbildung tatsächlich im Alltag stattfindet. Während der Frühbesprechung können Themen ausführlicher erläutert werden, die bereits erwähnte OP-Planung am Vormittag sollte jeden Tag auch das Training der jungen Operateure im Fokus haben. Regelmäßige Fortbildungen sind eine wichtige Ergänzung und schlussendlich muss ausreichend Zeit gegen Ende des Arbeitstages für die Besprechung offener Fragen sein. Diese Analyse zwischen Weiterbildungler und Weiterzubildendem sollte regelmäßig stattfinden.

Sollte die Weiterbildung in der Regel in der regulären Arbeitszeit stattfinden oder kann es Ihrer Meinung nach Ausnahmen geben?

Wenke Wichmann: Ich denke, Ausnahmen kann und wird es immer geben, aber es sollte versucht werden, die Weiterbildung innerhalb der regulären Arbeitszeit und vor allem innerhalb der regulären Weiterbildungszeit zu realisieren.

Theodor Uden: Das sehe ich genauso. Die aktuelle Situation ist auch davon geprägt, dass viele Kollegen Teilzeit arbeiten bzw. zuverlässige Zeiten z.B. aufgrund der Kinderbetreuung benötigen. Weiterbildung muss auch deshalb in der Arbeitszeit stattfinden. Die Freiheit, dass sich Kollegen auch außerhalb der regulären Arbeitszeit weiterbilden können, darf deshalb aber nicht eingeschränkt sein.

Wie sinnvoll ist ein umfassendes Mentoring von sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten?

Wenke Wichmann: Ein umfassendes Mentoring erachte ich als äußerst wertvoll. Es beginnt bei einfachen Fragen wie etwa „Wann welche Seminare und Kurse sinnvoll sind?“ und erstreckt sich bis hin zu Ratschlägen zur Forschung oder Einbindung in die Lehre.

Sollte schlechte Weiterbildung durch die Landesärztekammern sanktioniert werden?

Wenke Wichmann: Bevor man über Sanktionen redet, würde ich mir wünschen, dass die Landesärztekammern zunächst den Dialog mit den Weiterbildern und Weiterzubildenden suchen. In meiner Wahrnehmung wissen viele Assistenzärzte gar nicht um die Rolle der Kammern als Kontrollorgan einer guten und strukturierten Weiterbildung. Dies muss sich ändern. Ich würde mir wünschen, dass sich die Kammern mehr für die Belange der Weiterzubildenden einsetzen und ihre Kontrollfunktion stärker wahrnehmen. Beispielhaft könnten die Kammern recht einfach abfragen, welche und wie viele OPs/Funktionsdiagnostiken von Assistenzärzten durchgeführt wurden und diese Zahlen dann ins Verhältnis zu den Fach-/Oberarzt eingriffen setzen. Natürlich können nicht alle Eingriffe durch Assistenzärzte erfolgen, aber der Anteil sollte so groß wie möglich sein, auch wenn dies ggf. bedeutet, dass die OP bzw. Untersuchung etwas länger dauert, als wenn sie der geübte Oberarzt durchführt.

Sie sind beide Sprecher des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“, den es seit 2016 gibt. Was haben Sie bisher erreicht?

Wenke Wichmann: Wir haben im April ein Symposium zum Thema „Ärztliches Arbeiten 4.0“ durchgeführt, bei dem wir mit Chef- und Oberärzten, LÄK-Vertretern und IT-Experten diskutiert haben. Des Weiteren konnten wir Themen auf dem Ärztetag in Freiburg einbringen, so z.B. zu Arbeitsbedingungen für Klinikärzte, moderner Arbeitszeitgestaltung oder personellen Strukturen für Mentoring der Assistenzärzte. In nächster Zeit wollen wir die Gespräche und Entwicklungen zur Digitalisierung in der Medizin weiterhin konstruktiv begleiten und an der flächendeckenden Umsetzung einer guten und strukturierten Weiterbildung arbeiten.

Theodor Uden: Und wir möchten über die stationäre und ambulante Arbeit der Zukunft sprechen und verschiedene Generationen ins Gespräch bringen. Wie wird die ärztliche Versorgung auf dem Land in Zukunft aussehen? Wie muss eine komplett digitalisierte Arbeitsstelle im Krankenhaus aussehen? Wie kann unser Gesundheitssystem gestaltet sein, damit in Zukunft mehr Zeit für die Patienten bleibt? Spannende Fragen, auf die wir aus Sicht der jungen Ärzte Antworten suchen möchten. (DA)

Anzeige

DIE BESTEN INFOS AUSSERHALB DIESER SEITEN.

* Der ETL Gesundheitsbrief – das kostenlose Fachjournal für den Gesundheitsmarkt.

Bei den Prüfungen gibt es Handlungsbedarf

Prüfungsformate im Medizinstudium an langfristigem Lernerfolg und breiter Wissensbasis ausrichten

Die zunehmende Ausrichtung des Medizinstudiums hin zu einer kompetenzbasierten und praxisorientierten Ausbildung erfordert die Anpassung der Prüfungsformate und die Etablierung möglichst objektiver und – mit Blick auf den Lernerfolg – langfristig effektiver Prüfungen. Nachhaltigem Lernerfolg und einer breiten Wissensbasis sollte eine größere Bedeutung zukommen als dem reinen Abfragen von speziellem Detailwissen. Zu diesem Schluss kommt der Hartmannbund nach Auswertung des zweiten Teils seiner Umfrage „Dr. med. – Heilen ohne Hut?“, an der in der ersten Jahreshälfte 2.291 Medizinstudierende teilgenommen haben.

Die Mehrheit der 2.291 Umfrageteilnehmer hat sich klar dafür ausgesprochen, dass ein langfristiger Lernerfolg und eine breite Wissensbasis wichtiger sind als das reine Abfragen von Detailwissen – auch wenn Spezialwissen und detaillierte Fakten aus Sicht des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“ in bestimmten Situationen vonnöten sind.

Die Befragung hat auch gezeigt, dass die Mehrheit der Studierenden per Multiple Choice geprüft wird, die Befragten einen langfristigen und nachhaltigen Lernerfolg aber vor allem in den mündlichen sowie den standardisierten praktischen Prüfungen sehen.

Ähnlich verhält es sich bei der Frage, welches Prüfungsformat den tatsächlichen Wissensstand am besten abprüft. Aus Sicht der Teilnehmer sind dies vor allem mündliche Prüfungen wie z.B. Testate, standardisierte praktische Prüfungen wie z.B. OSCEs oder schriftliche Prüfungen im Freitextformat. Lediglich 14 Prozent der Teilnehmer bescheinigen dies den Multiple-Choice-Prüfungen.

„Diese augenscheinliche Diskrepanz wirft die Frage auf, was sich Medizinstudierende einerseits und Prüfer andererseits von Prüfungen erhoffen“, so Moritz Völker, Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Aus studentischer Sicht liege der Fokus klar auf den Aspekten „langfristiger Lernerfolg“ und

„Bestehen“. Die Anzahl an Prüfungen im Medizinstudium stellt für die Studierenden kein generelles Problem dar.

Hingegen wird die Vergabe von Noten kritisch gesehen. Gut zwei Drittel der Befragten würden Noten zugunsten von reinen Bestehensnachweisen abschaffen, da Noten aus ihrer Sicht für zusätzlichen Druck und Konkurrenzkampf im Studium sorgen und bei späteren Bewerbungen kaum Beachtung finden. „Aus unserer Sicht sollte der Fokus auf die Entwicklung neuer und langfristig effektiver Prüfungsformate gelegt werden“, so Völker.

Positionspapier zu Prüfungen und Prüfungsformaten

Auf der Grundlage der Umfrageergebnisse haben die Medizinstudierenden im Hartmannbund im August ein Positionspapier zu „Prüfungen und Prüfungsformate im Medizinstudium“ veröffentlicht – mit folgenden Forderungen:

- Eine bundesweite Standardisierung der Prüfungsformate ist dringend notwendig, auch, um eine bessere Vergleichbarkeit gewährleisten zu können.
- Dem langfristigen Lernerfolg und der Abfrage einer breiten Wissensbasis sollte im Rahmen der kompetenzbasierten Mediziner-

ausbildung mehr Bedeutung zukommen als der reinen Abfrage von speziellem Detailwissen.

- Kompetenzbasiertes Lernen benötigt Praxisbezug. Hierzu sollten vermehrt klinische und vorklinische Fächer longitudinal miteinander verknüpft werden und z.B. in praktisch-mündlichen Prüfungen bereits frühzeitig Fallbeispiele zum Einsatz kommen.
- Auch die mündlich-praktische Prüfung (M3) nach dem Praktischen Jahr muss in ihrer Ausgestaltung diesbezüglich reformiert werden. Der Fokus sollte mehr auf ärztliche Kernkompetenzen statt auf das Abprüfen von Faktenwissen gelegt werden.
- Die Relevanz von Noten im Medizinstudium sollte zugunsten von reinen Bestehensnachweisen reduziert werden, da so der zum Teil unnötig hohe Leistungsdruck gemindert und der Fokus vermehrt auf effektives, nachhaltiges Lernen gelegt werden kann. Die interindividuelle Vergleichbarkeit z.B. durch Rankings erzeugt aus Sicht der Medizinstudierenden im Hartmannbund vor allem unnötigen Druck.

Mehr Informationen zu den einzelnen Umfrageergebnissen und zum gesamten aktuellen Positionspapier „Prüfungen und Prüfungsformate im Medizinstudium“ gibt es wie immer auf: www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de (DA)

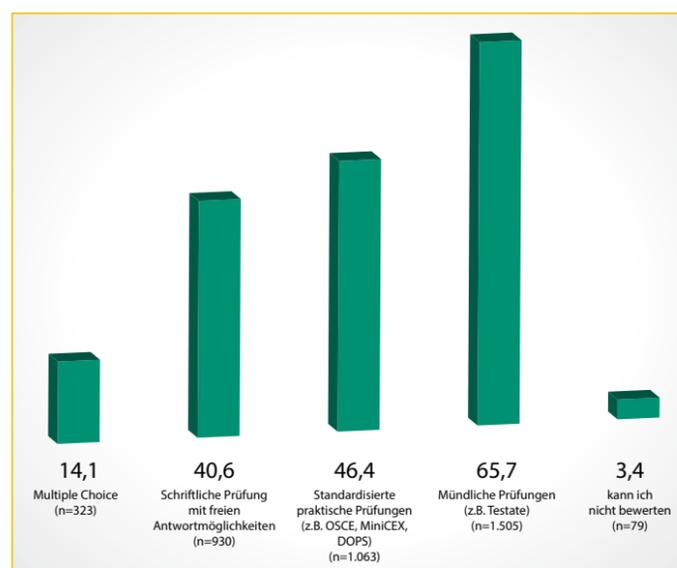
Prüfungen im Medizinstudium – eine Reform muss her!

Fakt 1: Weniger reines Abfragen von detailliertem Spezialwissen, dafür mehr breites Wissen und langfristiger Lernerfolg.

Fakt 2: Mündliche und standardisierte praktische Prüfungen sind besser für langfristigen und nachhaltigen Lernerfolg als Multiple-Choice.

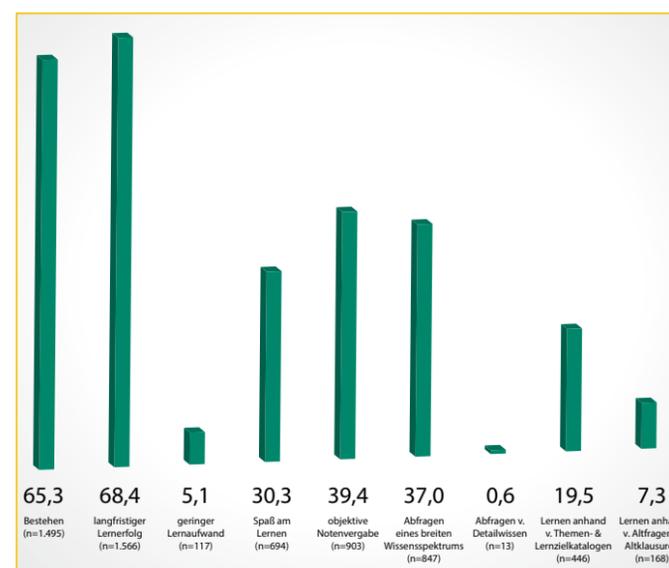
Fakt 3: Die Vergabe von Noten wird von uns kritisch gesehen. Die Noten sollten zugunsten reiner Bestehensnachweise reduziert werden.

Quelle: „Dr. med. – Heilen ohne Hut? – Prüfungsfragen“ auf www.hartmannbund.de



Welche Prüfungsformate prüfen Ihrer Ansicht nach Ihren tatsächlichen medizinischen Wissensstand am besten ab?

(2.291 Personen; Mehrfachnennungen möglich)



Was ist Ihnen an Prüfungen besonders wichtig?

(2.291 Personen; Mehrfachnennungen möglich)



Was sonst noch?

Studienbegleitende Promotion erhalten

Anfang August hat der Ausschuss „Medizinstudierende im Hartmannbund“ ein Positionspapier zur „Medizinischen Promotion und wissenschaftlichen Ausbildung im Medizinstudium“ veröffentlicht. Die zentralen Forderungen: Die Promotionsqualität muss sich verbessern. Die Erstellung der Dissertation muss weiterhin studienbegleitend möglich sein. Die wissenschaftliche Ausbildung im Medizinstudium muss gestärkt werden. Mehr Informationen gibt es hier: www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de unter Positionen und Forderungen.

Ist die Landarztquote auf dem Vormarsch?

Seit der Veröffentlichung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ ist klar, dass eine optionale Landarztquote kommen wird. Ganz vorn mit dabei ist Bayern, wo die Einführung der Quote bereits fest eingeplant ist. Bis zu fünf Prozent aller Medizinstudienplätze sollen für angehende Landärzte vorgehalten werden. Im Gegenzug verpflichten sich die Studierenden, später als Hausarzt in Regionen zu arbeiten, die bereits unterversorgt sind oder von Unterversorgung bedroht sind. Auch in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein stehen die Zeichen auf „Go“. Beide Regierungen möchten eine Landarztquote (zehn Prozent der Studienplätze) einführen. In Sachsen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und im Saarland wird eine Einführung diskutiert.

Zulassungsverfahren auf dem Prüfstand

Das Bundesverfassungsgericht verhandelt am 4. Oktober über zwei Richtervorlagen des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen zu der Frage, ob die für die Studienplatzvergabe für das Fach Humanmedizin vorgesehenen Regelungen mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Beanstandet wird unter anderem, dass die Abiturnoten bundesweit nicht vergleichbar sind. Wegen der drastisch angestiegenen Zahl von Studienplatzbewerbern bei kaum gestiegener Zahl der verfügbaren Studienplätze hat sich die Kapazitätssituation verschärft. Während zum WS 1994/95 noch 7.366 Studienplätze für 15.753 Bewerber verfügbar waren, standen etwa zum WS 2014/15 nur noch 9.001 Studienplätze für 42.999 Bewerber zur Verfügung. Die Dauer der Wartezeit für einen Studienplatz in der Wartezeitquote beträgt mittlerweile 15 Semester.



Immer aktuelle Informationen auf Facebook: Medizinstudierende im Hartmannbund



HB-Umfrage zum Hausarzt

Eine Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt steht bei den Nachwuchsmedizinerinnen wieder deutlich höher im Kurs, als das noch vor wenigen Jahren der Fall war. Rund jeder zweite Studierende der Medizin in Baden-Württemberg zieht in Betracht, als Hausärztin oder Hausarzt zu arbeiten. Rund 20 Prozent sind noch unentschieden und jeder dritte strebt eine Spezialisierung als Facharzt an. Das ist das Ergebnis einer gemeinsamen Umfrage des Hartmannbundes und der Techniker Krankenkasse. An der Umfrage haben sich rund 300 Studierende beteiligt. „Die positiven Seiten des Hausarztberufes werden von den Studierenden wieder stärker wahrgenommen“, sagte Klaus Rinkel, Vorsitzender des Hartmannbundes in Baden-Württemberg. Die Möglichkeit, Patienten über einen langen Zeitraum zu begleiten und das große medizinische Spektrum, das vom Hausarzt abgedeckt wird, wurden als zentrale Pluspunkte genannt. Dagegen spielt das hohe Ansehen, das der Hausarzt in der Bevölkerung genießt, eher eine untergeordnete Rolle. Mehr Informationen auf www.hartmannbund.de.

Approbation – Und nun?

Die Seminarreihe „Seit gestern Arzt – Überlebensstipps für's Krankenhaus“ vermittelt wichtige Informationen für den Berufsstart. Teilnehmer lernen in dem Seminar ihre Rechte und Pflichten kennen, um gestärkt allen Herausforderungen der täglichen Arbeit zu begegnen. Der erste Teil des Seminars widmet sich dem Thema Arzthaftung mit Beispielen aus dem Klinikalltag. Der zweite Teil des Abends gestaltet sich als Get-together und wird von einem Assistenzarzt moderiert, der aus eigener Erfahrung die Stolpersteine im Klinikalltag kennt und benennt sowie Aktuelles aus dem Hartmannbund-Ausschuss der Assistenzärzte berichtet. Termine zu dieser Reihe sowie weitere Seminare auf www.hartmannbund.de/Akademie.



Der Vorstand des Landesverbandes Nordrhein wurde am 24. Juni wie folgt gewählt (v.l.n.r.): Dr. Jan Lukas Kroon, Sebastian Exner, Dr. Stefan Schröter, Dr. Stefano Ragogna, Dr. Dorothee Laske, Dr. Bernhard Welker, Prof. h.c. Dr. Klaus-Erich Goder, Dr. Kurt Trübner

Dr. Stefan Schröter wurde als Vorsitzender in Nordrhein bestätigt

Der bisherige Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein, Dr. Stefan Schröter, ist durch die Delegierten der Landesdelegiertenversammlung am 24. Juni in Düsseldorf in seinem Amt bestätigt worden. Dies gilt auch für den Ersten Stellvertretenden Vorsitzenden, Sebastian Exner. Der bislang dem Vorstand als Beisitzer angehörende Dr. Stefano Ragogna wurde zum Zweiten Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Das bislang kooptierte Vorstandsmitglied Prof. h.c. (BG) Dr. Klaus-Erich Goder wurde zum Ersten Beisitzer gewählt. Im Landesvorstand gibt es darüber hinaus vier neue Gesichter: Dr. Kurt Trübner, Rechtsmediziner aus Essen, Dr. Jan Lukas Kroon, Arzt in Weiterbildung aus Rees, Dr. Dorothee Laske, Ernährungsmedizinerin aus Bergisch Gladbach, sowie Dr. Bernhard Welker, niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Bonn.

„Im neuen Vorstand sind nahezu alle Bereiche und Formen ärztlicher Berufsausübung in unterschiedlichen Fachgebieten sowie mehrere Generationen vereint. Das ist eine gute Mischung, mit der wir den erfolgreichen Kurs aus Kontinuität und Erneuerung fortsetzen werden“, so Schröter. Besonders liege ihm am Herzen, die Medizinstudierenden an die ärztliche Berufspolitik heranzuführen, nachhaltig zu fördern und in die Vorstandsarbeit einzubinden. Politisch stehe der Hartmannbund für die Überwindung alten Denkens in längst überholten Kategorien: „Wir müssen wegkommen von der kleinteiligen Betrachtung

berufs- und gesundheitspolitischer Fragen nach den Maßstäben einzelner Arztgruppen und -grüppchen, denn letztlich haben wir übergeordnete gemeinsame Interessen“, so Schröter weiter. Ein „Divide et impera!“ dürfe es nicht geben.

Der Vorsitzende bilanzierte die abgelaufene Wahlperiode und gab einen Ausblick auf bevorstehende Aufgaben. Hierbei setzte er vor allem Akzente auf die derzeit und zukünftig besonders relevanten standes- und gesundheitspolitischen Themen, die sich auch in den von den Delegierten einstimmig verabschiedeten Resolutionen widerspiegeln. So sprechen sich die Delegierten einmütig gegen die zunehmende Entstehung immer größer werdender Einheiten bis hin zur Ausbildung konzernartiger Strukturen insbesondere in der ambulanten Medizin aus, und sie fordern Personalmindestausstattungen nicht nur im pflegerischen, sondern auch im ärztlichen Bereich in besonders für die Patientensicherheit relevanten Bereichen in den Krankenhäusern.

Darüber hinaus fordert der Landesverband die neue Landesregierung in NRW auf, die länderseitigen Verpflichtungen zur Bereitstellung der dringend benötigten Investitionskosten für die Kliniken zu erfüllen. Der aktuelle Investitionsstau zwingt die Krankenhäuser dazu, aus laufenden Einnahmen eigene Investitionsrücklagen zu bilden, was zu Lasten der Personalausstattung, der Personalentwicklung und der Arbeitsbedingungen sowohl der ärztlichen als auch nicht-ärztlichen Beschäftigten geht.

Moritz Völker – Rückblick auf zwei erfolgreiche Jahre „MM2020“ wird weiterhin heißes Eisen bleiben

Seit Oktober 2015 sind Sie Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Wie sieht Ihre Bilanz aus?

Meine bisherige ehrenamtliche Tätigkeit für den Ausschuss war geprägt von sehr vielen und auch erfolgreichen Aktionen. Ich erinnere zum Beispiel an unsere Blitzumfrage zum „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Juli 2016, an der mehr als 8.300 Studierende teilgenommen haben. So viele Teilnehmer konnte bisher keine andere Hartmannbund-Umfrage verzeichnen. Das war ein riesiger Erfolg. Der Masterplan war das bestimmende Thema meiner bisherigen Amtszeit. In den „MM2020“, wie wir ihn nennen, haben wir viel Energie gesteckt. Wir haben uns in Gespräche eingebracht, Positionspapiere erarbeitet und verschiedene Aktionen durchgeführt, so zum Beispiel einen Aktionstag gemeinsam mit den Fachschaften der Medizinischen Fakultäten unter dem Motto „#RichtigGuteÄrzteWerden“. Wir wurden nie müde, den Finger in die „Wunde“ zu legen. Am Ende können wir es als Erfolg verbuchen, dass es keinen Pflichtabschnitt Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ) geben wird. Demgegenüber stehen allerdings eine optionale Landarztquote, ein zusätzlicher ambulanter PJ-Pflichtabschnitt und eine aus unserer Sicht zu einseitige Fokussierung auf die Allgemeinmedizin. So soll es unter anderem eine verpflichtende M3-Prüfung in der Allgemeinmedizin geben.

Sind die Würfel in Sachen Masterplan denn nun endgültig gefallen?

Es gibt bei Bund und Ländern den Konsens, den Masterplan in seiner bestehenden Form in die nächste Runde zu schicken. So sollen die vorgeschlagenen Maßnahmen in die Ärztliche Approbationsordnung einflie-

ßen, daran soll eine Expertenkommission arbeiten. Wir haben bereits an die politisch Verantwortlichen appelliert, in diesem Prozess auch auf die Stimmen der Betroffenen, uns Studierende, zu hören und uns in die Arbeit der Kommission einzubeziehen.

In diesem Jahr haben sich die Univertreter mit der medizinischen Promotion, der wissenschaftlichen Ausbildung und den Prüfungen bzw. Prüfungsformaten beschäftigt. Warum sind auch diese Themen so wichtig?

Es gibt neben dem „MM2020“ auch andere wichtige Themen, die unter den Nägeln brennen. Das hat unsere Umfrage „Dr. med. – Heilen ohne Hut?“ eindrucksvoll bewiesen. Trotz des umfangreichen Fragenkataloges haben fast 2.300 Medizinstudierende teilgenommen und sehr wichtige Antworten geliefert, wie zum Beispiel ein klares Bekenntnis zu einer studienbegleitenden Promotion. 85 Prozent aller Teilnehmer möchten promovieren, trotzdem können sich nur wenige vorstellen, später zu forschen. Das wirft Fragen auf. Auf diesen Ergebnissen aufbauend haben wir Positionen vorgelegt, in denen wir aufzeigen, wie die Promotion aussehen sollte. So muss sich die Qualität verbessern, sollte die Erstellung der Dissertation weiterhin studienbegleitend möglich sein und muss die wissenschaftliche Ausbildung gestärkt werden. Ebenfalls in der Umfrage abgefragt haben wir die studentische Meinung zu aktuellen Prüfungen und Prüfungsformaten. Auch hierzu haben wir ein Positionspapier erarbeitet. So ist es uns wichtig, dass dem langfristigen Lernerfolg und der Abfrage einer breiten Wissensbasis mehr Bedeutung zukommt als der reinen Abfrage von speziellem Detailwissen. Vorklinische und klinische Fächer sollten longitudinal mit-

Moritz Völker ist seit Oktober 2015 Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Der 27-Jährige hat die Aktivitäten des Ausschusses gemeinsam mit dem Vorstand intensiv vorangebracht. Aktuell engagieren sich im Ausschuss 70 Univertreter.



einander verknüpft werden, und auch der Zweck der Notenvergabe sollte hinterfragt werden, um an dieser Stelle exemplarisch Forderungen zu nennen.

Wohin könnte die inhaltliche Reise des Ausschusses in den nächsten Jahren gehen?

Der „MM2020“ wird bis zur Umsetzung ein heißes Eisen bleiben, das wir weiter bearbeiten werden. Aber auch unsere Umfrage zum Fakultätenpreis sowie neue Erkenntnisse in Sachen PJ-Aufwandsentschädigung stehen vor der Tür. Wir werden auch weiterhin mit viel Engagement auf die studentischen Anliegen aufmerksam machen.

Der Ausschuss „Medizinstudierende im Hartmannbund“ mit aktuell 70 Univertreter hat enorm an Bekanntheit zugelegt. Wie wichtig ist es, dass sich schon die Studierenden politisch einbringen?

Es ist essenziell, wenn es um die medizinische Versorgung von morgen geht. Im Studium wird der Grundstein für das ärztliche Handeln und auch die ärztliche Haltung gelegt. Wer hier also leichtfertig herumspielt, riskiert langfristige Auswirkungen. Deshalb ist die Arbeit unseres Ausschusses so wichtig. Das Schöne ist, dass wir seit anderthalb Jahren auch im Bereich der Assistenzärzte einen Ausschuss wie den unsrigen im Hartmannbund haben. Dadurch haben wir die Möglichkeit, sobald wir mit der Weiterbildung anfangen, nahtlos mit unserem Engagement fortfahren zu können. Das ist mir persönlich besonders wichtig. Auch als Assistenzarzt möchte ich inhaltliche Akzente setzen. Diese Möglichkeit ist durch den Ausschuss gegeben. Besonders wichtig ist mir, dass das Thema Weiterbildung von denjenigen inhaltlich gestaltet wird, die mitten drin stecken.

Berufsunfähigkeit Wenn Körper und Geist nicht mehr können

Sie ist eines der größten sozialen Risiken: Die Berufsunfähigkeit. Jeder fünfte Berufstätige in Deutschland wird im Laufe seines Erwerbslebens berufsunfähig. Ärztinnen und Ärzte sind da keine Ausnahme. Eine Berufsunfähigkeitspolice sollte daher eine Standardversicherung sein. Denn: Ohne Beruf und Einkommen kommen sehr schnell existenzielle Probleme.

Die Ursachen, den Beruf nicht mehr ausüben zu können, haben sich im Laufe der Zeit verändert. Psychische Erkrankungen sind zum Spitzenreiter bei Gründen für eine Berufsunfähigkeit geworden. Nach der Statistik der Leistungsfälle der Deutschen Ärzteversicherung aus dem Jahr 2015 haben sich in der Zeit seit 2005 psychische Erkrankungen mit 31 Prozent der Fälle als Grund für eine Berufsunfähigkeit bei den Angehörigen der akademischen Heilberufe an die Spitze gesetzt (siehe Grafik). Physische Belastungen als Ursache traten in den Hintergrund. Das Risiko hat sich von der körperlichen Schwere der Arbeit abgekoppelt hin zu psychischen Erkrankungen – eine Folge zunehmenden Leistungsdrucks.

Eine private Absicherung einer möglichen Berufsunfähigkeit ist für Ärztinnen und Ärzte existenziell. Sie ergänzt optimal die Grundabsicherung der Versorgungswerke der Ärztekammern – auch und vor allem, da in der Mehrzahl der Fälle eine Teilberufsunfähigkeit vorliegt, bei der nur die private BU-Versicherung leistet.

Ratingagenturen geben gute Noten

Damit der Lebensstandard im Ernstfall wirklich zu halten ist, muss die Absicherung speziell auf die berufliche Situation des Arztes abgestimmt sein. Von unabhängigen Ratingagenturen wird die BU-Absicherung der Deutschen Ärzteversicherung empfohlen. So wurde die Berufsunfähigkeitsversicherung der Deutschen Ärzteversicherung von allen namhaften Ratingagenturen mit der Höchstbewertung zum wiederholten Mal ausgezeichnet. Die Ratingagentur Franke & Bornberg kommt zu dem Ergebnis, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung der Deutschen Ärzteversicherung im Leistungsfall die beste Unterstützung aller deutschen Versicherungen bietet. Mit dem Prädikat „ausgezeichnet“ bewertet die Ratingagentur Morgan & Morgan. Und Assekurata bescheinigt „besondere Fairness“ in der BU-Leistungsprüfung.

Von welchen Leistungen profitiert der Arzt

Versichert ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mediziner. Wer eine Arbeit außerhalb des Arztberufs aufnimmt, erhält bei bestehender Berufsunfähigkeit weiterhin seine Rente. Der Versicherungsschutz gilt ab 50 Prozent Berufsunfähigkeit – selbst wenn diese vorübergehend ist. Bei Pflegebedürftigkeit erfolgt die Leistung schon ab einem Pflegepunkt. Ein vollständiges Tätigkeitsverbot aufgrund des Infektionsschutzgesetzes ist abgesichert. Andere Versorgungsleitungen oder Zuverdienste werden nicht berücksichtigt.



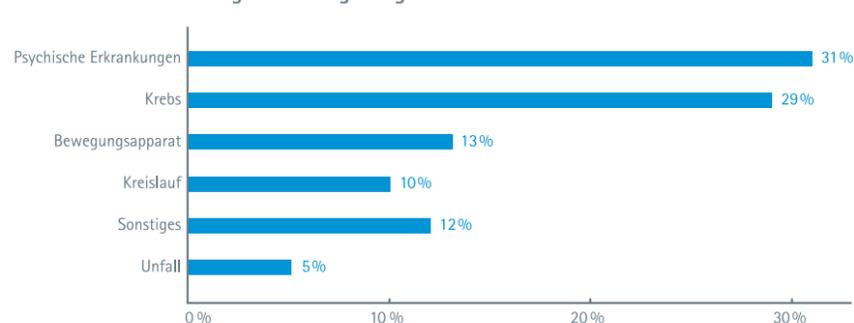
Kundenbeirat unterstützt

Im Schadensfall kommt es meist zu Auseinandersetzungen mit dem Versicherer, so die oft kolportierte Meinung. Mit dem Anspruch, ein Partner des Arztes zu sein, hat die Deutsche Ärzteversicherung eine strikt kundenorientierte Regelung. Dass die Kunden alle Leistungen bekommen, die ihnen zustehen, wird durch den Kundenbeirat der Deutschen Ärzteversicherung sichergestellt. Hier sind überwiegend Mediziner vertreten, die die spezielle Situation der akademischen Heilberufe genau kennen. Ihrem Rat ist die Deutsche Ärzteversicherung bei der Auszahlung von Leistungen bisher immer gefolgt. Dass die Deutsche Ärzteversicherung Fälle besonders transparent, kundenorientiert und kompetent regelt, bestätigte das unabhängige Ratingunternehmen Assekurata im Frühjahr 2017 und zeichnete die Deutsche Ärzteversicherung für „Fairness in der BU-Leistungsprüfung“ aus.

Weitere Informationen können unter www.aerzteversicherung.de oder telefonisch unter 0221 148 22700 angefordert werden.



Gründe für Berufsunfähigkeit bei Angehörigen der akademischen Heilberufe



Quelle: Statistik der Leistungsfälle seit 2005 bei der Deutschen Ärzteversicherung mit Stand 2015

Miamed: „Von Medizern für Mediziner“ Mit „Amboss für Ärzte“ schnell aktuelles Wissen nachschlagen

„Amboss“ erfreut sich immer größerer Beliebtheit unter Ärzten. Neben der Generation der „Digital Natives“, aus der heute bereits jeder vierte Assistenzarzt regelmäßig die Amboss-App aus der Kitteltasche zieht, um sich aktuellstes Wissen und praktischen Rat zu holen, entdecken deutsche Ärzte aller Generationen das leitliniengerechte Wissensprogramm für ihren klinischen Alltag und die Praxis: Insgesamt nutzen bereits über 170.000 Ärzte und Studierende die Plattform – Tendenz weiter steigend.

Gegründet wurde Miamed 2011 von den Ärzten Dr. Kenan Hasan, Dr. Madjid Salimi und Dr. Sievert Weiss – mit der Vision, die Aus- und Weiterbildung von Medizern in Deutschland zu verbessern. 2012 fiel der Startschuss für die webbasierte Wissensplattform „Amboss“ zur Vorbereitung auf das damalige „Hammerexamen“. Es folgte der Programmausbau für das Physikum sowie für die vor-klinischen und klinischen Semester. Der Weg bis zum umfassenden Programm für Ärzte (angestellt wie niedergelassen), in der leitliniengerechtes medizinisches Wissen aktuell, umfangreich und fächerübergreifend nutzbar gemacht wird, war lang und mühsam. „Wir sind trotz allem Zuspruch, Auszeichnungen und Erfolg mit ‚Amboss für Ärzte‘ noch am Anfang einer spannenden Weiterentwicklung“, so Madjid Salimi. „Bei der Entwicklung setzen wir auf die fachlichen und interdisziplinären Kompetenzen unserer mittlerweile über 100 Mitarbeiter, unter ihnen 60 Ärzte, die Vollzeit für Amboss arbeiten.“ In jedem Abschnitt der Produktentwicklung – beginnend bei Idee und Konzeption, über Design, Redaktion und Programmierung – wirken die Ärzte mit, um den spezifischen Ansprüchen der

Nutzergruppe gerecht zu werden. Aber auch die Anregungen und Wünsche der Nutzer werden einbezogen – getreu dem Miamed-Motto „Von Medizern für Mediziner“.

Nach Miamed-Angaben nutzt mittlerweile jeder vierte Assistenzarzt die App, die auch offline nutzbar ist. Täglich werden rund 25.000 Suchanfragen von Ärzten verzeichnet. Was ist das Besondere an „Amboss für Ärzte“? Im Klinik- und Praxisalltag müssen Ärzte schnell viel Wissen parat haben, für Bücher und lange Leitlinien fehlt die Zeit. Mit Amboss ist es in wenigen Schritten möglich, komplexe Sachverhalte aufzufrischen, fachfremde Themen zu verstehen oder Dosierungen nachzuschlagen. Ähnlich wie bei einer Google-Suche liefert Amboss Antworten auf gewünschte Fragestellungen für die Patientenversorgung und auch für die eigene Weiterbildung. Dabei findet das System schon nach Eingabe weniger Buchstaben passende medizinische Begriffe und schlägt dem Arzt assoziierte Themengebiete vor. Die umfangreichen Sachverhalte – inklusive Differentialdiagnose, Diagnosepfad und Medikamentendosierung – werden in strukturierter Textform und wo sinnvoll (z.B. bei Untersuchungsmethoden und pa-



International ist Miamed mit einem englischsprachigen Programmangebot aktiv. Das Interesse an der medizinischen Plattform „Made in Germany“ ist groß. Neben den USA als Hauptfokus nutzen bereits 60.000 Ärzte und Medizinstudierende aus 193 Ländern die Plattform.

thologischen Befunden) durch Bild- und Videomaterial vermittelt. Auch Online-Kurse (z.B. Sonografie, Vorbereitung auf Facharztprüfungen, „Auffrischkurse“ für Ärzte, deren Studium länger zurückliegt) gibt es.

Miamed arbeitet täglich daran, seine Wissensplattform auf dem aktuellsten Stand zu halten. Aktuellste Leitlinien werden in Kooperation mit Fachgesellschaften in das Programm eingespielt. Veränderungen werden regelmäßig an die Nutzer gespiegelt. Zukünftiges Ziel ist es, dass jeder Nutzer – passend zu seinem Profil – über Veränderungen in seinen Themenbereichen informiert wird. Ebenfalls ab dem Herbst im Programm: ein regelmäßiges Update zu medizinischen Studien, das von Experten erstellt wird.



Amboss kostenlos! Verlosung!

Der Hartmannbund bietet seinen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung die Möglichkeit, mit einem dreimonatigen kostenfreien Probe-Abo das Miamed-Produkt „Amboss für Ärzte“ zu testen. Interesse? Dann senden Sie uns eine Mail mit dem Betreff „Dreimonatiges Probeabo Amboss für Ärzte“ an redaktion@hartmannbund.de. Die ersten 50 Assistenzärzte, die sich melden, erhalten die entsprechenden Zugangsdaten. Des Weiteren verlosen Hartmannbund und Miamed gemeinsam für drei ärztliche Hartmannbund-Mitglieder und deren Station bzw. Praxis jeweils ein aktuelles iPad – ausgestattet und vorinstalliert mit einer kostenfreien Jahresfreischaltung für „Amboss für Ärzte“ sowie einer kostenfreien Abteilungslicenz zur parallelen Freischaltung für bis zu zehn Ärzte (auf deren persönlichen Mobiltelefonen). Und wie geht's? Schreiben Sie mit dem Betreff „iPad mit Amboss-Lizenz für meine Abteilung/Praxis“ eine Mail an redaktion@hartmannbund.de. Wir wünschen allen interessierten Mitgliedern viel Glück bei den Verlosungen. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Trennung einer Gemeinschaftspraxis

Realteilung ist nun auch mit Sachwertabfindung möglich



Der Autor Gunnar Aurin (Steuerberater im ETL ADVISION-Verband) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen
Kontakt: ETL ADVISA Dortmund,
etl-advisa-dortmund@etl.de,
www.etl.de/etl-advisa-dortmund, Tel: 0231 95047466

Schließen sich Ärzte zu einer Gemeinschaftspraxis zusammen, um gemeinsam von Vorteilen und Synergien zu profitieren, ist die Freude und Erwartungshaltung anfangs meist sehr groß. Doch in manchen Fällen kann ein solcher Zusammenschluss auch in einem Disaster enden – mit der Trennung kann es dann nicht schnell genug gehen. Was muss in einem solchen Fall beachtet werden?

Einer der Ärzte packt seine Koffer und verlässt die Gemeinschaftspraxis. Im Gepäck? Sein wertvollster Besitz: Die Akten seiner Patienten. Denn schließlich werden sich seine Stammpatienten auch weiterhin vertrauensvoll an ihn wenden – daran besteht kein Zweifel. Doch was bedeutet eine solche abrupte Trennung steuerlich?

Früher hätte der Steuerberater hier die Hände über dem Kopf zusammengeschlagen. Denn vor vollendete Tatsachen gestellt, war es in der Vergangenheit selbst für den Steuerexperten schwer, den Fall noch zu retten. Die Verwaltungsauffassung war in diesen Fällen zu eingefahren, um eine solche Trennung steuerneutral „abzuwickeln“. Glücklicherweise hat sich die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes (BFH) mittlerweile zu Gunsten der trennungswilligen Ärzte geändert. Die Wundermedizin für die steuerneutrale Trennung lautet: Re-

alteilung. Werden im Zuge der Realteilung einer Mitunternehmenspraxis Teilbetriebe, Mitunternehmeranteile oder einzelne Wirtschaftsgüter in das jeweilige Betriebsvermögen der einzelnen Mitunternehmer (Realteiler) übertragen, sind bei der Ermittlung des Gewinns der Mitunternehmenspraxis die Wirtschaftsgüter mit den jeweiligen Buchwerten anzusetzen. Der übernehmende Mitunternehmer ist an diese Werte gebunden. Allerdings ist bei der Übertragung von Einzelwirtschaftsgütern immer eine Sperrfrist zu beachten. Diese endet erst drei Jahre nach Abgabe der Steuererklärung für das Jahr, in dem die Realteilung erfolgte. Werden während der Sperrfrist Grundstücke oder andere wesentliche Betriebsgrundlagen veräußert, müssen rückwirkend die stillen Reserven aufgedeckt werden und Steuernachzahlungen drohen.

Das Bundesfinanzministerium legte die Regelungen zur Realteilung bisher recht restriktiv aus. So erkannte es eine steuerneutrale Realteilung nicht an, wenn die Mitunternehmenspraxis nicht wirklich aufgelöst und das gemeinschaftliche Vermögen (sog. Gesamthandsvermögen) unter den Mitunternehmern aufgeteilt wurde. Der BFH hatte dieser Sichtweise jedoch eine Absage erteilt, sodass auch nur einer der Mitunternehmer ausscheiden und die Gemeinschaftspraxis mit den verbleibenden Personen fortgeführt werden konnte, ohne dass stille Reserven aufgedeckt werden mussten (sogenannte unechte Realteilung). Weiterhin erkannte die Finanzverwaltung eine steuerneutrale Realteilung nur für den Fall an, in dem jeder Realteiler zumindest einen Teilbetrieb in seine neue Einzelpraxis übertrug. Dadurch wurden Realteilungen zu einem Drahtseilakt, da vom Steuerberater und den Realteilern mühsam Fakten und Argumente für etwas gesammelt werden mussten, was es gar nicht geben konnte: Zwei separat geführte Praxen. Denn der Zusammenschluss lebt ja gerade von der Idee, sich wesentliche Praxisgegenstände zu teilen und auch von einem gemeinschaftlichen Abrechnungssystem profitieren zu können. Der BFH wiederum urteilte nun auch hier milder. Er orientierte sich bei seiner Entscheidung an

der eindeutigen gesetzlichen Formulierung, wonach bei einer steuerneutralen Realteilung sowohl Teilbetriebe, Mitunternehmeranteile als auch einzelne Wirtschaftsgüter übertragen werden dürfen.

Die Sache hat jedoch einen kleinen Haken, denn die steuerneutrale Realteilung ist eine Pflichtveranstaltung: Sofern die Tatbestandsvoraussetzungen vorliegen, ist die Überführung der Wirtschaftsgüter zwingend steuerneutral. Das bedeutet, dass es kein Wahlrecht gibt, um die Wirtschaftsgüter in der neuen Einzelpraxis mit höheren Werten anzusetzen, was durch das dann höhere Abschreibungsvolumen in manchen Fällen durchaus sinnvoll sein kann.

Die Steuerneutralität gilt jedoch nicht in Höhe eines sogenannten Spitzenausgleichs. Dabei handelt es sich um eine Ausgleichszahlung aus dem Privatvermögen eines Realteilers an den anderen dafür, dass er wertmäßig mehr übernimmt. Da aber auch bei einer Realteilung mit Spitzenausgleich aufgrund des Buchwertzwangs keine stillen Reserven vergütet werden, handelt es sich hierbei um laufenden Gewinn (kein begünstigter Veräußerungsgewinn).

Liegt kein Spitzenausgleich vor, nimmt ein Arzt also lediglich seine Patientenakten und ein paar Praxisgegenstände oder auch liquide Mittel mit in sein neues Domizil, so ist dies ertragsteuerlich aus heutiger Sicht völlig unproblematisch, wenn diese Werte seinem Anteil an der Praxis entsprechen.

Allerdings kann die Umsatzsteuer zum Problem werden. Wird bei einer Realteilung ein Teilbetrieb übertragen, handelt es sich um eine Geschäftsveräußerung im Ganzen und es fällt keine Umsatzsteuer an. Anders, wenn einzelne Wirtschaftsgüter übertragen werden. Hier kann Umsatzsteuer entstehen. Das belastet den übernehmenden Arzt, soweit er nicht vorsteuerabzugsberechtigt ist.

Daher gilt: Besser im Guten getrennt als im Schlechten verstritten. Handeln Sie nicht überstürzt, wenn Sie eine BAG steueroptimiert real teilen möchten, sondern beziehen frühzeitig Ihren Steuerberater ein.

Weitere Informationen zum Thema erhalten Sie auch von Ihrem Hartmannbund. Kontakt: hb-info@hartmannbund.de.

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Medizinstudium im Ausland

Ohne Numerus Clausus und lange Wartezeiten

MediStart bietet seit vielen Jahren die Vermittlung von Medizinstudienplätzen in Länder der Europäischen Union an. Für einen geplanten Studienbeginn im Herbst 2018 sollte bereits jetzt der Kontakt zu MediStart aufgenommen werden.

Auch in diesem Jahr haben mehrere hundert Abiturienten über die Auslandsagentur MediStart ihren Studienplatz Humanmedizin, Zahnmedizin und Tiermedizin im europäischen Ausland ohne Numerus Clausus (NC) und Wartezeit erhalten. Darunter waren auch viele Kinder von Hartmannbund-Mitgliedern. „Die Nachfrage nach Studienplätzen im EU-Ausland wächst von Jahr zu Jahr“, sagt MediStart-Geschäftsführer Sebastian Ernsting, der zusammen mit Studienplatzberaterin Ann-Katrin Nadrau auch auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Freiburg informiert hat. Die hohe Nachfrage liegt nicht zuletzt an dem aus Sicht von MediStart ungerechten Studienplatz-Vergabesystem über die Stiftung für Hochschulzulassung „hochschulstart.de“. Auch sind die Lehrbedingungen an den MediStart-Partneruniversitäten in Wien, Breslau, Riga, Nikosia und Vilnius mit Kleingruppen und individueller Betreuung auf Spitzenniveau.



MediStart war in diesem Jahr auch mit einem Informationsstand auf dem Deutschen Ärztetag in Freiburg vertreten. Auf dem Bild zu sehen: MediStart-Studienplatzberaterin Ann-Katrin Nadrau und der Geschäftsführer von MediStart, Sebastian Ernsting.

Besonders stolz ist MediStart auf die hohen Erfolgsquoten: In Breslau hat MediStart in diesem Jahr eine Zulassungsquote von 100 Prozent erreicht. Auch in Wien wurden alle Bewerber des MediStart-College zugelassen. Frühzeitige Planung ist ein Schlüssel zum Erfolg. Wer zum Herbst 2018 begin-

nen möchte, sollte MediStart zeitnah – im Dezember 2017/Januar 2018 – beauftragen. Dies ist bereits vor dem Abitur möglich und sinnvoll.

Interessierte Mitglieder finden weiterführende Informationen auf der Homepage des Verbandes: www.hartmannbund.de.



In Rijeka/Kroatien gibt es einen neuen englischsprachigen Studiengang.

Gute Aussichten für das Jahr 2018

Wer MediStart früh beauftragt, ist bereits bei den ersten Aufnahmetests dabei. Besonders beliebt in diesem Jahr waren die amerikanische Privatuniversität in Nikosia/Zypern, Breslau/Polen sowie Vilnius/Litauen. In das Programm für das Jahr 2018 hat MediStart auch die Universität Rijeka/Kroatien aufgenommen.

„Der neue englischsprachige Studiengang in Rijeka ist bereits jetzt sehr beliebt“, berichtet MediStart-Studienplatzberaterin Ann-Katrin Nadrau. Kleine Gruppen, persönliche Betreuung und die Lage an der Adriaküste unterhalb von Venedig und Triest machen Rijeka zu einem echten Favoriten,

zumal viele Einwohner in Rijeka und der umliegenden Touristenregionen Deutsch sprechen.

Für das Sommersemester 2018 (Riga/Lettland und MediStart-College Wien/Österreich) sowie das Wintersemester 2018/19 (alle MediStart-Studienorte) nimmt MediStart ab sofort Vermittlungsaufträge entgegen. Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter www.medistart.de sowie telefonisch unter 040 41343660 angefordert werden. Hartmannbund-Mitglieder erhalten einen Rabatt. Mehr Informationen dazu erhalten Sie ebenfalls von MediStart.



MEDISTART
Medizin-Studienplätze ohne NC & Wartezeit
www.medistart.de

Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-11

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Christina Baden/Alke Seela-Kettschau/Reinhard H. Liedgens

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

PRAXISNACHFOLGE/STELLENANZEIGEN

Erfolgreiche Privatpraxis steht zum Verkauf

Verkauf einer erfolgreichen Privatklinik für Kardiologie, Umsatz: drei Millionen Euro, Gewinn: 700.000 Euro. Ein Ärzteteam ist vorhanden, Ansprechpartner: Dr. Wolfgang Walter Consulting GmbH, Bahnhofstraße 18, 69469 Weinheim, Kontakt telefonisch unter 06201 39580, Mail: Info@dr-walter-consulting.de.

Verstärkung für Hausarztpraxis gesucht

Für eine Hausarztpraxis im Landkreis Mansfeld-Südharz (alleinstehendes Haus mit Grundstück) mit sehr günstiger Verkehrsanbindung (A 38, A 71) wird eine/ein Allgemeinärztin/-arzt oder Internist/-in (hausarztfähig) zur Verstärkung und Kooperation gesucht. Wir stellen uns zunächst eine Tätigkeit in Teilzeit (mit der Option auf Vollzeit) vor. Es wird angestrebt, dass die Praxis durch die oder den Kollegin/-en in Zukunft übernommen und weitergeführt wird. Kontakt: Chiffre 085006.

Hausärztlich-internistische Praxis nahe Bonn abzugeben

Langjährig etablierte hausärztlich-internistische Praxis in stabiler Kleinstadt zwischen Bonn und Andernach aus Altersgründen zu sehr attraktiven Konditionen abzugeben. Großzügige Praxisräumlichkeiten, gute Möglichkeit für Gemeinschaftspraxis, Mietvertrag übernahmefähig. Etablierter Patientenstamm umfasst guten Privatanteil mit Ausbaupotenzial insbesondere bei Zuzahlung. Zurzeit 600 Scheine im Halbtagsbetrieb, können schnell wieder auf die gewohnten 800 bis 900 Scheine zurückgeführt werden. Effiziente Praxisausstattung lässt Gestaltungsspielraum. Lungenfunktion, EKG und Sonografie sind vorhanden. Hohe und familienfreundliche Lebensqualität, wenige Minuten

Fußweg zum Rheinufer, Kindergärten und Grundschule vor Ort, weiterführende Schulen in der näheren Umgebung, hervorragende Verkehrsanbindungen nach Bonn und Koblenz. Praxisübergabe und Einstieg sind flexibel gestaltbar, sinnvollerweise zeitnah. Weitere Informationen und Exposé-Download erhalten Interessierte unter www.goo.gl/RheuDk. Kontakt ist möglich über Jan Girndt, Mail: jg@jangirndt.de, Telefon: 01577-1900 797.

Kassenarztsitz in gynäkologischer Praxis wird frei

Zum 1. Januar 2018 wird ein Kassenarztsitz in meiner gynäkologischen Praxis im Rhein-Main-Gebiet/Main-Taunus-Kreis frei. Kontakt: Chiffre: 067197.

Allgemeinmedizinische Praxis abzugeben

Allgemeinmedizinische Praxis (Schwerpunkt Allergologie) bzw. KV-Sitz Allgemeinmedizin in Bonn abzugeben. Kontakt telefonisch unter 0228 530959.

Verstärkung für gynäkologische Praxis gesucht

Team einer gynäkologischen Praxis in Leipzig sucht nette/n Arzt/Ärztin zur Unterstützung. Arbeitszeiten und Stunden flexibel zu gestalten. Kontakt per Mail unter gynbewerbung@gmx.de.

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de. *Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?



www.hartmannbund.de

© contrastwerkstatt - fotolia.com

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY



Schutzkleidung



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

info@heisig.de

www.heisig.de

IMPRESSUM

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

Redaktion:
Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:
Michael Rauscher, Dr. Michael Vogt,
Dr. Rudolf G. Fitzner, Dr. Thomas Lipp

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

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

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

Satz und Lithos:
Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn

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

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

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

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

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

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

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

Titelfoto: © 123rf.de: macrovector & gigello

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Werkstattgespräch zur „Notfallversorgung in Deutschland“

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat am 7. September erstmals in seiner mehr als 30-jährigen Geschichte vor offizieller Übergabe eines Gutachtens einen Einblick in seine laufende Gutachtenarbeit gewährt: Im Rahmen eines Werkstattgesprächs wurden in Berlin Analysen zum Status quo sowie Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland vorgestellt. Zur Beurteilung der aktuellen Notfallversorgung hat der Sachverständigenrat zahlreiche nationale und internationale Beispiele und Konzepte verschiedener Institutionen bzw. Organisationen herangezogen. Vier Ratsmitglieder hatten sich zudem in Dänemark über die Umsetzung der weitreichenden Reformen der dortigen Krankenhaus- und Notfallversorgung informiert. Nach umfangreichen Überlegungen empfiehlt der Rat die Schaffung voll integrierter, regionaler Leitstellen, die über eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sein sollen und je nach Patientenanliegen die individuell beste Versorgungsoption wählen. Mehr Informationen finden Sie auf www.hartmannbund.de und www.svr-gesundheit.de.

Erstkontaktstellen sollen über Notfall entscheiden

Ob ein Notfall vorliegt oder nicht und welche Anlaufstelle die richtige ist – diese Frage sollten Patienten künftig über sogenannte Erstkontaktstellen klären können. Das geht aus einem Konzept des AQUA-Instituts im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung hervor. Dazu soll zum einen die bundesweite Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) bekannter gemacht und die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass der Bereitschaftsdienst auch rund um die Uhr angeboten werden kann, damit er zu jeder Zeit für Patienten erreichbar ist. Zum anderen empfiehlt das Konzept sogenannte gemeinsame Tresen: Anlaufstellen für alle Patienten, die eine Notaufnahme oder eine Notdienstpraxis aufsuchen möchten. Hier sollen qualifizierte Pflegekräfte anhand eines standardisierten Verfahrens eine Ersteinschätzung vornehmen, sprich entscheiden, ob die Patienten im Krankenhaus verbleiben oder in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden.

Mehr Gehalt für Medizinische Fachangestellte

Die Gehälter der Medizinischen Fachangestellten (MFA) steigen rückwirkend zum 1. April dieses Jahres um 2,6 Prozent und ab 1. April 2018 um weitere 2,2 Prozent. Darauf hatten sich bereits am 1. August der Verband medizinischer Fachberufe und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) geeinigt. Die Tarifpartner vereinbarten dazu einen neuen Gehaltstarifvertrag mit einer Laufzeit bis 31. März 2019 und einen neuen Manteltarifvertrag mit einer Laufzeit bis zum 31. Dezember 2020. Nach dem Ende der Erklärungsfrist treten beide Verträge nun in Kraft.

56,5 Millionen für die Antibiotika-Forschung

Deutschland und andere internationale Geldgeber stellen der im vergangenen Jahr von der Weltgesundheitsorganisation und der Initiative „Arzneimittel für vernachlässigte Krankheiten“ ins Leben gerufenen Global Antibiotic Research & Development Partnerschaft (GARDP) 56,5 Millionen Euro für die Entwicklung neuer Antibiotika zur Verfügung. Das Bundesgesundheitsministerium hat seine Mittel dafür von 1,35 auf 2,6 Millionen Euro für 2016 und 2017 angehoben, das Bundesforschungsministerium will über fünf Jahre jährlich zehn Millionen Euro bereitstellen.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de



KLEBEN STATT NÄHEN!

Um ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis zu erzielen, ist die traditionelle Wundversorgung nicht nur zeitraubend, sondern auch kostenintensiv. Eine Alternative für die klassische Nahttechnik bietet die Wundversorgung mit Gewebekleber.

Günstiger als Nadel und Faden

Obwohl diese Kleber schon seit vielen Jahren auf dem Markt sind, ist das Wissen darüber noch nicht sehr ausgeprägt. Noch immer wird angenommen, dass das Kleben von frischen Schnitt- und Platzwunden vor allem bei Kindern eingesetzt werden sollte, da man dabei auf eine Anästhesie verzichten kann und die Wundversorgung schnell, schmerzlos und ohne Stress für Mutter, Kind und Praxispersonal in kürzester Zeit erledigt werden kann. Es wird auch immer wieder behauptet, dass das Kleben einer Wunde viel teurer ist als die Versorgung mit Nadel und Faden. Diese Vorurteile werden mit dem Ethyl-2-Cyanoacrylatkleber EPIGLU® von Meyer-Haake widerlegt. Je nach Packungsgröße ist die Versorgung einer ca. 10 cm langen Wunde in 3 Schichten schon ab ca. 2,00 € zu realisieren.

Schnelle Heilung ohne Wunddehissenzen

EPIGLU® ist für alle Fachgebiete geeignet, da nicht nur Schnitt-, Platz- und Operationswunden versorgt werden können, sondern auch flächige Wunden nach der Entfernung von Hautläsionen wie flache Hautveränderungen, Naevi,

Warzen etc. Besonders in der plastischen Chirurgie hat der Kleber deshalb schnell Einzug gefunden. Nicht bekannt ist vielfach auch, dass Wunden, die bereits mit einer Naht versorgt wurden, mit EPIGLU® überzogen werden können. Scheuern durch Kleidung, besonders nach plastischen Operationen an der Mamma und im Bauchbereich, werden dadurch vermieden und die Wundheilung erfolgt schnell und ohne Wunddehissenzen. Da EPIGLU® auch auf der Mundschleimhaut haftet, ist der Kleber auch in diesem Fachbereich seit langer Zeit im Einsatz.

Keine Allergien

EPIGLU® fällt nach ca. 8–10 Tagen von selbst ab, ein weiterer Arzttermin zur Entfernung der Fäden ist deshalb nicht notwendig. Üblicherweise stellt sich

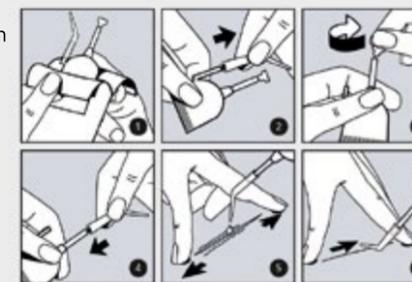
die Narbe dann nur noch als schmaler roter Strich dar, da es äußerst selten zu Keloiden kommt. Nach 22 Jahren weltweiter Marktpräsenz von EPIGLU® sind bisher keine Allergien bekannt geworden. Der Ethyl-2-Cyanoacrylat-Kleber EPIGLU® wird in Deutschland hergestellt, wie alle Produkte der Meyer-Haake GmbH.

EPIGLU® darf in keiner Praxis, Arztta-
sche oder Ihrer persönlichen Reiseapo-
theke fehlen! Gerne geben wir Ihnen
Gelegenheit den Kleber auszuprobieren.
Anruf, Telefax oder E-Mail genügt!
Schon nach einigen Tagen kommt die
Probe zu Ihnen.

Wir freuen uns auf Ihre
Kontaktaufnahme!

So einfach geht das Auftragen von
EPIGLU® mit den Single Dose Dosetten

1. Aluminiumbeutel öffnen
2. Pipette abziehen
3. Verschluss der Dosette abdrehen
4. Pipette aufstecken
5. EPIGLU® auf die Wunde auftropfen
6. Mit der abgeknickten Spitze der Pipette dünn ausstreichen
F E R T I G!



Meyer-Haake GmbH
Medical Innovations
Daimlerstraße 4
61239 Ober-Mörlen
Deutschland

+49 (0) 6002-99270-0
+49 (0) 6002-99270-22
info@meyer-haake.com
www.meyer-haake.com

»SCHON GEHÖRT?
BIS ZU 6 MONATE
BEITRAGSFREI!«



Berufsunfähigkeitsschutz mit FamilyPlus.

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

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

Jetzt beraten lassen: 0221 148-22700

www.aerzteversicherung.de/schon-gehoert