

Hartmannbund Magazin



Die neue Dynamik

Wie Kooperationen Versorgung verändern können



"Ärzte helfen Ärzten" – Jede Spende hilft!

60 Jahre – Unterstützung, Anteilnahme und praktizierte Kollegialität

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist der zentrale Gedanke der Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten"*. Seit mittlerweile 60 Jahren kümmert sich die Stiftung um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Ärztinnen und Ärzte und stellt ein einzigartiges caritatives Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar.

Die Stiftung hilft unbürokratisch und effektiv dort, wo Unterstützung dringend erforderlich ist.

Die Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" blickt auf beeindruckende 60 Jahre zurück, in denen Mitgefühl, Anteilnahme und praktizierte Kollegialität groß geschrieben

wurden. Außerdem setzt sich die Stiftung für die Kolleginnen und Kollegen und ihre Familien ein.

Wir würden uns freuen, wenn Sie der Stiftung weiterhin treu bleiben und mithelfen, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten", damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

VIELEN DANK

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Waltraud Diekhaus

Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" Ehrenmitglied der Medical Women's International Association

Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender der Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Online-Spende unter

www.aerzte-helfen-aerzten.de

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42 BIC DAAEDEDDXXX



Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" in Verbindung mit Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., NAV Virchow Bund e.V., Deutscher Ärztinnenbund e.V., Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (BDA), Deutscher Kassenarztverband e.V., Bundeszahnärztekammer, Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bundestierärztekammer

Editorial

liebe hollegimen,

in diesen Wochen und Monaten das Wort "Krise" in den Mund zu nehmen, das fällt schwer angesichts der dramatischen und tragischen Ereignisse, die wir erleben müssen – weltweit und ganz in unserer Nähe. Da ist man zurückhaltend mit Superlativen, da relativiert sich manch Alltägliches. Nennen wir es also eine – unter berufspolitischen Gesichtspunkten – schwierige Situation, in der sich die verfasste deutsche Ärzteschaft befindet und in die sie sich in großen Teilen selbst mutwillig und fahrlässig hineinbegeben hat. Mit noch nicht absehbaren Folgen für uns alle. Denn so, wie sich die innerärztliche Debatte – egal, ob in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder aber auch zum Thema neue GOÄ – derzeit präsentiert, laufen wir Gefahr, als ernstzunehmender Gesprächs- und Verhandlungspartner der Politik auszufallen. Das von manchen an dieser Debatte teilnehmenden Akteuren eingeforderte Wunschkonzert wird nicht nur niemals gespielt, sondern trägt auch zur nachhaltigen politischen Diskreditierung bei.

Gestalten statt spalten, ist man geneigt zu sagen, angesichts der vielen Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem steht, vor denen vor allem aber auch wir Ärzte stehen. Gemeinsam. Egal, ob Haus- oder Facharzt, ob ambulant oder stationär tätig. Das Tarifeinheitsgesetz gefährdet die arztspezifischen Tarifverträge unserer Kolleginnen und Kollegen an den Kliniken. Dagegen müssen wir gemeinsam etwas tun. Praxis-Aufkaufregelungen, ein ausgegorenes Antikorruptionsgesetz und stets neue Reglementierungen bedrohen die Freiheit des Arztberufes und gefährden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen vieler niedergelassener Kolleginnen und Kollegen – egal, ob Facharzt oder Hausarzt. Dagegen müssen wir gemeinsam etwas tun. Wir müssen wieder gemeinsam ärztliche Interessen vertreten, statt uns allzu schnell – wie zuletzt bei der Diskussion um Portalpraxen – in Verteilungskämpfen zu verlieren. Haben wir uns noch vor zehn Jahren in Berlin versammelt, untergehakt und jenseits aller Partikularinteressen gemeinsam gegen die ärztefeindliche Politik von Ulla Schmidt demonstriert, so beschäftigen wir uns heute überwiegend miteinander. Dabei können wir alle gemeinsam nur verlieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nicht Wunschkonzerte, sondern realisierbare und legitime Forderungen sollten wir als geschlossene Ärzteschaft formulieren. Dazu gehören aus unseren Reihen erarbeitete konkrete, wirklichkeitsnahe und gesellschaftlich konsensfähige Lösungskonzepte. Und dazu gehört das Anstoßen von Diskussionen, vor denen sich die Politik und Kassen gerne drücken. So wird der Hartmannbund im kommenden Jahr ein Konzept zur sinnvollen "Patientensteuerung" erarbeiten und vorlegen. An dieser Diskussion wollen wir Sie gerne beteiligen.

Bis dahin wünsche ich Ihnen an dieser Stelle aber zunächst einmal ruhige Weihnachtstage und einen guten Rutsch in 2016.

hobean Fine Ards



Dr. Klaus ReinhardtVorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

Editori

Editorial

Editoria

orial Editorial





Inhalt BERUFSAUSOBUNGSGENEINSCHAFTEN MEDITHISCHE VERSORGUNGSZENTREN INTEGRIERTE VERSONGUNG Ärztliche Kooperationsformen Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungs-

Das Interview Mit dem Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe

zentren, Praxisnetze, Integrierte Versorgung, Kooperationen mit Krankenhäusern. Aus Sicht der Politik sind diese und andere Kooperationsformen ein entscheidender Schlüssel zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung.

14 Politik Hartmannbund wünscht sich stärkere Rolle von Selbstverwaltung und Verbänden





Gastbeitrag Prof. Dr. Giovanni Maio zur ärztlichen Freiberuflichkeit

> 18 Niedergelassene Terminservicestellen: Erste Ansätze erkennbar

20 Angestellte Ärzte Massiver Nachwuchsmangel beim ÖGD



HB-Hauptversammlung in Berlin Kritische Auseinandersetzung mit der ärztlichen Selbstverwaltung

Film- und Fernsehpreis 28 "Der Arzt, der um die Ecke denkt" erhielt in diesem Jahr den Preis

HB-Stiftungen

"Ärzte helfen Ärzten" spendet 5.000 Euro für Flüchtlingsprojekt

HB-Intern 32 Jahresrückblick 2015

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 40

Impressum 42

Ärztliche Kooperationen sind auf dem Vormarsch

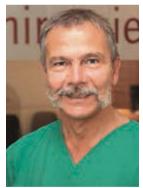
Vernetzte Versorgung ist wich

Weil sich die Städte immer größerer Beliebtheit erfreuen, durchlaufen die strukturschwachen Regionen einen Strukturwandel, der sich bekannterweise auch in der Gesundheitsversorgung niederschlägt. Von Seiten der Politik, Kommunen und ärztlichen Selbstverwaltung wurde darauf bereits vielfältig reagiert. Dafür stehen Schlagwörter wie die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung, die integrierte Versorgung oder ärztliche Kooperationsformen, die mit wachsender Dynamik die Versorgung verändern. Wir haben genauer hingeschaut, um an Beispielen zu belegen, wie diese "Werkzeuge" in der Praxis eingesetzt werden.

Schaut man sich in Deutschland um, hat man den Eindruck, dass die "Werkzeuge" bereits ganz gut eingesetzt werden, denn es gibt bundesweit eine Vielzahl ärztlicher Kooperationsformen – Berufsausübungsgemeinschaften wie die Gemeinschaftspraxis oder das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ), Organisationsgemeinschaften wie Praxis- und Apparategemeinschaften oder Ärztehäuser, Praxisnetze, Formen der integrierten Versorgung und auch Kooperationen mit Krankenhäusern wie zum Beispiel die Übernahme vorund nachstationärer Leistungen durch Vertragsärzte, die Anlaufpraxis oder die Zusammenarbeit mit Beleg- und Konsiliarärzten.

In den vergangenen Jahren stießen insbesondere die MVZ als eine Form der Berufsausübungsgemeinschaften, aber auch Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser, Zweigpraxen und Praxisnetze auf großes Interesse bei den niedergelassenen Ärzten. So gibt es bundesweit zum Beispiel mittlerweile mehr als 400 Praxisnetze mit unterschiedlichem Organisationsgrad, von denen 30 Netze von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V bereits zertifiziert werden konnten und damit laut Vorgabe des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (vom Juli 2015) in den Genuss

Genau an der Sektorengrenze



Dr. Matthias Bausch

Arbeitsmittelpunkt des Chirurgen Dr. Matthias Bausch ist eine Gemeinschaftspraxis, die er mit einem Kollegen am St. Elisabeth-Krankenhaus Lahnstein in Rheinland-Pfalz als chirurgische Ambulanz inklusive Belegabteilung betreibt. "Wir sitzen genau an der Sektorengrenze, sind also sozusagen Dreh- und Angelpunkt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung", beschreibt der niedergelassene Arzt sein "Versorgungsmodell".

In dieses ist der 60-Jährige eher überraschend hineingeraten. Im Jahr

1998 war Matthias Bausch, der noch kurz vor der Wende die damalige DDR verlassen und in Westdeutschland neu anfangen musste, Facharzt für Chirurgie am Universitätsklinikum Gießen. Er bewarb sich auf eine Chefarztstelle am St. Elisabeth-Krankenhaus Lahnstein und erhielt das Angebot, die geplante chirurgische Belegabteilung zu leiten. Der gebürtige Leipziger hatte keine richtige Vorstellung von dem, was ihn da erwartete, schlug aber trotzdem ein.

Und so wurde die damalige chirurgische Hauptabteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses in eine Belegabteilung umgewandelt: mit 36 Betten, zwei Fachärzten, die niedergelassen arbeiteten, damals sechs Assistenzärzten sowie weiteren sieben Mitarbeitern. In den vorhandenen Räumlichkeiten durfte sich Matthias Bausch eine chirurgische Praxis einrichten. Den OP-Bereich des Krankenhauses konnte er für das stationäre Operieren nutzen – in diesem Fall mit Klinikpersonal – und zum ambulanten Operieren trat er mit eigenem Personal an. Diese am Anfang gewöhnungsbedürftige Struktur



ist bis heute so erhalten geblieben, nur die Zahl der Assistenzärz- te hat sich verringert. "Das war letztlich wirtschaftlich nicht mehr abzubilden. Trotzdem können wir bis heute das gesamte Spektrum abdecken und die stationäre wie auch ambulante Versorgung gewährleisten. Mittlerweile haben wir sogar wieder Weiterbildungsassistenten", so Matthias Bausch.

Aktuell kreisen seine Gedanken sogar um die Gründung einer Filialpraxis etwa zehn Kilometer von der Stammpraxis entfernt. Sein Ziel ist es, den Patienten vor Ort eine flächendeckende Versorgung anzubieten, damit diese nicht in weiter entfernte Krankenhäuser gehen müssen. "Wir arbeiten nicht schlechter als die Maximalversorger in den größeren Städten, aber bei uns ist der Patient keine Nummer", nennt Matthias Bausch, der sich für den Hartmannbund als Bezirksvorsitzender in Koblenz engagiert, einen Vorteil von Versorgungsmodellen, wie er eines betreibt. Voraussetzung für ein gutes Gelingen sei der intensive Kontakt zu den Hausärzten der Region. Diese müssen wissen, dass es "sozusagen gleich um die Ecke" Fachärzte gibt, die ebenso gute Leistungen anbieten wie die Krankenhäuser und den Patienten lange Wege ersparen.

"Möglich geworden ist dies durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Dieses Gesetz bietet uns Ärzten die verschiedensten Kooperationsformen, die aus meiner Sicht sehr wichtig geworden sind. Es sind viele intelligente Modelle möglich, die den Patienten zugute kommen und sich auch für die Ärzte rechnen."

tiges Zukunftsmodell

einer besonderen Förderung kommen. Ziel dieser Anerkennung ist es, die Zusammenarbeit teilnehmender Ärzte, insbesondere im ländlichen Raum, zu fördern und die Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen durch eine verbindliche Vergütungsregelung weiterzuentwickeln. Von dieser Maßnahme verspricht sich der Gesetzgeber, dass die Versorgung in strukturschwachen Gebieten weiter verbessert wird.

Immer mehr Ärzte arbeiten im MVZ

Einen großen Schritt weiter ist die Politik bereits mit den MVZ. Diese Versorgungsform hat der Gesetzgeber bereits im Jahr 2004 mit dem damaligen GKV-Modernisierungsgesetz geschaffen. Zehn Jahre später, Ende 2014, waren bundesweit bereits mehr als 2.000 MVZ zugelassen – in städtischen Regionen ebenso wie in ländlichen Gemeinden, wobei der Anteil auf dem Land mit rund 14 Prozent noch gering ist. Die Mehrzahl der MVZ gründete sich bisher in Kernstädten sowie in Ober- und Mittelzentren. An der Gründung und Trägerschaft waren überwiegend Vertragsärzte (40,7 Prozent) und Krankenhäuser (38,4 Prozent) beteiligt (sonstige Träger 20,9 Prozent). Die durchschnittliche Größe der MVZ

liegt bei 6,5 Ärzten. Hausärzte, fachärztliche Internisten und Chirurgen sind die am häufigsten vertretenden Fachgruppen in den MVZ.

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) steigt auch die Anzahl der in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ tätigen Ärzte deutlich stärker an als in den Einzelpraxen, Im Jahr 2014 waren etwa 42 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten in der Vertragsärztlichen Versorgung in kooperativen Strukturen tätig - Tendenz steigend. Insbesondere bei den Chirurgen, Radiologen und Ärzten der gesonderten fachärztlichen Versorgung (z.B. Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Pathologen) war der Anteil laut KBV zuletzt besonders hoch.

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten praktizieren hingegen fast ausschließlich in Einzelpraxen – nur rund acht Prozent arbeiteten 2014 in Berufsausübungsgemeinschaften oder anderen Einrichtungen. Ebenfalls zu beobachten: Bei Ärzten, die eine Anstellung bevorzugen, werden MVZ immer beliebter. Deren Zahl steigt seit 2006 sogar stärker an als die Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte. Zum 31. Dezember 2014 arbeiteten mehr als 12.000 Ärzte in einem MVZ.

Mit dem bereits erwähnten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden darüber hinaus die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gründung von MVZ weiterentwickelt. So wurde unter anderem die Gründungsbefugnis auf Kommunen ausgeweitet, die dadurch die Möglichkeit erhalten sollen, die Versorgung vor Ort aktiv mitzugestalten. Auch facharztgleiche MVZ wie beispielsweise reine Hausarzt-MVZ sind inzwischen möglich.

Gröhe: Die Politik hat ihre Hausaufgaben gemacht

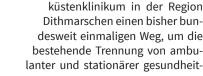
"Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz haben wir weitere wichtige 'Instrumente' in den 'Werkzeugkasten' der Selbstverwaltung gelegt, mit denen Kooperationsformen genauso wie Niederlassungen oder die Gründung von Zweigpraxen besser gefördert werden können", äußert sich Bundesgesundheitsminister Hermann

Gröhe zu diesem Thema gegenüber dem Hartmannbund-Magazin in einem Interview (ausführlich auf den Seiten 12/13).

Die Politik habe ihre Hausaufgaben gemacht. Jetzt seien die Akteure vor Ort gefordert, die Werkzeuge zu nutzen.

Dies gilt aus Gröhes Sicht auch beim Ausbau der

auch beim Ausbau der integrierten gung. Hier müsse die gute Behandlung der Patienten Mittelpunkt stehen und nicht Fach- und Sektorengrenzen. Dieser Wunsch des Bundesgesundheitsministers wird in Schleswig-Holstein zum Beispiel bereits umgesetzt. Im Rahmen eines bundesweiten Modellprojektes gehen die Landesregierung, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und das West-



© M Studio - fotolia.com

licher Versorgung in der Region zu verzahnen. Bis zum Jahr 2018 soll das Krankenhaus Brunsbüttel, einer von zwei Standorten des Westküstenklinikums, für rund 18 Millionen Euro in ein Integriertes Versorgungszentrum (IVZ) umgewandelt werden.

"Die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Dithmarschen sinkt kontinuierlich. Bis zum Jahr 2020 werden in der Region laut Prognosen der Kassenärztlichen Vereinigung weniger als 50 Prozent der hausärztlichen Planstellen besetzt sein. Und im Krankenhaus Brunsbüttel arbeitet die chirurgische Abteilung seit Jahren nicht mehr kostendeckend und musste das Haus bereits Sicherstellungszuschläge beantragen", fasst die Geschäftsführerin der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, Dr. Anke Lasserre, die seit einigen Jahren prekäre Lage zusammen. "Im Jahr 2014 war uns klar, dass es so nicht mehr weiter gehen konnte. Das Krankenhaus Brunsbüttel arbeitete zu lange defizitiär und die Strukturen der ambulanten Versorgung wurden immer dünner. Wir mussten handeln."

Optimale Abläufe zwischen ambulant und stationär

Das taten die genannten Plaver dann auch und ziehen seit einem Jahr an einem Strang. Die Lösung sieht wie folgt aus: In einer ersten Bauphase wird das bestehende Klinikgebäude, in dem bereits heute ein MVZ mit neun niedergelassenen Fachärzten sowie mehrere selbständige Fachärzte und therapeutische Praxen praktizieren, um einen mehrgeschossigen Anbau erweitert. So sollen zusätzliche Möglichkeiten und optimale Abläufe zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen werden. In einer zweiten Bauphase werden unter anderem zusätzliche Facharztpraxen innerhalb des Klinikgebäudes untergebracht (geplant sind fünf weitere Vertragsarztsitze). Außerdem entstehen eine neue, interdisziplinäre Notaufnahme und eine Intermediate Care Station für Patienten. "Die Intensivstation werden wir in Brunsbüttel schließen und die Versorgung an unserem 35 Kilometer entfernten Standort in Heide übernehmen", beschreibt Anke Lasserre das Konzept weiter. Die Chirurgie in Brunsbüttel werde verkleinert, dafür werden die Innere Medizin und die Geriatrie wachsen.

Die niedergelassenen Ärzte im Klinik-MVZ und der Region werden bereits jetzt eng in das Projekt eingebunden. Außerdem werden Gespräche mit denjenigen Ärzten geführt, die Interesse haben, ihre Praxen in das IVZ zu verlegen. Gesucht werden Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Radiologie, Innere Medizin, Orthopädie und Anästhesie. Des Weiteren soll es eine Dialysepraxis geben.

Modellprojekt rettet Versorgung in gesamter Region

Eine der Hauptaufgaben des Integrierten Versorgungszentrums wird es sein, durch das Zusammengehen von ambulanter und stationärer Versorgung die Behandlungsabläufe zu optimieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Patienten sollen ambulant als auch stationär vom selben Arzt behandelt und aufeinander abgestimmte Kommunikations- und Dokumentationssysteme übersichtlich und nachhaltig aus einer Hand geführt werden.

Anke Lasserre glaubt an den Erfolg dieses Modellprojekts, das Vorbild für andere strukturschwächere Regionen in Schleswig-Holstein, aber auch für ganz Deutschland werden könnte. Im Kleinen gedacht – also in der Region Dithmarschen – konnte mit diesem Projekt die Existenz eines Krankenhauses gerettet und die Versorgung der Patienten gesichert werden. Auch dem ärztlichen Nachwuchs steht man in Brunsbüttel offen gegenüber. Allein in der Allgemeinmedizin wird es aus Sicht des Westküstenklinikums durch die Verschmelzung von ambulanter und stationärer Versorgung hervorragende Ausbildungsmöglichkeiten geben.

Im Übrigen ist Schleswig-Holstein auch im Bereich anderer ärztlicher Kooperationsformen bereits recht weit gekommen. Aktuell gibt es laut der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein neben 2.290 Einzelpraxen bereits 860 Berufsausübungsgemeinschaften, 190 Zweigpraxen und 73 Medizinische Versorgungszentren. Von 21 Praxisnetzen wurden bereits acht durch die KV zertifiziert. Das lässt hoffen, wenn man einen Blick auf die aktuellen Ärztezahlen wirft: Ein gutes Drittel der niedergelassenen Ärzte (1.986 Hausärzte und 2.437 Fachärzte) ist über 60 Jahre alt und sucht in den kommenden Jahren einen Nachfolger. (DA)

Ärztliche Kooperationsformen

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG): Ärzte und Psychotherapeuten können sich zu einer BAG zusammenschließen. Sie behandeln die Patienten gemeinsam und haben einen gemeinsamen Praxissitz, nutzen Räumlichkeiten, Personal und Geräte zusammen. Die BAG kann von Vertragsärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrguppen gebildet werden. Zusätzlich ist dies überörtlich (auch KV-übergreifend) und als Teil-BAG möglich.

Praxisgemeinschaft: Hier schließen sich Ärzte und/oder Psychotherapeuten mit dem Ziel zusammen, Räume, Geräte und Personal gemeinsam zu nutzen. Die Berufsausübung erfolgt im Gegensatz zur BAG nicht gemeinsam. Die Praxen bleiben wirtschaftlich getrennt.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): Sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte und Psychothera-

peuten unterschiedlicher und gleicher Fachrichtungen arbeiten können. Die Ärzte sind selbständig oder angestellt. Administrative und organisatorische Aufgaben werden gebündelt und zentral von nichtärztlichem Personal erlediat.

Praxisnetze: Sind regionale Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten. Ihre Vielfalt reicht von Qualitätszirkeln bis zu professionell vernetzten Strukturen. Die Selbständigkeit der Praxen bleibt bestehen. Praxisnetze können gefördert werden, wenn sie von der jeweiligen KV anerkannt werden. Voraussetzungen: mindestens 20 bis maximal 100 Praxen, seit mindestens drei Jahren bestehendes Netz, Rechtsform, klar formulierte Ziele, professionelles Management etc.

Informationen zu weiteren Kooperationsformen erhalten Sie von den Beratern des Hartmannbundes. Siehe Seite 10.



19 Menschen arbeiten derzeit im Gesundheitshaus Mirow. Mitten drin die Initiatorin Dr. Uta Arndt (4.v.l.).

Viel mehr als nur ein Ärztehaus

Die Stadt Mirow liegt inmitten einer Wald- und Seenlandschaft Mecklenburg-Vorpommerns. Ein Paradies für Touristen, aber – wie in den meisten ländlich geprägten Regionen – kein erstrebenswerter Lebensmittelpunkt für Ärzte. 120 Kilometer von Rostock, 160 Kilometer von Berlin und 25 Kilometer vom nächsten Krankenhaus der Grundversorgung entfernt, gehört Mirow mit seinen 4.000 Einwohnern zu der Ortskategorie, die vom ärztlichen Nachwuchs gemieden wird. Doch allen Prognosen zum Trotz hat die 56-jährige Kinderärztin Dr. Uta Arndt bereits heute eine Nachfolgerin gefunden, ebenso wie ihre Kollegin, mit der sie seit 1991 die ärztliche Versorgung im Gesundheitshaus Mirow organisiert.

Ursprünglich sah das mal anders aus. Seit 1986 lebt Uta Arndt in Mirow. Ihre Facharztausbildung zur Kinder- und Jugendmedizinerin hat sie zu DDR-Zeiten an der Charité Berlin, an den Universitäten Greifswald und Rostock, im damaligen Kreiskrankenhaus Neustrelitz sowie im früheren Landambulatorium Mirow absolviert. Dann kam die Wende und das Landambulatorium, wo sie zuletzt tätig war, wurde abgewickelt. Die Ärztin Uta Arndt wurde mit Anfang 30 arbeitslos und musste sich komplett neu orientieren.

Weil sie aus familiären Gründen in Mirow bleiben wollte, sprang Uta Arndt ins kalte Wasser, kaufte 1990 eine Immobilie und ließ sich als praktische Ärztin nieder, was bis heute der Fall ist. Und da sie bereits damals wusste, dass sie nicht allein arbeiten möchte, freute sie sich umso mehr, dass sich zeitgleich am selben Standort eine Allgemeinmedizinerin niederließ. Eine Röntgenanlage wurde installiert. Später kam eine Physiotherapiepraxis hinzu. Im Rahmen des Projektes "Gesundheitshaus Mirow" eröffneten vor zwei Jahren eine Psychotherapie, eine medizinische Fußpflege und Beratungsstellen (u.a. Suchtberatung). Uta Arndt selbst stellte 2013 einen Facharzt für Innere Medizin ein, der nach Jahren in eigener Praxis nur noch Teilzeit arbeiten wollte, und bildete sich außerdem weiter, um ihren Patienten neben ihrem Tätigkeitsfeld als Fachärztin für Kinderheilkunde weitere ärztliche Leistungen wie die Fachkunden Chirotherapie, Psychosomatik, Naturheilverfahren und Akupunktur anbieten zu können.



Am Ende all dieser Entwicklungen steht das "Gesundheitshaus Mirow" – ein modernes medizinisches Zentrum mit komfortablen Behandlungs- und Arbeitsbedingungen, die einen ganzheitlichen und umfangreichen Therapieansatz ermöglichen. "So können wir unseren Patienten individuelle Behandlungskonzepte anbieten und die Qualität des Ergebnisses für die Patienten optimieren. Weite Wege bleiben ihnen erspart", bilanziert Uta Arndt, im Übrigen seit vielen Jahren auch Hartmannbund-Mitglied, rückblickend die Entwicklung des Gesundheitshauses. Dieses bietet ebenso Raum für Therapeuten mit Kursen jeglicher Art, wie medizinische Trainingstherapie, Yoga, autogenes Training und Rückenschule. Außerdem befinden sich eine Lehrküche im hauseigenen Bistro sowie eine Apotheke im Erdgeschoss. Im Obergeschoss gibt es sechs Appartements, die Gästen als auch Patienten zur Verfügung stehen.

"Mittlerweile hat sich herumgesprochen, dass wir viel mehr sind als ein Ärztehaus. Wir sind ein Haus der integrierten Versorgung und damit erfolgreich", so Uta Arndt, die aktuell allen Grund zur Freude hat. Zwei junge Ärztinnen sind daran interessiert, im Mirower Gesundheitshaus zu arbeiten. Auch ein junger Arzt habe sich kürzlich gemeldet. Das Krankenhaus Neustrelitz hat eine Hebamme geschickt, ein Facharzt für Orthopädie hat im Gesundheitshaus eine Zweigstelle eröffnet und auch eine Schmerztherapeutin habe sich bereits angemeldet. "Wenn das so weitergeht, haben wir bald keinen Platz mehr", sagt Uta Arndt nicht ganz ohne Stolz, wenn sie daran denkt, wie alles begann.

Vom kleinen Netz zum großen

Allein arbeiten wollte Dr. Hendrik Oen nie, deshalb hat er sich bereits vor seiner Niederlassung in Münster entschieden, dies im Team zu tun. "Mir war der kollegiale Austausch immer wichtig, die kurzen Wege zu anderen Ärzten, um Patientenfälle besprechen zu können, Diagnosen auszutauschen oder gemeinsam Ideen zu entwickeln", nennt der 46-Jährige einen von vielen Gründen, warum das Arbeiten im Team auch in der ambulanten Versorgung unentbehrlich ist. Seit vielen Jahren arbeitet der Facharzt für Innere Medizin zusammen mit seinem Bruder, einem Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Gemeinsam betreiben sie eine Gemeinschaftspraxis an verschiedenen Standorten in Münster, an denen acht Ärzte (Innere Medizin und Urologie) angestellt sind.

Die guten Erfahrungen der ärztlichen Vernetzung im Kleinen machten Mut zur Vernetzung im Großen. Und so schlossen sich die Brüder gemeinsam mit anderen Ärzten in Münster vor zehn Jahren zu einem Hausarztnetz zusammen, um die regionale und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern sowie innerärztlich intensiver zu kooperieren. "Viele Hausärzte haben damals gesagt, dass sie sich der Gemeinschaft anschließen wollen", erinnert sich Hendrik Oen an die Anfänge, als der Hausärzteverbund Münster (HVM) schnell auf 100 Ärzte anwuchs und sich Ziele auf die Fahnen schrieb wie die bestmögliche, hochqualitative und wohnortnahe Patientenversorgung zu gewährleisten, mit Fachärzten und Kliniken zu kooperieren, den ärztlichen Nachwuchs zu fördern und die "Netz-Ärzte" fortzubilden – inklusive jährlichem Hausärztetag und Fortbildungswochen.

Heute kann Hendrik Oen in seiner Funktion als Vorstandsmitglied des HVM eine positive Bilanz ziehen. "Wir haben in den

Beratungen zum Thema

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern zu allen rechtlichen Fragestellungen eine individuelle und kostenlose Beratung an, den in Kliniken tätigen Ärzten ebenso wie den Ärzten in der Niederlassung. Auch zum Thema "Ärztliche Kooperationsformen" gibt es umfassende Beratungsmöglichkeiten. Darüber hinaus bieten die zuständigen Kollegen Merkblätter an. Im Fall der "Ärztlichen Kooperationsformen" sind dies:

- M 2 Möglichkeiten gemeinsamer ärztlicher Berufsausübung
- 18 Neue Spielraume für die Berufsausubung
- 1 4 Meaizinische versorgungszentren
- I 6 Integrierte Versorgung

Die Merkblätter können sich Hartmannbund-Mitglieder über den Login-Bereich der Homepage downloaden. Oder Sie schreiben eine E-Mail an hb-info@hartmannbund.de. Hier können Sie auch Ihre Beratunaswünsche übermitteln.



vergangenen Jahren viele Projekte auf die Beine gestellt." So arbeitet der Verbund zum Beispiel gemeinsam mit vier anderen Netzen, dem Land Nordrhein-Westfalen, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen an der Entwicklung eines landesweiten Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung in den Pflegeheimen. Gemeinsam mit der AOK bediente der HVM schon vor Jahren einen ähnlichen Vertrag zur integrierten Versorgung von Pflegeheimpatienten in Münster. Hierzu stellte der HVM mit seinen Mitgliedern ein ambulantes Versorgungsnetz sicher, dass es den Pflegeheimen erlaubt, immer auf einen Arzt zurückgreifen zu können - im Rahmen einer Visite und der Notfallversorgung. So können unnötige Einweisungen in ein Krankenhaus verringert werden. Im Frühjahr 2011 hat der HVM gemeinsam mit Kliniken und der Ärztekammer den Weiterbildungsverbund Münster gegründet, um damit auf die Nachwuchsprobleme bei Hausärzten zu reagieren. Und hinsichtlich der Einführung einer "Elektronischen Patientenakte" stecken die HVM-Ärzte aktuell mitten in der Diskussion.

"Nach unserer Auffassung wird nur die regionale Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Behandlungsebenen in der Lage sein, sich den Veränderungen im Gesundheitswesen zu stellen, die medizinische Versorgung in ihrer Qualität und Vielfalt zu erhalten und Zukunftsperspektiven aufzubauen", ist Hendrik Oen von dem Weg, den die Ärzte in Münster gehen, überzeugt.

Neben dem Hausärztenetz hat sich auch ein Facharztnetz – die Facharztinitiative Münster – etabliert. Beide Netze haben sich 2009 wiederum zum Dachverband "Medis Münster" zusammengeschlossen, der gegründet wurde, um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung qualitativ fortzuentwickeln und zu verbessern und die Mitglieder bei der Interessenvertretung und kollegialen Zusammenarbeit zu unterstützen. Einige gemeinsame Projekte wurden auch hier bereits initiiert, z.B. ein EDV-Vertrag. "In diesem sind aktuell 49 Kollegen vernetzt, die standardisierte Patienteninformationen untereinander austauschen", beschreibt Hendrik Oen einen Vorteil. Hierbei handele es sich um eine dezentrale digitale Patientenakte. Jeder Arzt bleibe selbstverständlich Herr seiner Daten.

"Wir haben in all unseren Bemühungen, uns in Münster ärztlich

zu vernetzen, die Notwendigkeit gesehen, gemeinsam zu arbeiten und zu kooperieren. Ärztliche Kooperationen werden aus unserer Sicht immer wichtiger", ist Hendrik Oen überzeugt von den Netzinitiativen der vergangenen Jahre, und das, obwohl Münster eine der höchsten Arztdichten in ganz Deutschland aufweist. Dass die Netzarbeit erfolgreich ist, zeigte im Juni auch die Anerkennung durch die KV Westfalen-Lippe von "Medis Münster" als Praxisnetz nach § 87 b Absatz 4 SGB V – als eines der ersten Netze bundesweit.



Dr. Hendrik Oen

BGH-Entscheidung zu Teilgemeinschaftspraxen

Kammern passen Berufsordnungen an

Nachdem der Bundesgerichtshof (BGH) vor gut anderthalb Jahren das in der baden-württembergischen Berufsordnung enthaltene pauschale Verbot von Teilberufsausübungsgemeinschaften bezogen auf die Erbringung medizinisch-technischer Leistungen als verfassungswidrig einstufte (wir berichteten in der Ausgabe 3/2014), ist Zeit für eine Bestandsaufnahme. Wie haben Landesärztekammern und Bundesärztekammer auf die Rechtsprechung reagiert?



Der BGH stufte im Mai 2014 das berufsrechtliche Verbot der Bildung von Teilberufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) mit Radiologen in seiner pauschalen Form als verfassungswidrig ein. Ein solch abstraktes Verbot - wie in § 18 Absatz 1 Satz 3 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg formuliert - verstoße nach Ansicht der Karlsruher Richter sowohl gegen die Berufsausübungsfreiheit als auch den Gleichbehandlungsgrundsatz. Dass ein solcher Zusammenschluss per se den Tatbestand der unerlaubten Zuweisung erfülle, sei als Unterstellung ungerechtfertigt. Im Grunde ebnete dieses Urteil Ärzten schon seit seiner Verkündung den Weg für Kooperationen mit Methodenfächern bezogen auf einzelne Leistungen. Es ist jedoch erforderlich, dass die meisten Landesärztekammern (LÄK) eine verbindliche Anpassung ihrer Länderberufsordnungen vornehmen.

Den Anfang machte das von der Rechtsprechung unmittelbar betroffene Bundesland; bereits Ende Juli 2014 ließ die Vertreterversammlung der LÄK Baden-Württemberg die betreffende Passage des § 18 aus ihrer Berufsordnung streichen. Der 118. Deutsche Ärztetag beschloss im Mai 2015 die Änderung der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und ließ § 18 Absatz 1 Satz 3 1. Fall MBO-Ä ebenfalls aus verfassungsrechtlichen Gründen streichen. In Hessen und Schleswig-Holstein wurden noch Ende des Jahres 2015 die Berufsordnungen vom Pauschalverbot befreit. In Berlin hingegen bestand kein Grund zur Nachbesserung, denn die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin enthielt seit jeher eine sehr weite Rechtsgrundla-

ge. Pauschale Einschränkungen in Bezug auf Methodenfächer gab es von vornherein nicht. Auch in Rheinland-Pfalz und Hamburg wurden in einem neu eingefügten Absatz 1a des § 18 separate Definitionen zulässiger Teil-BAG vorgenommen, die bereits der Rechtsprechung entsprachen. Die Vertreterversammlung der LÄK Bay**ern** beschritt einen Sonderweg, indem sie statt der ursprünglichen Formulierung "Eine Umgehung liegt insbesondere dann vor (...)" die Formulierung "Eine Umgehung kann insbesondere dann vorliegen (...)" wählte, sodass mit dieser Aufweichung die Erwähnung von medizinisch-technischen Leistungen stehen bleiben konnte. Diesen Änderungsvorschlag zu einer Kann-Regelung hatten die Bayern bereits Ende 2014 in den Berufsordnungsausschuss der Bundesärztekammer eingebracht, fanden damit jedoch keine Zustimmung. In den LÄK-Bereichen Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Westfalen-Lippe haben die Kammerversammlungen die Thematik noch dieses Jahr auf ihrer Tagesordnung, sodass eine Änderung zum Jahresanfang 2016 zu erwarten ist. In Bremen, Nordrhein, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Sachsen, Thüringen und im Saarland lassen die rechtlichen Implikationen des BGH-Urteils nach wie vor auf sich warten.

Für sämtliche Kammerbereiche gilt auch nach der Streichung des abstrakten Verbots von Teil-BAG für medizinisch-technische Leistungen, dass bei der Gründung und Umsetzung auf eine leistungsgerechte Gewinnverteilung geachtet werden muss, um keine unzulässigen "Kick-back-Konstellationen" (Zuweisung gegen Entgelt) zu schaffen. (SH)

Anzeige





Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zum Thema Kooperationen

Jetzt sind Mut und Kreativität aller Beteiligten vor Ort gefragt

Noch immer steuert Deutschland auf einen Ärztemangel vor allem in den strukturschwächeren Regionen zu. Mittlerweile scheint der "Werkzeugkasten" mit einer Fülle von Kooperationsformen und Anreizsystemen gut gefüllt zu sein. Doch noch kommen die Werkzeuge mancherorts nicht wie gewünscht zum Einsatz. Woran liegt das?

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das im Sommer diesen Jahres in Kraft getreten ist, haben wir weitere wichtige Instrumente in den "Werkzeugkasten" der Selbstverwaltung gelegt, mit denen Kooperationsformen genauso wie Niederlassungen oder die Gründung von Zweigpraxen besser gefördert werden können. Die Politik hat also ihre Hausaufgaben gemacht. Entscheidend ist nun, dass diese Werkzeuge auch genutzt werden. Gefordert sind jetzt die Akteure vor Ort. Von diesen hängt es ab, ob die gesetzlichen Regelungen auch gelebt werden.

Der Ausbau der integrierten Versorgung ist Ihnen ein besonderes Anliegen. Warum ist die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung aus Ihrer Sicht ein zukunftsweisendes Konzept angesichts des demografischen Wandels auf dem Land sowie des sich abzeichnenden Ärztemangels? Und ist es wirklich eine Win-Win-Situation für beide Seiten – für die Kliniken und die niedergelassenen Ärzte?

Im Mittelpunkt muss die gute Behandlung der Patientin und des Patienten stehen und nicht Fach- und Sektorengrenzen. Was im Behandlungsverlauf für den Patienten Sinn macht, nutzt aber auch den Ärzten und Kliniken. Denn durch Abstimmung und Zusammenarbeit können zum Beispiel Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungslücken geschlossen werden. Von einer medizinischen Versorgung in Netzwerken haben alle etwas: die Patienten durch eine Behandlung aus einem Guß, die Leistungserbringer durch mehr Arbeitszufriedenheit in Teams und Entlastung von Verwaltungsaufgaben, die Krankenkassen durch die Möglichkeit der möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung. Und sie können ihren Versicherten eine im wahrsten Sinne des

Wortes "besondere Versorgung" anbieten. Deshalb unterstützen wir sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen wie Netzwerke oder Kooperationen in besonderen Versorgungsformen durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Dazu gehört, dass bürokratische Hemmnisse abgebaut und die rechtlichen Rahmenbedingungen von Verträgen der integrierten Versorgung und anderen besonderen Versorgungsformen erweitert werden. Um neue sektorübergreifende Versorgungsformen für die Regelversorgung zu erproben, stehen in den Jahren 2016 bis 2019 Mittel aus dem Innovationsfonds zur Verfügung.

Worin liegen aus Ihrer Sicht die Vorteile einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung?

Durch eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wollen wir auch Doppelstrukturen abbauen. Nehmen wir beispielsweise die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen den vertragsärztlichen Notdienst

organisieren. Gleichwohl stellen wir fest, dass ein Großteil der Versicherten - wohl auch aus Unkenntnis über die vorgehaltenen Notdienste – in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser geht. Zusammenarbeit und organisatorische Verknüpfung von KVen und Krankenhäusern im Notdienst ist hier der richtige Weg: Portalpraxen können eine erste zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sein und die Organisation eines gemeinsamen Notdienstes ermöglichen. Damit tragen wir dem Wunsch der Ärzte nach Entlastung von Bereitschaftsdiensten Rechnung und sorgen zugleich dafür, dass die Notfallambulanzen der Krankenhäuser entlastet werden. Vor diesem Hintergrund werden auch die Vergütungen im Notdienst und Notfall weiter entwickelt.

Stichwort Optimierung der Gesundheitsversorgung. Sind vor diesem Hintergrund weitere Impulse aus Ihrem Hause zu erwarten oder erwarten Sie vielleicht von den gesundheitspolitischen und kommunalen Playern noch mehr Fantasie und Initiative im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten?

Wir haben in dieser Wahlperiode bereits wichtige gesetzliche Weichenstellungen vorgenommen. Jedes Gesetz ist darauf ausgerichtet, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die bestehenden Möglichkeiten sind vielfältig. Jetzt sind in der Tat Initiative, Kreativität und auch der Mut aller Beteiligten gefragt, neue Versorgungswege auch über Sektorengrenzen hinweg zu beschreiten. Und man sieht ja, dass es Regionen gibt, in denen die Akteure vor Ort von diesen Möglichkeiten bereits Gebrauch machen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) weiterentwickelt, so wurde unter anderem die Gründungsbefugnis auf Kommunen ausgeweitet und dadurch die Möglichkeit geschaffen, die Versorgung vor Ort mitzugestalten. Auch facharztgleiche MVZ wie reine Hausarzt-MVZ sind möglich. Worin sehen Sie die Vorteile?

Mit der Möglichkeit, facharztgleiche MVZ zu gründen, sind wir einem Anliegen aus der Ärzteschaft gefolgt. Das bietet nicht nur für Hausärzte, sondern auch für Fachärzte mehr Möglichkeiten, beispielsweise Arbeitszeiten flexibel zu gestalten. Und das kommt auch der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu Gute. Ähnliches gilt hinsichtlich der Gründungsbefugnis von Kommunen: Sie haben nun die Möglich-

keit, selbst MVZ zu gründen und damit je nach regionalem Bedarf aktiv die Versorgung mitzugestalten und zu verbessern.

Eine weitere Option, um die Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu sichern, ist die Förderung von Praxisnetzen mit Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen. Es gibt bundesweit mehr als 400 Praxisnetze mit unterschiedlichem Organisationsgrad. Die Politik möchte diese Netze unterstützen und hat die Kassenärztlichen Vereiniaungen beauftraat, eine Rahmenvorgabe für die Anerkennung der Praxisnetze zu erarbeiten. Damit einher gehen spezielle Struktur- und hohe Qualitätsanforderungen. Bedeutet diese Reglementierung nicht das Aus vieler auch kleinerer Praxisnetze? Die Bereitschaft der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, in Praxisnetzen zusammenzuarbeiten, sehe ich sehr positiv. Wir haben das gesetzlich auch aufgegriffen und der Selbstverwaltung den Auftrag erteilt, für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze Kriterien und Qualitätsanforderungen zu vereinbaren, da sich daran auch gesonderte finanzielle Förderungen knüpfen. Selbstverständlich muss die Selbstverwaltung die von ihr gesetzten Anforderungen dann auch regelmäßig überprüfen.

Die Rolle von Konzernen und auch Krankenkassen wird im Zusammenhang mit ärztlichen Kooperationsmodellen von der Ärzteschaft kritisch beurteilt. Können Sie diese Sorgen nachvollziehen?

Wir haben bereits in der letzten Wahlperiode klare Regelungen getroffen, die sicherstellen, dass bei der Gründung von MVZs der fachliche Bezug zur medizinischen Versorgung im Vordergrund steht. Dass pharmazeutische Unternehmen oder auch Hersteller von Medizinprodukten Vertragspartner in der integrierten Versorgung sein können, ist grundsätzlich sinnvoll. Denn solche Vereinbarungen ermöglichen eine zielgerichtete Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln und Medizinprodukten und können so die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessern. Klar ist aber: Die Entscheidung über die Verordnung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten trifft immer im Einzelfall der behandelnde Arzt. Die Grundanforderungen an die Berufsausübung durch Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung - wie Therapiefreiheit und die Verpflichtung auf den anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und Wirtschaftlichkeit - gelten sowohl für die Kollektivverträge als auch für selektivvertragliche Versorgungsformen. Ebenso gilt das Verbot der Entgegennahme von nichtärztlichen Weisungen zur Therapie sowohl in der Regelversorgung als auch in vertraglichen Versorgungsformen wie der integrierten Versorgung.

Viele Ärzte, die in Netzen und anderen Kooperationsmodellen aktiv sind, machen sich Sorgen, dass das Antikorruptionsgesetz sie in juristische Grauzonen befördert. Da gibt es momentan große Verunsicherung. Können Sie zur Beruhigung beitragen?

Mit dem Antikorruptionsgesetz, das mein Kollege Heiko Maas vorgelegt hat, werden solche Verhaltensweisen als strafrechtlich relevant erfasst, die bereits nach geltendem Berufs- oder Wettbewerbsrecht verboten sind. Die Gesetzesbegründung stellt unmissverständlich klar, dass erwünschte Formen der Zusammenarbeit, zum Beispiel vor und nach einer Krankenhausbehandlung davon nicht erfasst sind. Es geht also ausdrücklich um unlauteres bzw. berufsrechtswidriges Verhalten. Dadurch wird eine bestehende Strafbarkeitslücke geschlossen und zugleich der Schutz der Unabhängigkeit der Heilberufe im Sinne der Patienten gestärkt. Schließlich geht es auch darum, die große Mehrheit derjenigen zu schützen, die sich bei ihrer Arbeit tagein tagaus an Recht und Gesetz halten.

Abschließend eine Frage vor aktuellem Hintergrund: Der Beschluss zur Einrichtung von sogenannten Portalpraxen hat einen heftigen Disput um deren Finanzierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor entfacht. Steht nicht ganz grundsätzlich das komplexe System der Honorierung ärztlicher Leistungen einer optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen im Wege – nicht nur sektorübergreifend, sondern auch innerhalb der ambulanten Versorgung?

Die Systematik der Honorierung ärztlicher Leistungen hat sich grundsätzlich bewährt. Gleichwohl ist es ein lernendes System, bei dessen Weiterentwicklung die Selbstverwaltung eine große Rolle spielt. Dabei gilt natürlich, dass die Leistungen medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen.

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. (DA)

Hartmannbund wünscht sich stärkere Rolle von Selbstverwaltung

Mit eigenen Konzepten das Syste

Portalpraxen, Terminservicestellen, Praxisaufkaufregelungen... Das Schlucken manch politischer Kröte, so ist von politischen Gesprächspartnern immer unverhohlener zu hören, hätten sich die Ärzte vielleicht ersparen können, wenn sie hier und da mit eigenen Lösungsvorschlägen aktiv geworden wären.

Mehr oder weniger deutlich begegnet Ärztevertretern diese – gerne mit einem "Tja..." und dem entsprechenden Lächeln versehene – Botschaft immer häufiger auf den Fluren von Bundestag und Bundesministerien. Momentan vor allem mit Blick auf die Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung. Hätte die Ärzteschaft tatsächlich Schlimmeres verhindern können, indem sie eigene Lösungsvorschläge für die von der Politik als solche identifizierten Probleme in die Diskussion eingebracht hätte? Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, machte jedenfalls auf der Hauptversammlung seines Verbandes kein Hehl daraus, dass er sich ärztliche Selbstverwaltung und Verbände künftig stärker als Gestalter des Gesundheitssystems wünscht.

Die Botschaft der Hartmannbund-Hauptversammlung war klar: "Wir dürfen es nicht bei der Kritik an geplanten Gesetzesvorhaben belassen, sondern müssen selber Lösungen und Konzepte zur Bewältigung bestehender Herausforderungen entwickeln und in die Debatte einbringen." Gerade auch mit Blick auf die berechtigte Erwartungshaltung der von Selbstverwaltung und Verbänden vertretenen Kolleginnen und Kollegen erfordere ein solcher Weg Mut und Fantasie, sei aber alternativlos, wenn es gelte, ein System wirksam mitgestalten zu wollen, das auch in Zukunft nicht nur Versorgung, sondern die Wahrung ärztlicher Unabhängigkeit

gewährleiste. Eine Politik des Mitgestaltens biete überdies auch die Chance, Diskussionen anzustoßen, die von der Politik mit Blick auf Mehrheiten eher gemieden würden.

Beispiel Patientensteuerung

So sei zum Beispiel eine Debatte über die Entwicklung von Instrumenten zur Patientensteuerung längst überfällig. "Jede Bemühung um eine sachgerechte substanzielle medizinische Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung wird am Ende Stückwerk bleiben, wenn wir uns nicht endlich aufraffen, intelligente und pragmatische Instrumente zur Steuerung einer sinnvollen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu entwickeln, ist Reinhardt überzeugt. Dabei gelte für alle möglichen Maßnahmen, da waren sich die Delegierten des Hartmannbundes einig, dass sie den Anspruch von Patientinnen und Patienten auf notwendige Behandlungen nicht berühren dürften.

Es gilt Mechanismen zu entwickeln, die einerseits dem berechtigten Anspruch des im Solidarsystem der GKV-Versicherten auf eine sachgerechte substanzielle medizinische Versorgung gerecht würden, andererseits aber auch geeignet seien, ein höheres Verantwortungsbewusstsein für die Inanspruchnahme der begrenzten Ressourcen des Systems der Gesetzlichen Kranken-



Wir brauchen noch mehr Mut und Fantasie

Drei Fragen, drei Antworten mit Dr. Klaus Reinhardt

Sie haben auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes einen stärkeren Gestaltungsanspruch der Ärzteschaft angemeldet. Wie soll das ganz konkret aussehen? Ich denke, die Selbstverwaltung und vor allem auch wir Verbände sind gefordert, es nicht bei der Kritik an geplanten Gesetzesvorhaben zu belassen, sondern selbst konkrete Lösungen und

Konzepte zur Bewältigung der bestehenden Herausforderungen zu entwickeln und in die politische Debatte einzubringen. Wenn wir dabei keine reinen Wunschkonzerte formulieren, sondern Machbares von Unmöglichem unterscheiden und gesellschaftspolitische Realitäten anerkennen, dann bin ich sicher, wird dies unsere Chancen der konkreten Einflussnahme auf politisches Handeln deutlich erhöhen. Das wird hier und da Mut und Fantasie erfordern, ist aber alterna-

tivlos, wenn wir auf Dauer nicht nur mitreden oder öffentlichkeitswirksam auf den Putz hauen, sondern wirklich ernsthaft mitgestalten wollen.

Haben Sie denn das Gefühl, die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit in diesem Sinne zu wenig geliefert?

Zumindest haben wir wohl unsere Möglichkeiten nicht optimal genutzt. Hätten wir an der einen oder anderen Stelle angesichts des von der Politik formulierten Handlungsbedarfs stärker Initiative für eigene konkrete Konzepte ergriffen, wäre uns vielleicht das eine oder andere Gesetz erspart geblieben. Wenn mit Händen zu greifen ist, dass die Politik unter dem Druck der – mindestens von ihr so empfundenen – Verhältnisse Maßnahmen vorbereitet, die uns treffen werden, dann sollten wir, um Schlimmeres abzuwenden, eigene praktikable Lösungsvorschläge bereit halten, mit denen wir leben können – unter Umständen auch dann, wenn wir selber keinen Handlungsbedarf sehen. Das mag von manchem als Kotau empfunden werden.

und Verbänden

m gestalten

versicherung zu entwickeln und einen ungeregelten Zugang zu allen Leistungsebenen zu verhindern, heißt es dazu in einer entsprechenden Resolution der Hauptversammlung. Damit spreche man nicht nur über die Notwendigkeit von Mengensteuerung in einem gedeckten System, damit spreche man auch über die Vermeidung therapeutischer Redundanzen und über das Thema Fehlversorgung.

Ganz im Sinne, künftig stärker als Gestalter des Gesundheitssystems aufzutreten, hat sich der Hartmannbund vorgenommen, unter diesen Prämissen im kommenden Jahr ein konkretes "Konzept zur Patientensteuerung als Instrument zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung" vorzulegen. Dabei war den Delegierten wichtig: Mögliche Steuerungs-

instrumente sind so zu gestalten, dass sie auch dem Ziel einer integrierten Versorgung, also der intelligenten Vernetzung stationärer und ambulant zu erbringender Leistungen folgen. "Wir dürfen an dieser Stelle keine weitere Konkurrenz zwischen den Sektoren schaffen, sondern wir müssen das mit ihnen gemeinsam und koordiniert erbringbare Leistungsvolumen voll ausschöpfen", sagte Reinhardt. Lenkungsmechanismen, die wie in der Vergangenheit geeignet seien, den rein gewinnorientierten Wettbewerb

Aus meiner Sicht ist das Pragmatismus und die einzige Chance, wirklich etwas zu erreichen. Mal auf den Punkt gebracht: Öffentliche Abwehrgefechte gegen fertige Regierungspläne zu führen, gehört dazu und mag hier und da auch medienwirksam sein. Wir sollten aber einmal ehrlich reflektieren, wie erfolgreich wir damit wirklich waren.

Haben Sie da aus jüngster Vergangenheit Beispiele vor Augen?

Mir geht es da vor allem um den Blick nach vorne, um das Erkennen der Notwendigkeit, hier künftig pragmatischer und kreativer zu agieren. Vielleicht hätten wir uns zum Beispiel die Diskussionen um Terminservicestellen oder Portalpraxen ersparen können, wenn wir dort proaktiv gewesen wären – jenseits der Tatsache, dass wir natürlich wissen, dass derartige Regularien im Schnitt eher zusätzliche Bürokratie auslösen, statt das Problem an der Wurzel zu packen. Aber, wie gesagt, ich bin dafür, jetzt nach vorne zu schauen und die Dinge vielleicht künftig etwas besser zu machen – vor allem im ärztlichen Interesse.



zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu fördern, lehne der Verband entschieden ab. Mehr Informationen zur Hauptversammlung finden Sie ab Seite 26. (MR)

Anzeige

AMAS GMBH

TOPLAGE

in Stuttgart/Mitte (Europaviertel) zu verkaufen/vermieten:

- Projektierte Mehrzweckflächen für Arztpraxen
- Fachärztekompetenzzentrum
 - · ambulante Fachklinik
 - plastische Chirurgie
 - · Schönheitsklinik o. ä.

Gesamtflächen ca. 3.200 m²
3.-4. OG und Flachdachgeschoss – aufteilbar

Kaufpreise/Mietpreise auf Anfrage

AMAS Real Estate GmbH

Königstraße 26 · 70173 Stuttgart info@amas-real-estate.de · Tel.: 01573/5645602



Die Bedrohung der Freiberufl als Bedrohung der ärztliche

Gastbeitrag von Prof. Dr. Giovanni Maio

Viele Ärzte sitzen täglich in der Zwickmühle und können auf Grund zahlreicher Regularien oft nicht mehr ärztlich entscheiden. Kein guter Zustand für eine gute Medizin, meint Prof. Dr. Giovanni Maio, der sich in seinem Gastbeitrag mit der ärztlichen Freiberuflichkeit auseinandersetzt.

Der gesunde Mensch kann nur dann unbeschwert leben, wenn er weiß, dass er im Falle einer Krankheit aufgefangen wird von einem System, das ihm vertrauenswürdige Ärzte zur Seite stellt. Das Vertrauen in die Integrität der Ärzte ist somit ein öffentliches Gut, auf das kein vernünftiger Mensch verzichten kann. Der Staat hat entschieden, dass er die Sicherung der Vertrauenswürdigkeit der Ärzte in die Hände der Selbstverwaltung legt und er gewährt der Selbstverwaltung die Freiheit, die Regeln der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit selbst festzulegen, solange die Selbstverwaltung es schafft, diese unabdingbare Vertrauenswürdigkeit der Ärzteschaft zu sichern. Dem liegt die politische Überzeugung zugrunde, dass das öffentliche Vertrauen in die Medizin weder allein über Marktgesetze noch allein über staatliche Regulierung gewahrt werden kann. Genau diese Überzeugung bringt auch die Berufsordnung zum Ausdruck, wenn sie festhält: "Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf." Er ist ein freier Beruf, das heißt, dass er weder ein reines Gewerbe noch ein staatliches Gebilde ist. Und so muss man auch die ärztliche Selbstverwaltung verstehen - als eine Art Vermittler zwischen reinem Markt und reinem Staat. Der Staat schenkt der Selbstverwaltung die Freiheit der Kontrolle, aber dieses Gewähren von Freiheit ist gebunden an die Bedingung, dass es der Selbstverwaltung auch gelingt, den ärztlichen Beruf als freien Beruf auszugestalten. Die Freiheit der freien Berufe gibt es also nur so lange wie die freien Berufe sich auch tatsächlich als freie Berufe verhalten und eben nicht zu reinen Gewerbetreibenden werden. Aber was ist das genau, ein freier Beruf?

Der freie Beruf erbringt eine geistig-ideelle Leistung

Nicht umsonst hat man die freien Berufe früher auch "geistige Berufe" genannt. Das

mag uns zunächst überraschen, wissen wir doch, dass ein Arzt, der nur nachdenkt, kein Arzt sein kann. Ein Arzt wird erst dann zum Arzt, wenn er etwas tut. Aber wir müssen uns genauer anschauen, was er tut. Denn der Arzt produziert eben nicht etwas wie in der Industrie, ihm geht es gerade nicht um eine materielle Wertschöpfung; er stellt kein Produkt her, er macht nicht in standardisierter schematischer Form immer das Gleiche; sein Handeln ist kein repetitives Handeln, es ist ein Handeln auch aus Routine, aber kein schematisches Handeln, es ist kein Handeln nach Algorithmen, sondern es ist ein Handeln nach Prinzipien. Und seine Prinzipien resultieren aus der Verbindung der Prinzipien der

"Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, weil er ärztliche Kunst ist."

Wissenschaftlichkeit mit den Prinzipien der Zwischenmenschlichkeit. Die Kernleistung des Arztes liegt also nicht primär in dem Vollzug einer Handlung, so wichtig dieser Vollzug auch sein mag, die Kernleistung liegt in dem, was diesem Vollzug vorausgeht, nämlich der geistigen Leistung, zu entscheiden, ob diese Handlung sinnvoll ist oder eine andere, ob diese sonst übliche Handlung auch hier sinnvoll ist oder nicht. Der freie Beruf des Arztes ist also deswegen ein geistiger Beruf, weil in ihm immer eine geistige Leistung zu vollbringen ist, bevor gehandelt wird. Die Art dieser geistigen Leistung ist es, die den Beruf zu einem freien Beruf macht. Um diese Art der geistigen Leistung zu begreifen, um also zu begreifen, warum man in dieser Hinsicht von einem freien Beruf spricht, muss man sich mit einem Begriff näher beschäftigen, ohne den wir bei der Bestimmung dessen, was ein Arzt leistet, nicht weiterkommen,

und das ist der Begriff der ärztlichen Kunst. Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, weil er ärztliche Kunst ist. Doch was meinen wir damit?

Ärztliche Kunst als eigene Wissenschaft

Ärztliche Kunst ist nach dem heutigen Sprachgebrauch etwas missverständlich. Denn heute assoziieren wir mit "Kunst" primär die schönen Künste. Diese Konnotation ist aber erst jüngeren Datums und geht auf die Renaissance zurück, als man zwischen den mechanischen (handwerklichen) und freien (schönen) Künsten unterschied und die Künste von der Wissenschaft abgrenzte. In der Antike aber hatte der Begriff der Kunst gerade nicht den ästhetischen Charakter, den wir heute mit diesem Begriff verbinden. Mit Kunst (griechisch téchne) meinte man nicht das Kunstwerk, sondern vielmehr das Sich-Verstehen-auf. Und so beschrieb man mit ärztlicher Kunst nicht das Künstlerische am Ärztlichen, sondern das ärztliche Wissen und Können. Wenn also immer wieder im Rückgriff auf den Begriff der ärztlichen Kunst betont wird, dass der Arzt, um ein guter Arzt zu sein, etwas "Künstlerisches" an sich haben muss, dann ist das ein Missverständnis und eine Verkennung dieser ursprünglichen Bedeutung von "Kunst".

Schon in der Antike galt Medizin als eine Wissenschaft, ja geradezu als die Musterwissenschaft (so spätestens bei Platon), und die téchne wurde im Kontext einer Theorie gesehen, durch die man Rechenschaft über die Entscheidungswege ablegen musste. Was Medizin im Sinne einer ärztlichen Kunst ausmachte, war nicht, dass sie sich anschickte, intuitiv entscheiden zu wollen, sondern gerade sie erhob in der antiken Vorstellung den Anspruch darauf, durch die Befolgung des richtigen Logos ein nachvollziehbares Maß finden zu

ichkeit n Kunst

müssen, um dem konkreten Einzelfall gerecht zu werden. Aber dieses Maß war eben kein arithmetisches Maß, sondern eines, das erst durch rationale Analyse der den Einzelfall konstituierenden Elemente gefunden werden musste, im Gespräch, in der Auseinandersetzung mit dem Patienten, vor Ort. Die ärztliche Kunst zu beherrschen heißt also, sich theoriegeleitet auf eine spezifische Sache verstehen, einen konkreten Sachverstand haben bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose. Von Anfang an wurde ärztliche Kunst als ein Wissen begriffen, das die Welt wissenschaftlich zu erklären versuchte.

Der Arztberuf braucht Freiheit, um ärztliche Kunst zu verwirklichen

Führt man diese Überlegungen zusammen, so wird auch deutlich, woran es der heutigen Medizin mangelt; sie spricht nicht mehr von ärztlicher Kunst: das mag man vor dem Hintergrund einer Bedeutungsverschiebung des Wortes Kunst gewiss verstehen, aber man verwendet auch keinen alternativen Begriff an dessen Stelle. Die ärztliche Kunst ist einfach getilgt worden, wie wenn man sie heute gar nicht mehr bräuchte. Aber das ist ein großer Irrtum, den uns gerade die Antike aufzeigen kann. Die Identität der Medizin geht nicht in der Konzeption einer angewandten Naturwissenschaft auf, weil die Medizin ihren ihr eigenen Geltungsbereich hat, und das ist das praktische Handeln am und mit Menschen. Daher muss im Bewusstsein bleiben, dass die Medizin im Angesicht dieser genuin praktischen Zielsetzung eine eigene Logik hat, die nicht austauschbar ist. Medizin ist eine praktische Wissenschaft, die eigene Gesetzlichkeiten hat. Und weil sie praktische Wissenschaft ist, ist ihre eigentliche Leistung eine ideelle Leistung - und deswegen ist der Arztberuf ein freier Beruf. Genau deswegen muss man allen Tendenzen einer Schematisierung der ärztlichen Arbeit entgegentreten, weil jede starre Schematisierung nichts anderes ist als eine Profanisierung, wenn nicht gar eine Entakademisierung des ärztlichen Berufs und eine Herabstufung des freien Berufs zu einem bloßen Handwerk. Schon die Antike lehrt uns, dass das nicht geht.

Freier Beruf bedeutet sachliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit

Heute ist uns das Verständnis abhanden gekommen, die ärztliche Entscheidung im Einzelfall als eine Wissenschaft für sich zu betrachten, nämlich als eine praktische Wissenschaft. Heute versucht man, diese praktische Wissenschaft für nichtig zu erklären und die praktischen Belange zu subsumieren unter allgemeine theoretische Gesetze und abstrakte Regeln. Wer etwa vom Arzt verlangt, dass er nach dem Modus eines Algorithmus vorgehe und ihn dazu

"Ärzten muss vom System ermöglicht werden, ärztlich zu entscheiden."

erzieht, allein nach "objektiver" Befundlage und ohne Ansehen der Konkretheit der Situation des Patienten Therapieentscheidungen zu fällen, der hat von Medizin wenig verstanden. Wir erleben heute eine Tendenz, Medizin einem technokratischen Verständnis zu unterziehen und sorgen durch die strukturellen Rahmenbedingungen dafür, Ärzte zu stringenten Anwendern abstrakter Regeln umzufunktionieren und merken gar nicht, dass damit der Kerngehalt einer guten Medizin über Bord geworfen wird, weil der Mensch selbst, für den die Therapie ausgeführt wird, in einem solchen Verständnis von Medizin gar nicht mehr vorkommt.

Etwas Grundlegendes wird hier deutlich. Der freie Beruf setzt eine Weisungsunabhängigkeit unabdingbar voraus, weil der Arzt als Prototyp des freien Berufs nicht weniger braucht als einen Entscheidungsspielraum, wenn er ein guter Arzt sein will. Die Situationen in der Medizin sind in den meisten Fällen Situationen, in denen es keine letztgültige Gewissheit gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten und Restunsicherheiten. Hier kann man nicht arithmetisch entscheiden, sondern man muss deswegen nach praktischer Urteilskraft entscheiden, aber um diese Urteilskraft auch tatsächlich zur Geltung bringen zu können, muss man weisungsfrei sein und wissen, dass man einen Ermessensspielraum hat. Eine Medizin ohne Ermessensspielraum wäre eine befundorientierte Medizin, aber keine patientenorientierte Medizin.

Schlussfolgerungen für die ärztliche Selbstverwaltung

Die ärztliche Selbstverwaltung hat eine besondere Chance, zwischen Staat, Krankenkassen und ärztlicher Ethik zu vermitteln, aber diese Vermittlung kann sie nachhaltig nur leisten, wenn sie sich darüber im Klaren bleibt, dass sie an der Realität der ärztlichen Versorgung gemessen werden wird. Eine Realität, die in unserem Land in vielerlei Hinsicht vorbildhaft ist, in mancherlei Hinsicht aber auch demotivierend für die Ärzte, weil sich viele Ärzte zerrieben fühlen zwischen widerstreitenden Ansprüchen, den Ansprüchen, bestimmte Volumina einzuhalten und den Ansprüchen des Patienten, der als Individuum beachtet werden will. Viele Ärzte sitzen tagtäglich in der Zwickmühle, und das ist kein guter Zustand für eine gute Medizin. Ärzten muss einfach vom System her ermöglicht werden, ärztlich zu entscheiden, weil dafür sind sie Ärzte geworden, dafür hat der Staat viel Geld ausgegeben, um sie dazu zu befähigen, und es erscheint widersinnig und als Fehlinvestition, wenn man Ärzten durch eine Überbürokratie verunmöglicht, ihre ärztliche Expertise auch zur Geltung zu bringen. Es sollte Aufgabe gerade der ärztlichen Selbstverwaltung sein, darauf hinzuwirken, dass den Ärzten ihre Freiheit. im Interesse ihrer Patienten, wieder zurückgegeben wird. Wir haben eine neue junge Generation, die hoch motiviert ist und die durch eine kluge Verbandspolitik durchaus auf eine gemeinsame Linie eingestimmt werden könnte, aber dafür braucht diese junge Generation das Gefühl, dass das System, in dem sie arbeiten werden, den guten Ärzten eine Stütze bietet. Wenn es der Selbstverwaltung gelingen kann, dieses Gemeinschaftsgefühl zu stärken, dann hat sie den Ärzten und vor allem den Patienten einen großen Dienst erwiesen.



Prof. Dr. med. Giovanni Maio ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.



Bis zum 23. Januar 2016 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Zeit, Terminservicestellen einzurichten.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Terminservicestellen ante portas

Nach dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Sommer diesen Jahres – wir berichteten darüber in der Ausgabe 3/2015 des Hartmannbund-Magazins – hatten wir Ihnen bereits einige der besonders umstrittenen, die niedergelassenen Ärzte betreffenden, Regelungen des Gesetzes vorgestellt, so zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen, zur Bedarfsplanung und zur Zweitmeinung. Heute soll es um die Terminservicestellen gehen.

Diese waren von Anfang an ebenso umstritten, greifen sie doch massiv in die freie Berufsausübung niedergelassener Ärzte ein und belasten neben dem organisatorischen Aufwand auch die Haushalte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Was schreibt der Gesetzgeber im Einzelnen vor?

Grundlage für die Neuregelung ist die Vorschrift des § 75 Abs. 1a SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG), wonach der Sicherstellungsauftrag auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung umfasst. Diese bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 – ursprünglich in Abs. 1 – eingeführte Präzisierung des Sicherstellungsauftrages sollte Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung vermindern und die Versorgung verbessern helfen. Nun gibt der Gesetzgeber in einem weiteren Anlauf erstmals konkrete Maßnahmen vor, die die zeitnahe Bereitstellung von Facharztterminen erzwingen sollen. Nach diesen neuen Vorga-

ben haben die KVen bis zum 23. Januar 2016 – sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes – Zeit, Terminservicestellen einzurichten, welche Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen entsprechenden Termin zu vermitteln haben. Eine Überweisung ist nicht erforderlich, wenn es sich um einen Augen- oder Frauenarzttermin handelt. Termine bei Kinderärzten, so die Gesetzesbegründung, sind nur betroffen, soweit diese an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten, die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle, außer bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen sowie vergleichbaren Fällen, keinen Behandlungstermin innerhalb von vier Wochen vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Zur Konkretisierung dieser Vorgaben haben die Vertragspartner

auf Bundesebene, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband, Regelungen im Bundesmantelvertrag Ärzte zu treffen. Allerdings ist der im Gesetz dafür vorgegebene Termin, der 23. Oktober, bereits überschritten. Nach Aussagen beider Seiten unabhängig voneinander sei man sich aber weitgehend einig, sodass die Regelung, die bei Redaktionsschluss noch nicht vorlag, rechtzeitig vor dem Start der Terminservicestellen am 23. Januar 2016 in Kraft treten könne.

Wie soll die Umsetzung auf KV-Ebene erfolgen?

Die KV **Baden-Württemberg** setzt auf eine von der KBV-Tochter KV-Telematik entwickelte Lösung, mit Hilfe derer Fachärzte – zunächst freiwillig – Termine auf einem KV-Server melden sollen. Für den Fall nicht ausreichend gemeldeter Termine kann der Vorstand ermächtigt werden, eine verpflichtende Meldung umzusetzen.

Die KV **Brandenburg** wird nach eigener Aussage ihr bestehendes Servicetelefon nutzen, über welches die Versicherten bereits jetzt Termine vermittelt bekommen.

In **Bremen** ist eine internetbasierte Lösung vorgesehen, über welche Patienten Termine abfragen und Praxen und auch Kliniken Termine melden können. Genutzt werden sollen dabei von der KV-Telematik entwickelte Codes als Nachweis der Berechtigung, die Terminservicestelle in Anspruch nehmen zu können. In einer späteren Phase des Projektes sollen auch nicht erschienene Patienten identifiziert und gemeldet werden können.

Die KV **Hamburg** will sich externer Telefondienstleister bedienen, um bei der erwarteten geringen Inanspruchnahme flexibel zu sein. Einen Bedarf erwartet man vorzugsweise bei Augenarzt-Terminen

Auch die KV **Nordrhein** wird auf vorhandene Strukturen zurückgreifen, um den vorgegebenen Service budgetneutral auszugestalten, und beabsichtigt, das bestehende Callcenter des Patienteninformationsdienstes entsprechend aufzurüsten.

Die KV **Sachsen** hatte bereits Anfang November 2014 eine Terminservicestelle als telefonbasierte Einrichtung installiert. Als Besonderheit erhalten in Sachsen Fachärzte für die Annahme neuer Patienten einen Honorarzuschlag, an dessen Finanzierung sich auch die Kassen beteiligen.

In Schleswig-Holstein ist nach eigener Aussage ein "Gutschein-

Modell" geplant: Finden Patienten auf herkömmlichem Weg keinen Facharzttermin, erhält der Betroffene von seinem Hausarzt einen Überweisungscode, der ihn zur Inanspruchnahme der Terminservicestelle berechtigt und dort legitimiert.

Auch in **Thüringen** wird die Terminservicestelle pünktlich an den Start gehen, nachdem die KV unter Verweis auf das durch Flüchtlinge erwartete erhöhte Patientenaufkommen erfolglos versucht hatte, die Regelung zu verschieben. Dabei wird anfangs von großer Nachfrage ausgegangen. Ungewiss sei jedoch, wie sich dies entwickelt, wenn den Patienten insbesondere bewusst wird, dass sie keinen Anspruch auf einen Wunscharzt haben.

Auch seitens der KV **Westfalen-Lippe** wird verlautet, rechtzeitig starten zu können. Hier sollten die Praxen online freie Termine melden können, welche dann mittels der von der KBV entwickelten Softwarelösung vermittelt werden sollen.

Pünktlicher Start überall zu erwarten

Für alle anderen acht KVen lagen zum Redaktionsschluss noch keine konkreten Informationen vor. Allerdings arbeiten alle nach eigenen Aussagen mit Hochdruck an der Lösung. So kann davon ausgegangen werden, dass alle Terminservicestellen, in regional modifizierter Form, pünktlich an den Start gehen werden. Übereinstimmend wird allerdings erwartet, dass viele Patienten von der Möglichkeit keinen Gebrauch machen, besonders wenn den Patienten klar wird, dass kein Anspruch auf einen Wunscharzt bzw. Wunschort besteht. Ob sich der vom Gesetzgeber erhoffte Effekt einstellt, wird abzuwarten sein. (PM)

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern zu allen rechtlichen Fragestellungen eine individuelle und kostenlose Beratung an. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind dies Fragen zur Niederlassung (Vertragsarzt-, Berufs- und Arbeitsrecht, Prüfung von Arbeitsverträgen), zu Honorar- und Abrechnungsfragen (Vertrags- und Vergütungssysteme in der ambulanten Versorgung, Abrechnungs- und Wirschaftlichkeitsprüfung, KV-Regelwerke) sowie zur betriebswirtschaftlichen Beratung (Praxisabgabe und -übernahme, Steuern, Versicherungen, Vorsorge). Kontakt: Telefonisch unter 030 206 208 0 oder per E-Mail unter hb-info@hartmannbund.de.

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



Einer von vielen Aufgabenschwerpunkten der Gesundheitsämter sind die regelmäßigen Schuluntersuchungen.

Das Arbeitsfeld der Ärzte beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist abwechslungsreich und vielfältig und trotzdem fehlt der Nachwuchs. Seit Jahren nimmt der Ärztemangel beim ÖGD zu und sinkt die personelle Ausstattung der Gesundheitsämter. Während sich die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt in Deutschland Jahr für Jahr erhöht, geht die Zahl der berufstätigen Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen kontinuierlich zurück.

"Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat ein massives Generationenproblem", betont Dr. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen (BVÖGD), gegenüber dem Hartmannbund-Magazin. Der Bundesverband schlägt seit Jahren Alarm, dass der ÖGD auf massive Probleme zusteuert, doch passiert sei bisher viel zu wenig.

Seit 1995 sei die Zahl der Amtsärzte um 33 Prozent zurückgegangen. Es gebe schon heute mehr ÖGD-Ärzte, die nicht berufstätig sind, als Amtsärzte im aktiven Dienst. Und von den aktuell ca. 2.500 an den Gesundheitsämtern beschäftigten aktiven Ärzten (Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen und Quereinsteiger mit anderen Facharztbezeichnungen) sei die große Mehrheit älter als 50 Jahre. Ende 2014 gab es nach Angaben des Verbandes auf Basis der amtlichen Statistik der Bundesärztekammer 717 Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen über 50 Jahre und nur noch 127 unter 50-jährige Fachärzte (nur 13 Ärzte sind jünger als 40 Jahre). Die Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen werden immer älter, aber im Gegenzug rücken der Nachwuchs und die Quereinsteiger nicht nach.

Die Nachwuchsgewinnung, so Ute Teichert, sei schwierig, da die Gehälter der Amtsärzte um rund 1.000 Euro brutto im Monat niedriger liegen als die der Klinikärzte. Seit Jahren stößt der Verband bei der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) damit auf taube Ohren. "Trotz aller politischen Appelle verweigert die VKA eine angemessene Vergütung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen der Tarifverhandlungen", so Teichert. Mit dieser Haltung trage die VKA maßgeblich dazu bei, dass der ÖGD bei ständig sinkenden personellen Ressourcen seine Aufgaben nicht mehr adäquat erfüllen kann. In der Praxis bedeute dies: Keine Bewerbungen auf offene Stellen wie z.B. in Wiesbaden, wo die leitende Amtsarztstelle seit einem Jahr unbesetzt ist.

In der unattraktiven Bezahlung der Amtsärzte sieht Ute Teichert ebenso ein ernsthaftes Problem wie in der ärztlichen Ausbildung. Im Rahmen des Medizinstudiums werde der Nachwuchs nicht an das Fach herangeführt. Es gäbe bundesweit keinen einzigen Lehrstuhl und das Öffentliche Gesundheitswesen finde lediglich als Querschnittsfach statt. Viele Studierende hätten keine Vorstellung darüber, was der ÖGD mache, eine wissenschaftliche Verankerung

gäbe es nicht, ebenso wenig eine Berücksichtigung im Rahmen der Famulaturen und des Praktischen Jahres. Bisher bestünde nur an der Universität Frankfurt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Frankfurt die Möglichkeit, ein PJ-Tertial im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu absolvieren. "Frankfurt ist deutschlandweit bisher leider nur ein Leuchtturmprojekt, aber wir hoffen, dass die Absolvierung eines PJ-Tertials beim ÖGD bald an vielen Standorten möglich ist", hofft Ute Teichert auf ein Einlenken der Universitäten – auch vor dem Hintergrund, dass auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst immer mehr Aufgaben zukommen.

"Die vergangenen Wochen und Monate haben deutlich werden lassen, mit welchen permanenten und wechselnden Herausforderungen der ÖGD immer wieder konfrontiert wird. Die Ebola-Epidemie in Westafrika, Masernausbrüche in Berlin und Hygienemängel in den Krankenhäusern rücken den ÖGD immer wieder in das Blickfeld der Medien", sagte Ute Teichert in ihrer Eröffnungsrede auf dem 65. Wissenschaftlichen Kongress von BVÖGD und BZÖG im April diesen Jahres in Rostock. "Infektionsschutz in den Krankenhäusern, die Erhöhung von Impfbereitschaft in der Bevölkerung oder Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen sind Daueraufgaben. Diese erfordern einen starken, qualitativ hochwertigen und personell wie finanziell gut ausgestatteten ÖGD. Das gerät in der allgemeinen Öffentlichkeit (aber auch in der Fachwelt) leider zu oft in Vergessenheit. Der ÖGD kann aber seine vielfältigen Beratungs- und Kontrollfunktionen nur dann adäquat wahrnehmen, wenn er dafür auch die entsprechenden Ressourcen und Kapazitäten zur Verfügung stehen hat."

Doch genau hier – so Ute Teichert ein halbes Jahr später rückblickend – liege noch immer das Problem. An der schwierigen Personalsituation habe sich bis heute nichts geändert, dafür habe sich das Tätigkeitsfeld durch die aktuelle Flüchtlingsproblematik noch verstärkt. "Auf diese Situation waren und sind wir nicht eingerichtet", so Teichert. Nur mit einem starken ÖGD sei Deutschland in der Lage, den Strom der Flüchtlinge gut zu versorgen.

Unterstützung kommt hier von politischer Seite. So haben sich die Ländergesundheitsminister ebenso wie der Deutsche Ärztetag im Jahr 2014 für eine Stärkung des ÖGD ausgesprochen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat den Beschluss gefasst, dass der ÖGD auf allen Ebenen ausreichend personell und finanziell ausgestattet werden soll. Und auch der Hartmannbund setzt sich seit Jahren für die Stärkung des ÖGD ein, gerade erst wieder kürzlich auf seiner Hauptversammlung Anfang November. "Dem ÖGD kommt neben dem ambulanten und dem stationären Sektor eine Schlüsselrolle in der Gesunderhaltung der Bevölkerung zu. Angesichts der wachsenden Aufgaben im Kontext der demografischen Entwicklung und unvorhersehbarer Herausforderungen, wie derzeit der Versorgung steigender Flüchtlingszahlen, wird deutlich, dass eine solide Finanzierung und angemessene ärztliche Arbeitsbedingungen unerlässlich sind", heißt es in der Resolution.

Auch der BVÖGD richtet den Blick nach vorn und hat eine bun-

Information

In Deutschland gibt es derzeit ca. 400
Gesundheitsämter mit rund 17.000 Mitarbeitern. Neben der ambulanten und stationären
Versorgung kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als "dritter Säule" des Gesundheitswesens mit
seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der
Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der
Gesundheitsförderung ein besonderer Stellenwert zu.
Folgende Schwerpunkte sind hervorzuheben: Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung,
Epidemioloie, gesundheitlicher Umweltschutz, Umwelthygiene, Seuchenhygiene, Lebensmittelhygiene
und -überwachung, Sozialmedizin, leitende Funktion
in der medizinischen Katastrophenhilfe, Kinder- und
jugendzahnärztlicher Dienst, sozialpsychiatrischer
Dienst, Gesundheitserziehung, ärztliche und zahnärztliche Bequtachtung, Medizinaufsicht.

desweite Imagekampagne gestartet. So wurde eine Informationsbroschüre mit dem Titel "Mitten im Leben – Arbeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst" veröffentlicht. In dieser berichten neun Ärzte stellvertretend für die rund 2.500 Ärzte zwischen München, Kiel und Rostock über ihre Arbeit im ÖGD. Sie geben einen Überblick über Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsalltag. Sie berichten darüber, was sie motiviert hat, den ÖGD als berufliche Alternative auszuwählen. Und sie schildern, wie sich in ihrem persönlichen und beruflichen Umfeld Familie und Beruf miteinander verbinden lassen. Mehr dazu hier: www.bvoegd-mitten-im-leben.de (DA)



Ute Teichert arbeitet seit 1999 im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Seit anderthalb Jahren leitet die 52-Jährige die länderübergreifende Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Warum ist sie Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen geworden? "Es ist ein sehr spannendes Aufgabengebiet mit vielfältigen fachlichen Herausforderungen, für das man ein sehr breit gefächertes Basiswissen benötigt. Man trifft täglich viele Patienten und ja, man hat auch eigene Untersuchungsräume", möchte sie mit dem Vorurteil aufräumen, dass Amtsärzte nichts mit Patienten zu tun hätten.

Anzeige

Neukönigsförder Mineraltabletten® NE

- · ausgewogen kombiniert
- mineralspezifische Freisetzung

Kalium • Calcium • Phosphor • Magnesium • Eisen • Zink • Mangan • Kupfer



Eine erfolgreiche Weiterbildung braucht klare Strukturen – auch mit Blick auf befristete Arbeitsverträge.

Ärzte in der Weiterbildung: Weiterbildungsplan für befristete Arbeitsverträge

Eine zeitlich und inhaltlich strukturierte Weiterbildung ist Voraussetzung dafür, dass Ärztinnen und Ärzte mit dem Sachgrund "Weiterbildung" befristet angestellt werden dürfen. Das hat das Landesarbeitsgericht (LAG) Baden-Württemberg entschieden. Könne eine Weiterbildungsplanung nicht nachgewiesen werden, entfalle der Sachgrund für die Befristung, so die Richter.

Geklagt hatte eine Fachärztin für Innere Medizin, die die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie erwerben wollte. Zum Zweck des Erwerbs der Schwerpunktbezeichnung schloss sie einen auf zwei Jahre befristeten Vertrag nach dem Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG) ab. Allerdings konnte sie ihre Weiterbildung nicht innerhalb dieses Zeitraums beenden. Die Ärztin argumentierte, dass ihr Chefarzt in dem von ihm gestalteten Dienstplan nicht ausreichend Raum zur Weiterbildung gelassen habe. Dieser hielt dem entgegen, die Ärztin habe ihre Schwerpunkte falsch gesetzt und sich nicht um ihre Weiterbildung gekümmert. Warum in dem Zeitraum von zwei Jahren die Weiterbildung nicht abgeschlossen werden konnte, blieb zwar bis zum Ende des Prozesses streitig. Die Klage der Ärztin

auf Feststellung, dass das Arbeitsverhältnis aufgrund der Befristung nicht geendet habe, hatte jedoch in zweiter Instanz Erfolg.

Die Richter stellen in ihrer Entscheidung auf die Formulierung des § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG ab. Dieser verlange für das Vorliegen eines rechtfertigenden sachlichen Grundes für die befristete Beschäftigung eines Arztes eine zeitlich und inhaltlich strukturierte Weiterbildung. Zwar müsse die Weiterbildungsplanung nicht Inhalt der Befristungsabrede sein, sie müsse aber objektiv vorliegen. Die beklagte Klinik konnte keine derartige Weiterbildungsplanung nachweisen. Mithin wurde vom Gericht die Rechtsunwirksamkeit der Befristung des Arbeitsverhältnisses festgestellt.

Da die entscheidungserhebliche Auslegung des § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG grundsätzliche Bedeutung hat, ließ das LAG die Revision

zum Bundesarbeitsgericht (BAG) zu. Diese wurde vom Arbeitgeber auch eingelegt. Es bleibt abzuwarten, ob das BAG ähnlich strenge Maßstäbe für die Wirksamkeit der Befristung anlegt. Mutmaßlich wird zu differenzieren sein, in welchem Stadium der Weiterbildung sich die Ärztin befand.

Im vom LAG entschiedenen Fall handelte es sich um den Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung. Für Ärzte, die noch am Beginn ihrer Weiterbildung zum Facharzt stehen, könnte unter Umständen auch ein lediglich grob umrissener Weiterbildungsplan als ausreichend erachtet werden. Sollte die Frage auch höchstrichterlich positiv beschieden werden, wäre dies ein großer Fortschritt zur Rechtsdurchsetzung einer strukturierten Weiterbildung. (LAG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.09.2015, Az.: 1 Sa 5/15) (CB)

Information

Grundsätzlich bedarf eine befristete Beschäftigung eines Sachgrundes (Ausnahme: sachgrundlose Befristung für maximal zwei Jahre nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz). Für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung gibt es einen eigenen sachlichen Grund für die Befristung: die Weiterbildung. Daher sollten Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung auch nach dem Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG) befristet angestellt werden, sofern Sie befristet beschäftigt werden bzw. an Unikliniken nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG). Diese speziellen

Befristungsgrundlagen sind insbesondere für Ärztinnen in der Weiterbildung interessant, denn dann besteht ein Anspruch, den Vertrag um Zeiten, in denen die Ärztin in Weiterbildung aufgrund von Mutterschutz und Elternzeit während des Vertragszeitraums nicht tätig sein könnte, zu verlängern.



Neues HB-Seminar

Ab morgen Arzt

mannbund-Akademie ein neues Seminar in ihr Programm aufgenommen, das ab Herbst 2015 bundesweit für Hartmannbund-Mitglieder angeboten wird. "Ab morgen Arzt" richtet sich an Assistenzärzte zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn sowie Medialles Wissenswerte rund um den nem Lehrplan steht, und um Informationen, die jede Ärztin/jeder Arzt wissen sollte. Referenten aus Medizin und Wirtschaft – z.B. Rechtsberater des Hartmannbundes oder Chefärzte - informieren die Teilnehmer unter anüber Fallen Stolpersteine beim Abschluss ei-Weiterbildung oder über das rufsmöglichkeiten für Ärzte zum Beispiel an Krankenhäusern. Zu gel Chefärzte anwesend, die dem ärztlichen Nachwuchs wichtige Tipps geben können. worauf vor allem Chefärzte bei Weitere Themen des Seminars sind: Gehalt und Steuern (Erstellung der ersten Einkommensteuererklärung, Absetzbarkeit von die Absicherung für Ärzte. Mehr Informationen finden Sie im HB-

www.hartmannbund.de/akademie



Förderung der ambulanten Weiterbildung

Umsetzung der Neuregelung zu Ende 2015 angestrebt

Bis zum 23. Oktober sollten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf eine neue Vereinbarung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung einigen – so wollte es das im Sommer in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Mit dem Gesetz soll vor allem die Förderung wesentlich aufgebohrt werden: Statt der bislang 5.000 Stellen in der Allgemeinmedizin sollen es dort künftig mindestens 7.500 sein, hinzu kommen 1.000 weitere Stellen in der "allgemeinen fachärztlichen" Versorgung.

Wann sich die Verhandlungspartner auf die Ausgestaltung der neuen gesetzlichen Regelung endgültig verständigen, ist offen. Laut

KBV wird eine Vereinbarung bis Ende des Jahres angestrebt. Zu regeln sind vor allem die Höhe der Förderung - die eine angemessene Vergütung der Ärzte in Weiterbildung sichern soll und daraufhin auch regelmäßig zu überprüfen ist - und die zu fördernden "grundversorgenden Fachärzte". Zusätzlich können sich die drei Partner auch auf eine zentrale Verwaltung der Förderung verständigen sowie darauf, bis zu fünf Prozent der Fördergelder für die Etablierung sogenannter Kompetenzzentren vorzusehen. Letztere sollen universitär angebunden die allgemeinmedizinische Weiterbildung strukturell unterstützen und die Vernetzung der jungen Ärzte fördern.

Anzeige



STAATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE



GESUNDHEITSÖKONOMIE FÜR MEDIZINER (SRH/HB)

STUDIEREN NEBEN DEM BERUF

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

Ihre Vorteile:

- I Reduzierte Studiengebühren für Mitglieder des Hartmannbundes
- I Anerkennung als zertifizierte Fortbildung durch die Landesärztekammer
- Innovative Lehr- und Lernmethoden
- Flexible Studiengestaltung

SRH Fernhochschule

Telefon +49 (0) 7371 9315-0 | info@fh-riedlingen.srh.de





WWW.FLEXIBELSTUDIEREN.ORG

Ausschuss der Medizinstudierenden mit neuem Vorstand Vernetzung untereinander ist sehr wichtig

Zwei Mal im Jahr treffen sich die Univertreter des Hartmannbundes zu einer Sitzung. Die Herbstsitzung fand in diesem Jahr in Hannover statt. Gekommen waren 40 der aktuell insgesamt 70 Univertreter – so waren 20 von insgesamt 37 Fakultäten vertreten. Mit dabei war auch einer der frisch ernannten Univertreter der Medizinischen Hochschule Brandenburg, an der der Hartmannbund seit Beginn des Wintersemesters mit studentischen Ansprechpartnern vertreten ist.

Im Mittelpunkt der Sitzung des Ausschusses der Medizinstudierenden stand die Wahl eines neuen Vorstands. Zum Vorsitzenden gewählt wurde Moritz Völker (Universität Witten-Herdecke), der bereits ein Jahr im Vorstand mitarbeiten konnte. Seine Stellvertreterin ist Käthe Lewicki von der Universität Greifswald. Neuer Schriftführer ist Maximilian Gradel von der LMU München und erste Beisitzerin Miriam Njie von der Universität Düsseldorf.

Der alte Vorstand mit Theodor Uden (Vorsitzender), Wenke Wichmann (Stellvertreterin), Marvin Jesse (Schriftführer) und Moritz Völker (erster Beisitzer) wurden zuvor mit großem Applaus verabschiedet. Die zwei zurückliegenden Amtsjahre des alten Vorstands waren sehr erfolgreich. Es gab viele wichtige Gespräche (zum Beispiel mit Vertretern des Medizinischen Fakultätentages, des Wissenschaftsrates und des Bundesgesundheitsministeriums) und sehr erfolgreiche Umfragen wie zum "Medizinstudium 2020 Plus" mit mehr als 7.500 Teilnehmern. Es wurden viele Positionen und Stellungnahmen geschrieben, und auch an so wichtigen Themen wie der Forderung einer "Bundesweit einheitlichen PJ-Aufwandsentschädigung von 597 Euro monatlich" und einem "Nein" zum einem PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin wurde weiter gearbeitet.

An der Herbstsitzung in Hannover nahmen insgesamt 40 der

aktuell 70 Univertreter des Hartmannbundes teil. Neben der Besprechung aktueller Themen wie dem "Masterplan Medizinstudium 2020", der Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium, der PJ-Aufwandsentschädigung, den Studientagen im Praktischen Jahr etc. sowie der Planung neuer Aktionen stand der Austausch der Univertreter im Mittelpunkt. Die Vernetzung untereinander ist dem neuen Vorstand ebenso ein wichtiges Anliegen wie der regelmäßige Austausch mit den ärztlichen Mitgliedern – sowohl auf der Arbeitsebene der Landesverbände als auch auf der Bundesebene.

Aktuell sind von den 37 Medizinischen Fakultäten 34 Fakultäten besetzt. Für die Fakultäten in Erlangen-Nürnberg, Halle und Gießen ist der Ausschuss der Medizinstudierenden noch auf der Suche nach Medizinstudierenden, die sich engagieren möchten. Studierende, die sich für ein Engagement als Univertreter interessieren, können sich per Mail unter hb-info@hartmannbund.de melden – gerne auch für die Fakultäten, an denen es bereits Univertreter gibt.

Ganz neu mit dabei ist die Medizinische Hochschule Brandenburg, die seit dem Sommersemester 2015 unter anderem am Standort Neuruppin nördlich von Berlin eine ärztliche Ausbildung anbietet. Auch hier ist der Hartmannbund mit Univertretern vertreten, die sich bereits sehr engagiert in die Verbandsarbeit einbringen.



 $\textit{Die Univertreter des Hartmannbundes trafen sich Mitte Oktober zu ihrer traditionellen Herbstsitzung - in diesem Jahr in Hannover. \\$

Wer wissen möchte, was die Univertreter des Hartmannbundes tun, in welchen Projekten sie sich engagieren und wie der Ausschuss der Medizinstudierenden arbeitet, dem ist zu empfehlen, die Facebook-Seite "Medizinstudierende im Hartmannbund" zu liken. Hier werden regelmäßig Informationen über geplante und/oder durchgeführte Aktionen der Univertreter veröffentlicht, es wird über die Ergebnisse aktueller Gespräche und Aktionen, aber auch geplanter Seminare berichtet und natürlich werden auch viele Fotos rund um die Aktivitäten der Univertreter veröffentlicht.

Also mitmachen auf Facebook und Fan der Seite werden.



Der neue Vorstand (von links): Maximilian Gradel aus München, Käthe Lewicki aus Greifswald, Miriam Njie aus Düsseldorf und Moritz Völker aus Witten-Herdecke.

Information

Expertengespräche zum Masterplan

Am 3. und 4. November fanden in Berlin die Expertengespräche zum "Masterplan Medizinstudium 2020" statt. An diesen nahm auch der Hartmannbund teil. Außerdem mit dabei waren Vertreter der Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung, einiger Bundesländer sowie anderer Interessenorganisationen. Diskutiert wurden die von allen Gesprächsteilnehmern am 31. Juli eingereichten Stellungnahmen zu den Themen Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, Förderung der Praxisnähe im Medizinstudium sowie Stärkung der Allgemeinmedizin im Rahmen des Studiums. Für Diskussionsstoff sorgte wie erwartet der PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin. Hier gab es am Ende des zweiten Taaes – aanz überraschend – einen Geaenvorschlaa aus den Reihen der anwesenden Ländervertreter: Wie wäre es mit vier Wahlauartalen im PJ – zwei im stationären und zwei im ambulanten Bereich? Der Masterplan soll im Frühsommer 2016 vorliegen.

Anzeige







telc Sprachenzertifikate für medizinische Fachkräfte für die berufliche Anerkennung in Deutschland!

telc Deutsch B2·C1 Medizin, telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung und telc Deutsch B1·B2 Pflege

- Sprachnachweis nach europäischen Qualitätsstandards für die Berufsanerkennung ausländischer Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte
- Umfangreiche pr

 üfungsvorbereitende Materialien f

 ür den fachsprachlichen Unterricht
- Workshops und Lehrgänge mit Zertifizierung für Dozentinnen und Dozenten

Informationen und kostenlose Übungstests finden Sie unter www.telc.net/medizin-pflege. Oder lassen Sie sich persönlich beraten: Telefon +49 (0) 69 95 62 46-10.

Hauptversammlung des Hartmannbundes 2015

Blick zurück und nach vorn

Unter dem Motto "25 Jahre gesamtdeutsches Gesundheitswesen – Rückblick und Perspektiven" haben sich die Delegierten des Hartmannbundes Anfang November zu ihrer Hauptversammlung in Berlin getroffen. Einer interessanten Zeitzeugen-Diskussion über die Wendejahre mit Blick auf die deutsche Gesundheitspolitik folgten intensive Debatten über die aktuelle Situation der deutschen Gesundheitspolitik, die in 18 konkreten Resolutionen mündeten.

In seiner an die Delegierten und zahlreichen Gäste aus Politik, Selbstverwaltung und Verbänden gerichteten Rede setzte sich der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, kritisch mit dem Zustand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auseinander, warnte - nicht zuletzt unter dem Eindruck der aktuellen Diskussionen um die von der Regierung geplanten Portalpraxen an Kliniken - vor neuen Gräben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und mahnte ausdrücklich eine aktivere Rolle von Selbstverwaltung und Verbänden als Gestalter des Gesundheitssystems an. Es sei Aufgabe dieser Akteure, so Reinhardt, eigene Lösungen und Konzepte zur Bewältigung bestehender Herausforderungen zu entwickeln und in die politische Debatte einzubringen. Dabei Vorschläge zu entwickeln, die von der Politik nicht nur als reines Wunschkonzert verstanden würden, sondern die auch den gesellschaftspolitischen Realitäten Rechnung trügen, erfordere Mut und Fantasie. Dieser Weg sei aber auf Dauer alternativlos, wenn es darum gehe, ein System mitzugestalten, das auch in Zukunft die Wahrung ärztlicher Unabhängigkeit gewährleiste.

Für den Hartmannbund kündigte Dr. Reinhardt in diesem Zusammenhang für das kommende Jahr ein konkretes Konzept zum Thema "Patientensteuerung" an. Dabei gelte es nicht nur, Möglichkeiten der Mengensteuerung zu diskutieren, sondern zum Beispiel auch therapeutische Redundanzen zu vermeiden.

Eine klare Absage erteilten die Delegierten des Hartmannbundes in einer Resolution der Einführung sogenannter Portalpraxen mit einer einseitigen Finanzierung zu Lasten des ambulanten Budgets. Hier gelte es stattdessen, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen in der stationären Versorgung, für einen ungedeckelten extrabudgetären Finanzierungstopf für die Notfallversorgung zu streiten.

Zahlreiche Gäste aus Politik, Selbstverwaltung und Verbänden waren Gäste der

Hauptversammlung, darunter der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Heidrung Gitter vom Vorstand der Bundesärztekammer, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Gassen, MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner und der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Lutz Stroppe.

Die von der Hauptversammlung verabschiedeten Resolutionen finden Sie auf der Homepage des Hartmannbundes unter aktuelle Meldungen/Meldung vom 10. November "Gestern und heute: Die Zukunft gestalten". Wichtige Themen waren unter anderem: Patientensteuerung, Anti-Korruptionsgesetz, E-Health-Gesetz, Krankenhausreform nachbessern, Portalpraxen, Ärztliche Weiterbildung sachgerecht finanzieren, Öffentlicher Gesundheitsdienst muss gestärkt werden, Anspruch auf die Behandlung von chronischen Erkrankungen im Asylbewerberleistungsgesetz klarstellen.



Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion waren (von links): Norbert Jachertz (ehemaliger Chefredakteur Deutsches Ärzteblatt), Dr. Rainer Hess (ehemaliger Hauptgeschäftsführer KBV), Franz Knieps (Vorstand BKK Dachverband), Moderatorin Sabine Rieser, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Ellen Lundershausen (Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen) und Dr. Wolfgang Weidig (zur Wendezeit Klinikarzt und erster Landesvorsitzender des HB in Mecklenburg Vorpommern nach der Wiedervereinigung).



Dr. Werner Sitter erhielt die Hartmann-Thieding-Plakette. Seit 1983 HB-Mitglied, wurde er Vorsitzender des Kreisvereins Ansbach und Delegierter der Landesdelegiertenversammlung. Er war Bezirksvorsitzender von Mittelfranken und Mitglied des Landesvorstandes Bayern (1997-2013). Auf Bundesebene war er Mitglied des Gesamtvorstandes und Delegierter zur HV.



Sahar Moghaddam Mir Shekari wurde während der Hauptversammlung mit dem Friedrich-Thieding-Preis 2015 ausgezeichnet, der von der apoBank gesponsert wurde. Die 24-jährige Medizinstudentin engagiert sich neben ihrem Studium für Jugendprojekte, arbeitet als OP-Assistenz und betreut als Tutorin den Studentenunterricht an der Kinderklinik der Uniklinik Essen.



Dr. Klaus Baier wurde die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen. Er trat 1978 in den Hartmannbund ein. Im Landesverband Baden-Württemberg ist er seit 1989 Mitglied der Landesdelegiertenversammlung. Von 1989 bis 1992 war er stellvertretender Kreisvereinsvorsitzender des Kreisvereins Böblingen, seit 1993 ist er Vorsitzender des Kreisvereins.







Der Hartmannbund begrüßte auf seiner diesjährigen Hauptversammlung unter anderem den Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Frank-Ulrich Montgomery und Dr. Heidrun Gitter vom Vorstand der Bundesärztekammer (Foto oben), Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Foto links), und Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium.



Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes 2015

"Der Arzt, der um die Ecke denkt" faszinierte die Jury

Der Hartmannbund hat den Film "Der Arzt, der um die Ecke denkt" der Autoren Udo Kilimann und Jule Sommer – ausgestrahlt in der Sendereihe "Menschen hautnah" des WDR – mit seinem diesjährigen Film- und Fernsehpreis ausgezeichnet. Die Verleihung fand während der Hauptversammlung des Hartmannbundes am 6. November in Berlin statt.

"Wir haben uns für diesen Beitrag entschieden, weil einerseits das Thema uns Ärzte auch in unserem beruflichen Alltag immer wieder beschäftigt und andererseits der Film Defizite in unserem Gesundheitssystem aufzeigt, die nur gemeinsam – mit ambulant und stationär tätigen Ärzten sowie den hochspezialisierten Universitätskliniken – behoben werden können", begründete der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, die Entscheidung.

Im Mittelpunkt des Siegerbeitrages, der aus 38 Zusendungen ausgewählt wurde, stehen Patienten mit rätselhaften Erkrankungen, denen das Gesundheitswesen, obwohl hochtechnisiert und mit großer Expertise ausgestattet sowie dem großen Engagement seiner Protagonisten, am Ende nicht mehr helfen kann.

In der Laudatio der Jury des Film- und Fernsehpreises heißt es dazu:

Die Betroffenen haben oft eine jahrelange Odyssee von Arzt zu Arzt hinter sich; das Leben mit Beschwerden und der Ungewissheit ihrer Diagnose ist für sie zur Qual geworden. Der Film zeigt auf, wie Patienten neue Hoffnung schöpfen können, von ihrem Leiden befreit zu werden: Durch einen Arzt, der "um die Ecke denkt", der sich an einem gut ausgestatteten Diagnose-Zentrum gemeinsam mit Spezialisten die Zeit nehmen kann, Ursachen von Beschwerden in mühsamer Detektivarbeit aufzuklären – nicht immer mit Erfolg, aber immer mit großer Leidenschaft.

Protagonist des Films ist der Marburger Internist und Leiter des Zentrums für unerkannte und seltene Erkrankungen des



Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, überreicht den beiden Autoren Udo Kilimann und Jule Sommer den Film- und Fernsehpreis 2015.

Universitätsklinikums Gießen-Marburg, Prof. Dr. Jürgen Schäfer (s. auch nebenstehendes Interview auf Seite 29), dessen außergewöhnliche diagnostische Fähigkeiten und dessen internistischer Rundumblick, die er Medizinstudierenden anhand der Fernsehserie "Dr. House" vermittelt, ihn als deutsches Pendant des US-Arztes bekannt gemacht haben. "Dem Film gelingt es, das unermüdliche Bemühen um medizinische Aufklärung sowie die Probleme seiner verzweifelten Patienten hautnah einzufangen und als spannende Detektivgeschichte zu vermitteln", so die Jury weiter.

Im Rahmen der Preisverleihung ergriffen auch die Autoren das Wort. "Wir haben während unserer Arbeit am Film gemerkt, wie essenziell es ist, die richtige Diagnose zu finden", so Udo Kilimann. Eine gute Diagnose brauche viel Zeit und davon scheinen die meisten Ärzte zu wenig zu haben.

"Der Arzt, der um die Ecke denkt", so Dr. Klaus Reinhardt in seiner Rede anlässlich der Verleihung, "ist keineswegs ein Film, der uns Ärzten unterstellt, uns fehlten Engagement und Fähigkeiten, in schwierigen Fällen zu helfen. Im Gegenteil: Der Film zeigt, was möglich ist, wenn Ärzte – am besten im Team – ausreichend Zeit für eine umfassende Diagnostik haben und auch technisch aus dem Vollen schöpfen können." So sahen dies auch die anwesenden Delegierten, die dem 45-minütigen Film nach der Ausstrahlung Beifall spendeten.

Der Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes wurde bereits zum 43. Mal verliehen. In diesem Jahr durfte sich der Hartmannbund ganz besonders über die erstmalige Teilnahme von Dr. Eckart von Hirschhausen an der Jury freuen. Die weiteren Jury-Mitglieder, die seit vielen Jahren dabei sind: Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärzte Zeitung; Dr. Annette Tuffs, Leiterin der Unternehmenskommunikation des Klinikum Nürnbergs; Heinz Stüwe, freier Journalist und ehemaliger Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes; Ute Pauling, Redakteurin beim WDR. (DA)

Prof. Dr. Jürgen Schäfer leitet das Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen am Universitätsklinikum Gießen-Marburg. Er ist Internist, Endokrinologe, Kardiologe, Intensivmediziner und Autor. 2008 begann Jürgen Schäfer, seinen Medizinstudierenden nach dem Vorbild der US-Fernsehserie "Dr. House" schwierige medizinische Fälle zu erklären. 2010 wurde er mit dem Ars legendi-Preis für exzellente Hochschullehre für seine Leistungen ausgezeichnet.



Prof. Dr. Jürgen Schäfer im Interview

In der Diagnostik gibt es Nachholbedarf

Sehr geehrter Herr Professor Schäfer, die Haupthandlung des diesjährigen Siegerbeitrages des Film- und Fernsehpreises spielt im Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen der Universitätsklinik Gießen-Marburg, dessen Leiter sie sind. Im Mittelpunkt stehen Ihre Arbeit und das Schicksal von vier Patienten. Wie geht es diesen?

Alle vier Patienten fühlen sich zwischenzeitlich besser, wenngleich nicht völlig gesund. Bei drei Patienten konnten wir eine belastbare Diagnose stellen und entsprechend behandeln. In einem Fall mussten wir dabei nur die hormonfreisetzende Spirale entfernen, und nach wenigen Wochen waren die jahrelangen Kopfschmerzen und Depressionen verschwunden. Bei einem anderen Patienten konnten wir die molekularbiologisch als auch mikroskopisch gesicherte Bilharziose (= tropische Infektionskrankheit) aus dessen Aquarium erfolgreich behandeln. Bei einer anderen Patientin besserten sich nach einer Ernährungsumstellung die Bauchschmerzen, sie klagt aber weiterhin über quälende Missempfindungen im Kopf. Vor eine besondere Herausforderung stellte uns der Patient aus Österreich. Zwei unserer erfahrensten Molekularbiologen fanden eine bislang unbekannte Mutante eines Kaliumkanals. Durch ein bisschen Lasix und Senkung des Kaliumspiegels konnten wir die Lähmungsattacken völlig zum Verschwinden bringen.

Dann scheint der Filmtitel "Der Arzt, der um die Ecke denkt" mehr als zutreffend zu sein. Wie vielen Menschen können Sie helfen?

Wir haben aktuell über 4.000 Einsendungen vorliegen, das sind in der Regel dicke Aktenordner voller Befunde. Trotz großem Engagement unseres Teams können wir nur einen kleinen Teil zeitnah abarbeiten. Dies

ist auch der Grund, warum wir jetzt neue Wege gehen werden und vermehrt auf den Einsatz moderner IT-Systeme bauen. Patienten mit komplexen Krankheitsbildern stellen besondere Herausforderungen dar und brauchen besondere Anlaufstellen. Auch aus diesem Grund hat es uns gefreut, dass die Autoren Udo Kilimann und Jule Sommer mit ihrem Film diesen Patienten eine Stimme gegeben haben.

Glauben Sie, dass Sie besser sind als Ihre Kollegen?

Auf keinen Fall, wir sind nicht besser als andere Ärzte. Die meisten unserer Kollegen denken genauso oft "um die Ecke" wie wir. Unser Privileg an einer patientenorientierten Universitätsklinik ist jedoch, dass wir mehr Zeit, sehr viele technische und personelle Ressourcen und dadurch eben auch mehr Möglichkeiten zur Verfügung haben als in einem reinen Versorgungsklinikum. Der Ansturm auf unser kleines Zentrum zeigt aber auch deutlich, dass wir in unserem Gesundheitssystem, das weltweit exzellent ist, große Lücken bei der Diagnostik und Versorgung von komplex Erkrankten haben, bei denen im niedergelassenen Bereich alles an Möglichkeiten ausgeschöpft wird. Für diese bleibt im normalen ärztlichen Alltag keine Zeit. Hier brauchen wir Strukturen für aufwändige Diagnosen, die im niedergelassenen Bereich nicht geleistet werden können und auch nicht sollen.

Wie muss man sich den Ablauf Ihrer Diagnostik vorstellen?

Erfahrene Fachärzte sichten zunächst die Dokumente, die uns die Hausärzte bzw. Patienten zugeschickt haben, und dann besprechen wir die Fälle im Team. Aufgrund der vielen Anfragen, die unser Zentrum er-

reichen, helfen wir vorrangig Patienten, die uns von den Hausärzten dringend ans Herz gelegt werden. Wir versuchen eventuelle "Vergesser" herauszuarbeiten. Ein Klassiker ist dabei das Schmidt-Syndrom, häufig ist eine Schilddrüsenerkrankung bereits diagnostiziert und behandelt, dass bei einem polyglandulären Syndrom aber auch die Nebennierenrinde geschädigt sein kann, wird leider oft vergessen. Zudem screenen wir mit spezieller Computersoftware Medikamenten-Nebenwirkungen. Die kompliziertesten Fälle werden von erfahrenen Internisten strukturiert und einem interdisziplinären Team vorgestellt.

Sie unterrichten an der Universität Marburg Medizinstudierende im Rahmen einer Seminarreihe, bei der Sie die US-amerikanische Fernsehserie "Dr. House" als Lehrelement integrieren. Wie genau sieht Ihr Konzept aus? Seit etwa acht Jahren halten wir ein Seminar ab mit dem Titel "Dr. House revisited oder: hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?" Ziel ist es, die Studierenden für seltene Erkrankungen zu begeistern und ihnen Diagnosefindungsstrategien zu vermitteln. Dabei gehen wir eine Folge gemeinsam durch, wobei wir kurze Clips vorspielen, die wir dann gemeinsam besprechen. Was hätten wir anders gemacht, was macht Dr. House hier richtig, passt das Ganze zu dem Krankheitsbild und am Schluss eben die Frage, hätten wir den Patienten auch geheilt? Den Studierenden macht das sehr viel Spaß und sie lernen eifrig etwas über Krankheiten, die sie sonst kaum zu Gesicht bekommen. Was mich besonders freut ist die Tatsache, dass mich immer wieder mal ehemalige Studierende kontaktieren und von der Klärung seltener Erkrankungen berichten. (DA)

Hartmannbund-Preis wurde verliehen

Seit zehn Jahren kooperiert der Hartmannbund mit der SRH Fernhochschule Riedlingen und verleiht seit 2008 den mit 500 Euro dotierten "Hartmannbund-Preis". Jedes Jahr wird eine Abschlussarbeit aus dem Bereich des Gesundheitswesens ausgezeichnet, die in herausragender Weise Themen aufgreift, die Relevanz für ärztliches Handeln entfalten.

Preisträger in diesem Jahr sind die Absolventen Johannes Braun und Mathias Kubek, die in einer gemeinsamen Master-Thesis die "Positionierung von Managementgesellschaften in der Integrierten Versorgung" zum Thema gewählt haben. Aufgrund der steigenden Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit und Sektoren übergreifender Kooperationen bilden sich vermehrt Leistungsgemeinschaften, Netzwerke und Gesundheitszentren, wobei die Tendenz zu größeren Organisationseinheiten geht. Damit gewinnen Managementgesellschaften an Bedeutung, die sich um eine Koordination der Leistungserbringer bemühen und versuchen, Interessen der Einrichtungen mit denen der Kostenträger in Einklang zu bringen.



Von links: Preisträger Mathias Kubek, Dr. Friedrich Gagsteiger (Bezirksvorsitzender des Hartmannbundes Südwürttemberg), Preisträger Johannes Braun und Hochschulrektorin Prof. Dr. Julia Sander.



Teilnehmer des Koblenzer Politik-Forums (von links): Dr. Gerald Gaß, Jessica Hanneken, Alexa Werland und Dr. Matthias Bausch, Hartmannbund-Bezirksvorsitzender in Koblenz.

Koblenzer Politik-Forum

In den grundversorgenden Haus- und Facharztpraxen in Rheinland-Pfalz könnten bis zum Jahr 2020 rund 2.800 Ärzte fehlen. Trotzdem schaut der Landesverband Rheinland-Pfalz vorsichtig optimistisch in die Zukunft. "Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind da", sagte Dr. Matthias Bausch im Rahmen des vom Hartmannbund durchgeführten "Koblenzer Politik-Forum" zum Thema "Neue Modelle der Medizinischen Versorgung". Jetzt gelte es, diese mit Leben zu füllen.

Als ein Vorzeigeprojekt stellte Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer des Landeskrankenhauses Andernach, das in diesem Jahr neu eröffnete, ambulant-stationäre Gesundheitszentrum Glantal vor. In der 3.000 Einwohner zählenden Gemeinde Meisenheim im Westerwald sei es gelungen, unter der Trägerschaft des Landeskrankenhauses und in Kooperation mit dem rheinland-

pfälzischen Gesundheitsministerium ein Versorgungszentrum mit Vorbildcharakter zu errichten. Darin wurden nicht nur zwei aus den sechziger Jahren dringend sanierungsbedürftige Meisenheimer Krankenhäuser in einem Neubau zusammengelegt, sondern um neue Leistungsfelder wie eine Tagesklinik für Schmerztherapie oder die kassenärztliche Bereitschaftszentrale ausgeweitet. Ärzte und Mitarbeiter des Akut-Krankenhauses arbeiten mit freiberuflichen Medizinern unter einem Dach zusammen und nutzen gemeinsam personelle, räumliche und gerätetechnische Ressourcen.

Auch wenn ein solches Pilotprojekt nicht eins zu eins auf andere Regionen übertragbar sei. "Dieses Beispiel macht deutlich, dass wir völlig neu denken müssen", zeigte sich Dr. Matthias Bausch abschließend überzeugt. Die Zukunft gehöre vernetzten Strukturen.

In Erinnerung an Dr. Karl-Heinz Röderer

Dr. Karl-Heinz Röderer wurde am 5. März 1942 in Ulm geboren und starb nach jahrelanger schwerer Erkrankung am 2. November 2015. Nach dem Medizinstudium sowie der Facharztweiterbildung zum Internisten mit dem Teilgebiet Pneumologie ließ er sich 1978 in Ulm nieder (Schwerpunkt Herz- und Lungenkrankheiten). Über 30 Jahre war Dr. Röderer berufspolitisch aktiv. Er trat im Grundgedanken von Hermann Hartmann "zusammen sind wir eine Macht" für eine starke gemeinschaftlich agierende

Ärzteschaft ein. Unermüdlich warb er junge Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder und diskutierte in Politik wie Ärztekreisen über die freie Berufsausübung. 1989 wurde er in den HB-Bundesvorstand gewählt und war von 1993 bis 2001 stellvertretender Bundesvorsitzender. Den LV Baden-Württemberg leitete er von 1993 bis 2005 und wurde danach Ehrenvorsitzender. In der LÄK Baden-Württemberg bekleidete er von 1991 bis 1999 das Amt des Vizepräsidenten. Neben vielen Ehrungen sei die Hartmann-

Thieding-Plakette hervorgehoben. Mit den Worten "Kritische Begleitung der Sozialund Gesundheitspolitik" beschrieb Dr. Karl Röderer sein konstruktives Motto, mit dem

er seine Ehrenämter ausfüllte. Dr. Röderer hat viel für die Ärzteschaft in Land und Bund geleistet. Wir werden sein Andenken bewahren und in Ehren halten.



Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten"

5.000 Euro-Spende geht an das Projekt "Medizin hilft Flüchtlingen"

Der Vorstand der Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" hat beschlossen, dem Berliner Projekt "Medizin hilft Flüchtlingen" eine Spende in Höhe von 5.000 Euro zukommen zu lassen.

Hinter dem Projekt "Medizin hilft Flüchtlingen" verbirgt sich eine Gruppe von ehrenamtlich tätigen Ärzten und Pflegekräften verschiedener Fachrichtungen, die sich seit einem Jahr in Berlin für Flüchtlinge engagiert. Das Ärzteteam ist vor knapp einem Jahr entstanden - mit dem Ziel, damals 200 Flüchtlingen zu helfen, die in einer Turnhalle in Berlin-Dahlem leben mussten. Später wurde die Betreuung einer zweiten Unterkunft dazugenommen. Durch die finanzielle Unterstützung der Evangelischen Gemeinde Dahlem und vieler Einzelspender, heißt es von Seiten der Projektleitung, sei es damals gelungen, die allgemeine Gesundheitssituation der Flüchtlinge zu verbessern. Nach Schließung der beiden Notunterkünfte im Mai diesen Jahres konzentrierten sich die Ehrenamtlichen auf die medizinische Erstversorgung von Flüchtlingen an verschiedenen Standorten Berlins.

Betreuung von über 2.300 Flüchtlingen

Derzeit werden mehr als 2.300 Flüchtlinge betreut. Aktuell sei der Großteil dieser betreuten Flüchtlinge unregistriert und habe somit keinen Krankenschein. Ohne das Engagement der Ärzte im Projekt "Medizin hilft Flüchtlingen" hätten diese Flüchtlinge keine Gesundheitsversorgung. Das gesamte Equipment sowie die Medikamente werden vom Projekt finanziert.

An dieser Stelle ein Auszug aus einem der Projektberichte: "Wir stellen die gesamte Logistik und koordinieren den Einsatz der einzelnen Ärzte, die an den von uns betreuten Standorten ehrenamtlich arbeiten. Dabei bemühen wir uns sehr um die Einhaltung von Standards wie zum Beispiel Hygieneplänen oder Verfahrensanweisungen. Wir überprüfen die Approbation der Ärzte und achten darauf, dass die ehrenamtlichen Ärzte mindestens zwei Jahre Berufserfahrung besitzen. Jeder Standort wird zudem von einem verantwortlichen Apotheker vor Ort betreut. Dazu kommt ein Netzwerk von



Im Rahmen des Projekts "Medizin hilft Flüchtlingen" unterstützen Ehrenamtliche in Berlin bei der ärztlichen Erstbetreuung von Flüchtlingen. Projektleiterin ist ein Hartmannbund-Mitglied: Dr. Pia Skarabis-Querfeld.

ca. 50 kooperierenden Arztpraxen und Klinikärzten. Zusätzlich kooperieren wir mit anderen Stellen in der Flüchtlingshilfe, zum Beispiel mit Berliner Gesundheitsämtern, indem wir ihnen ärztliches Untersuchungs-Equipment zukommen lassen, Know-how und auch Freiwillige vermitteln. "

Seit Anfang diesen Jahres ist das Projekt "Medizin hilft Flüchtlingen" durch die aktuellen Ereignisse sehr stark gewachsen und engagieren sich berlinweit derzeit mehr als 90 Ärzte, 50 Krankenschwestern und -pfleger, 30 Dolmetscher und 20 weitere aktive Helfer. Damit ist das Projekt die größte und darüber hinaus die einzige mobile und trägerunabhängige medizinische Hilfsinitiative für Flüchtlinge in Berlin. Auf Grund des großen Presseechos der vergangenen Monate bekommt die Projektleitung viele Anfragen von Menschen, die helfen möchten. Deshalb wurde eine Informationsseite im Internet eingerichtet. Unter www.Medizinhilft-Fluechtlingen.de finden Interessierte Informationen über die Projektarbeit sowie wichtige Dokumente zum Herunterladen.

Dankeschön an alle engagierten Ärzte

Der Vorstand der Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" hat am 24. November beschlossen, diese Arbeit mit einer Spende in Höhe von 5.000 Euro zu unterstützen. "An dieser Stelle möchte



die Stiftung allen Kolleginnen und Kollegen danken, die sich ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe engagieren und so einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der neu ankommenden Flüchtlinge leisten", so der Vorsitzende der Stiftung, Dr. Klaus Reinhardt. "Durch die Spende in Höhe von 5.000 Euro an die Berliner Flüchtlingsinitiative möchte die Stiftung 'Ärzte helfen Ärzten' ein Zeichen der Solidarität und des Mitgefühls für die schwierige Situation der Flüchtlinge setzen sowie das Engagement aller Ärztinnen und Ärzte würdigen."

Schlaglichter 2015

Auch in diesem Jahr wollen wir Bilanz ziehen und in Wort wie Bild einige Schlaglichter auf Themen und Ereignisse werfen, die den Hartmannbund im Jahr 2015 im Besonderen beschäftigt haben. Ein Schwerpunkt dieses Jahres war die noch stärkere Vernetzung des Verbandes mit Playern der Gesundheitspolitik. Hier konnte der Hartmannbund ebenso viele Akzente setzen wie mit seinen zahlreichen Aktionen und Umfragen.



Schlaglicht Politische Gespräche

Es waren in 2015 vor allem das Versorgungsstärkungsgesetz mit seinen Regelungen zum Praxisaufkauf in sogenannten überversorgten Gebieten und der Einführung von Terminservicestellen, das Krankenhausstrukturgesetz mit seinen neuen Weichenstellungen für die künftige Krankenhauslandschaft und der Einführung von Portalpraxen, das Tarifeinheitsgesetz mit seiner de facto-Aushebelung arztspezifischer Tarifverträge und das Antikorruptionsgesetz mit seinem bis zum Schluss unscharfen und damit für Unsicherheit sorgenden Formulierungen, die erheblichen Gesprächsbedarf mit der Politik, aber auch Abstimmungsbedarf innerhalb der Ärzteschaft erforderlich machten. Neben Bundesgesundheitsminister Gröhe gehörten so unter anderem auch Spitzenvertreter des Bundesjustizministeriums, der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen, Ärztepräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery und viele weitere Vertreter aus Politik und Kassen zu den Gesprächspartnern des Hartmannbundes. Besonders erfreulich: Die in der Allianz deutscher Ärzteverbände zusammengeschlossenen Verbände intensivierten und koordinierten ihre Zusammenarbeit weiter und traten in vielen zentralen Fragen mit gemeinsamen Positionen auf. Und auch die Medizinstudierenden des Hartmannbundes waren zu zahlreichen Gesprächen eingeladen, u.a. mit den Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung, mit dem Medizinischen Fakultätentag und dem Wissenschaftsrat sowie zu Expertengesprächen zum "Masterplan Medizinstudium 2020".

2.

Schlaglicht Verbandsthemen

Wie ein roter Faden zog sich angesichts der zentralen Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung in diesem Jahr ein wichtiges Anliegen durch die Positionen des Hartmannbundes: Die Warnung vor der Gefährdung der ärztlichen Freiberuflichkeit. Anlass zur Sorge bot ansonsten vor allem aber der Zustand der ärztlichen Selbstverwaltung - ganz besonders mit Blick auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Hartmannbund appellierte dabei nicht nur an die Geschlossenheit von Haus- und Fachärzten, sondern warnte auch vor Verteilungskämpfen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wichtiges Thema für 2016: Der Hartmannbund fordert eine intensive und offene Diskussion über intelligente Instrumente der Patientensteuerung und kündigt die Vorlage eines eigenen Konzeptes an. Ganz nach dem Motto: Die Ärzteschaft muss sich wieder stärker als Gestalter des Gesundheitssystems profilieren, mit ganz konkreten und wirklichkeitsnahen Vorschlägen.











Für den Hartmannbund war es ein ganz besonderer Deutscher Ärztetag, dieses 118. Treffen des "Deutschen Ärzteparlamentes" in Frankfurt. Neben der erfolgreichen Einbringung zahlreicher Resolutionen durch Vertreter des Verbandes war es vor allem die Wahl des Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt in den Vorstand der Bundesärztekammer, die aufhorchen ließ. Erstmal seit 20 Jahren ist damit wieder ein renommierter Vertreter des Hartmannbundes Mitglied im höchsten Führungsgremium der Deutschen Ärzteschaft. Viel Aufmerksamkeit erlangte der Hartmannbund auf dem Deutschen Ärztetag auch mit seinen Aktionen zum Thema Arbeitszeit und zur Bewahrung der Freiberuflichkeit. Der Präsident des Deutschen Ärztetages höchstpersönlich war beeindruckt.

4.

Schlaglicht **Aktionen**

Mit gezielten Aktionen thematisierte der Hartmannbund in 2015 wieder Probleme und Herausforderungen der Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung und an den Kliniken. So karikierte er unter dem Motto "Und jetzt bitte an die Arbeit, Herr Doktor" bildlich die zahlreichen Einschränkungen und Behinderungen der Freiheit ärztlichen Handelns und wies mit seiner Voting-Aktion "Überstunden? Das ist doch kostenlose Fortbildung" auf die immer noch unbefriedigende Situation der Arbeitszeitbedingungen von Ärztinnen und Ärzten an deutschen Krankenhäusern hin. Beide Aktionen wurden von den Mitgliedern gut angenommen, das "Schlangenplakat" entwickelte sich sogar zum Dauerbrenner.







Schlaglicht **HB-Versammlungen**

In den vergangenen Monaten fanden bundesweit Delegiertenversammlungen der Landesverbände des Hartmannbundes statt. Für viele Landesverbände standen unter anderem die aktuelle berufspolitische Lage sowie die Nach- bzw. Vorbereitung der Kammerwahlen auf der Tagesordnung. Die Landesverbände der neuen Bundesländer blickten außerdem auf ihr jeweiliges Gründungsdatum im Jahr 1990 zurück. Hierzu gab es vielerorts Veranstaltungen. Der Rückblick auf das Jahr 1990 war auch Thema auf der diesjährigen Hauptversammlung des Verbandes. Im Mittelpunkt stand eine Podiumsdiskussion zum Thema "25 Jahre gesamtdeutsches Gesundheitswesen – Rückblick und Perspektiven".





6.

Schlaglicht Fin Jahr

Ein Jahr der Wahlen

In diesem Jahr fanden nicht nur sehr erfolgreich die Landesversammlungen des Hartmannbundes statt, sondern gab es auch Wechsel an der Spitze der Landesverbände. Neuer Vorsitzender in Brandenburg ist Dr. Hanjo Pohle und in Hessen Dr. Lothar Born. Erfolgreiche Auftritte konnte der Hartmannbund bei den diesjährigen Kammerwahlen verzeichnen. So wurde unter anderem der Vorsitzende des Hartmannbundes. Dr. Klaus Reinhardt, in Westfalen-Lippe als Vizepräsident bestätigt. Hier ist der HB mit sieben Delegierten in die Kammerversammlung eingezogen. Berlin ist erstmals wieder mit einer eigenen Liste vertreten und konnte aus dem Stand drei Sitze gewinnen. In Hamburg konnte ein Sitz gesichert werden, in Mecklenburg-Vorpommern sind zwei HB-Mitglieder in der Kammerversammlung vertreten, in Nordrhein ebenfalls zwei und in Baden-Württemberg fünf HB-Mandatsträger. Auch bei den Studierenden gab es in diesem Jahr einen Wechsel. Der Vorstand wurde komplett neu gewählt. Moritz Völker übernahm den Vorsitz von Theodor Uden.



7.

Schlaglicht **Umfragen**

Auch in diesem Jahr hat es der Hartmannbund mit seinen Umfragen in die Schlagzeilen der Medien geschafft. Gleich zu Beginn des Jahres konnte ein neuer Rekord verkündet werden. Mehr als 7.500 Medizinstu-

dierende nahmen an der

Umfrage "Medizinstudium 2020 Plus". Im Mittelpunkt der Umfrage stand der "Masterplan Medizinstudium 2020", an dem aktuell von Seiten Bund und Ländern gearbeitet wird. Eine weitere Umfrage des Hartmannbundes unter seinen Assistenzärzten beschäftigte sich mit den Arbeitsbedingungen.

43 Prozent der mehr als 1.400 Teilnehmer bewerten ihre Arbeitsbedingungen lediglich als durchschnittlich bzw. sehr schlecht. Bereits die erste Erhebung vor drei Jahren zeigte Missstände auf.





Schlaglicht **Und sonst?**





8.

Auf 60 Jahre konnte in diesem Jahr die Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" zurückblicken. Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Ärzte aus der ehemaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Dazu gehört in erster Linie die Unterstützung von Arztkindern, deren Eltern sich in einer finanziell prekären Lage befinden. Auch die zweite Stiftung des Hartmannbundes, die "Friedrich-Thieding-Stiftung", hat in diesem Jahr eine Menge erreicht. So konnten mehr als 300 Seminare bundesweit angeboten werden. Ganz neu dabei ist die Seminarreihe "Ab morgen Arzt", die bereits in vielen Bundesländern gestartet ist.

Alle Jahre wieder

Was müssen Käufer beim Weihnachtsgeschäft beachten?





Der Autor: Karl-Heinz Silbernagel Deutsche Ärzteversicherung Tel.: 0221-148 228 57 www.aerzteversicherung.de

Schokoladenweihnachtsmänner, Glitzerdeko und weihnachtliche Songs im Radio lassen keinen Zweifel daran: Weihnachten steht mal wieder vor der Tür und es beginnt der "Run" auf die Geschenke. Und wie in jedem Jahr stellen sich die Käufer viele Fragen.

Kaum ist Weihnachten vorbei, treten viele Geschenke den Rückweg in den Laden an: Die Krawatte gefällt nicht, das Buch stand bereits im Regal und der Pulli ist zu groß. Aber kann man die Präsente immer und jederzeit umtauschen? Grundsätzlich kann man Ware nicht einfach zurück-

geben, nur weil sie nicht gefällt oder man sich vergriffen hat. Wenn der Händler eine Umtauschmöglichkeit anbietet, ist das Kulanz. Deshalb sollte man vorher klären, ob und, wenn ja, wie lange das Geschäft die Fehlkäufe überhaupt zurücknimmt.

Fehlt dann auch noch der Kassenbon, muss das ungeliebte Präsent in den Keller wandern – oder etwa nicht? Der Kassenbeleg ist für die Rückgabe nicht zwingend erforderlich. Ohne Bon muss der Käufer aber auf anderem Weg beweisen, dass er die Ware tatsächlich zum entsprechenden Zeitpunkt im entsprechenden Laden gekauft hat – zum Beispiel mithilfe eines Zeugen. Möchte der Beschenkte das Geschenk selbst und in einer anderen Filiale umtauschen, sollte auch hier vorher geklärt werden, ob die Kaufhauskette diese Möglichkeit anbietet.

Können Geschenkgutscheine ihre Gültigkeit verlieren?

Tatsächlich verjährt der Anspruch aus einem Geschenkgutschein nach drei Jahren - unabhängig davon, ob das auf dem Coupon vermerkt ist. Wenn der Anbieter aber einfach ein "Verfallsdatum" von unter drei Jahren vorgibt, ist das in der Regel unzulässig. Hat sich der Schenker auch bei diesem eigentlich so risikofreien Geschenk vergriffen, sollte sich der Beschenkte aber dennoch etwas dafür aussuchen - denn zurückgeben geht nicht. Es ist nicht möglich, den Gutschein gegen Bargeld einzutauschen. Das ginge nur, wenn sich der Gutschein auf ein ganz bestimmtes Produkt bezieht und dieses bei der Einlösung nicht mehr verfügbar ist.

Kann man Weihnachtsmarkt-Präsente umtauschen?

Der Händler, der seine Waren auf einem Weihnachtsmarkt anbietet, muss seine Geschäftsdaten deutlich sichtbar an seinem Stand anbringen. Diese sollte sich der Käufer notieren und sich außerdem einen Kaufbeleg geben lassen, damit er defekte Ware später noch reklamieren kann. Ansonsten gilt auf dem Weihnachtsmarkt das gleiche Prinzip wie im Geschäft: Gefällt das Geschenk einfach nur nicht, hat der Käufer keinen Anspruch, es umzutauschen. Ist das erworbene Windspiel aber defekt oder verliert das neue Schmuckstück einen Stein, darf der Verkäufer erst nachbessern oder gegen ein mangelfreies Exemplar austauschen, muss aber den Kaufpreis erstatten, wenn die Nachbesserung nicht den gewünschten Effekt hatte.

Was muss man bei Online-Bestellungen beachten?

Die einfachste Methode, um die vorweihnachtlichen Einkäufe schnell über die Bühne zu bringen, ist das Internet. Wer beim Einkaufen, zum Beispiel auf fremden und ausländischen Webseiten, auf Nummer sicher gehen will, sollte sich über Bezahlsysteme wie zum Beispiel PayPal absichern. So wird der Kaufpreis erst nach Erhalt der Ware freigegeben. Aber auch der Kauf über zertifizierte Anbieter, so genannte Trusted Shops, gibt dem Web-Einkäufer eine gewisse Sicherheit. Wenn das Geschenk pünktlich unterm Weihnachtsbaum liegen soll, sollte der Käufer die Bestellung früh genug aufgeben. Liefertermine, die auf den Webseiten angegeben werden, sind nicht unbedingt verbindlich. Auf Angaben wie "versandfertig in 24 Stunden" kann sich der Kunde also weder verlassen noch rechtlich berufen. Und auch bei der Rückgabe gibt es einiges zu beachten. So kann man Einkäufe bei Onlinehändlern zwar innerhalb von 14 Tagen ab Zusendung ohne Begründung einfach zurückschicken. Dies gilt allerdings längst nicht für alle Produkte: Sonderanfertigungen, schnell verderbliche Lebensmittel oder versiegelte Ware, die bereits ausgepackt wurde, kann nicht einfach zurückgeschickt werden. Das ist vor allem bei verschweißten DVDs und CDs immer wieder ein Problem.



Hotelbuchung zum Vorteilspreis

Ringhotels: "Echt HeimatGenuss erleben"



Als eine der ältesten und größten Hotelkooperationen Deutschlands fühlt sich Ringhotels einem Begriff verbunden, den es in dieser Form nur hierzulande gibt – Heimat.

Denn jedes Ringhotel lebt den engen Bezug zu seiner Region in der Küche, in den Aktivitäten und auch in der Ausstattung des Hauses. Genießen Sie Ihre ganz privaten Auszeiten – mit acht Prozent Extra-Rabatt für jede Buchung!

Die Ringhotels sind rund 130 individuelle 3- bis gehobene 4-Sterne-Hotels in ganz Deutschland. Hinzu kommt eines in den Niederlanden. Allen Ringhotels gemeinsam sind das hohe Qualitätsverständnis und eine herzliche Gastfreundschaft, die jeden Tag neu gelebt wird. Zur Kooperation gehören neben Tagungs- und Stadthotels auch Ferien- und Wellnesshotels. Außerdem zählen einige historische Herrenhäuser und Schlösser dazu, die mit dem Zusatz "Gast im Schloss" gekennzeichnet sind.

Für Ringhoteliers ist Heimat mehr als nur ein Ort oder eine Herkunft: Heimat steht hier für die Beziehung zwischen Mensch und Raum, für den Charakter und die Identität des Hauses und für das Gefühl, mit seiner Umgebung verwurzelt zu sein. Diese Verbundenheit mit der Region stellt die Hotelkooperation künftig noch stärker in den

Mittelpunkt. Ihr Kernversprechen ist "Echt HeimatGenuss erleben". Schließlich ist jedes der privat geführten Häuser ein echtes Unikat, in dem die persönliche Handschrift der Gastgeber und der regionale Bezug spürbar werden. Dabei ist nicht nur Kreativität, sondern auch Tradition im Spiel. Viele der Häuser werden seit Generationen von einer Familie geführt. Sie verleihen ihrer Heimatverbundenheit immer wieder aufs Neue Ausdruck, ob in den regionalen und saisonalen Gerichten der Küche, im lokaltypischen Ambiente der Räumlichkeiten oder bei den täglichen Aktivitäten. Dieser lebendige Bezug zur Region ist es, der den Gästen der Ringhotels die Vielfalt der deutschen Regionen auf ganz besondere Weise näher bringt.

Sprechen Sie Ihren Gastgeber darauf an. Jeder Ringhotelier hat seine Geheimtipps, die er seinen Gästen liebend gerne verrät. Ob Walderkundungstour mit dem ansässigen Förster, ein Kulturtipp vom Gastgeber oder eine schöne Radtour abseits aller bekannten Routen: Bei Ringhotels ist Heimat mehr als nur ein Ort – es ist ein Lebensgefühl.

Auf den Geschmack kommen

Mit ihrem neuesten kulinarischen Angebot, dem "HeimatGenuss Menü", laden die Ringhotels ihre Gäste dazu ein, die deut-

sche Küche neu zu entdecken. Das Menü ist ganzjährig verfügbar und wird aus frischen, regionalen Produkten zubereitet, die je nach Jahreszeit variieren. Ganz nebenbei tun Sie auch noch Gutes, denn pro Menü geht eine Spende von zwei Euro an die Partner Dachverband Clowns in Medizin und Pflege Deutschland e.V. und Kinderhilfe Organtransplantation e.V.

Heimat neu entdecken

Mit dem "HeimatGenuss-Arrangement" spannt sich der regionale Bezug über Ihren gesamten Aufenthalt – vom Begrüßungsdrink über das Menü mit Spezialitäten der Region bis zum Abschiedsgeschenk. Je nach Jahreszeit und Umgebung gehören auch mal Leihfahrräder oder Eintrittskarten für ein regionales Event dazu.

Ein Extra für HB-Mitglieder

Für alle Hartmannbund-Mitglieder gibt es bei Ringhotels ein ganz besonderes Extra: In rund 130 Hotels erhalten Hartmannbund-Mitglieder acht Prozent Extra-Rabatt auf den Bestpreis. Der Rabatt wird bei der Online-Buchung direkt abgezogen. Sichern Sie sich Ihren Preisvorteil.

Mehr Informationen zu diesem Angebot erhalten Sie auf der Homepage des Hartmannbundes unter folgendem Link: www.hartmannbund.de/ringhotels



Ringhotel Waldschlösschen: Die Perle des Nordens liegt vor den Toren Schleswigs und verwöhnt ihre Gäste mit einem 2.500 Quadratmeter großen Garten-Spa.



Ringhotel Maarium, gelegen im Kegel eines vor Jahrtausenden erloschenen Vulkans: Im Restaurant und auf der Terrasse erwartet Sie Gaumenfreuden.

Auszeichnung für apoBank

"Deutschlands beste Baufinanzierung für Heilberufler"





Der Autor André Müller leitet das Produktmanagement der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Kontakt: 0211 5998-0, E-Mail: info@apobank.de Mehr Informationen: www.apobank.de

Ärzte können sich auf die Qualität der Beratung verlassen, auch wenn sie ihre Immobilienprojekte mit der apoBank finanzieren. Die Baufinanzierungsberatung der Standesbank im Gesundheitswesen wurde vom Deutschen Kundeninstitut mit dem Preis "Beste Baufinanzierungsberatung für akademische Heilberufler" ausgezeichnet.

Die Tester bewerteten die Berücksichtigung der individuellen Kundensituation, die fachliche und formale Beratungskompetenz sowie den Gesamteindruck. In allen Bereichen hat die apoBank die Wettbewerber übertroffen und sich im Vergleichstest die Note "sehr gut" verdient.

Beratung in Sachen Baufinanzierungen wird von vielen Banken angeboten. Folglich kann man sich fragen, worin der Qualitätsvorsprung der Baufinanzierungsberatung durch die apoBank begründet ist. Die Antwort liegt in dem ganzheitlichen Konzept der Kundenberatung und in dem besonderen Know-how der apoBank, die sich voll und ganz den Bedürfnissen von Medizinern und Apothekern verschrieben hat.

Mit der eindeutigen Ausrichtung auf die Berufsgruppe der Heilberufler hat sich die apoBank ein Alleinstellungsmerkmal erarbeitet. Sie kann ihren Kunden beste Entscheidungsgrundlagen bieten, weil sie ihr profundes Wissen über die typischen Karriere- und Berufswege der Branche in der Finanzberatung nutzbar macht. Die Berater können ihre Kunden individuell und aufgrund der umfangreichen Kenntnisse im Gesundheitsmarkt auf Augenhöhe begleiten. Es entstehen dauerhafte Kunden-Bank-Partnerschaften, die sich aus dem Geschäftsmodell heraus entwickeln.

Ein Beispiel: Wenn Nachwuchs-Mediziner vor Studienabschluss einen Kundenberater in der apoBank kennenlernen, haben sie einen Bankpartner gewonnen, der die Chancen und Herausforderungen einer Berufskarriere im Medizinsektor genau kennt. So kann er etwa gut einschätzen, wann sich die berufliche Situation in den verschiedenen Berufsetappen so stabilisiert haben wird, dass auch über einen Immobilienerwerb nachgedacht werden kann.

Aus diesem Grund wird in der Beratung der apoBank die Immobilienfinanzierung in das Gesamtkonzept von beruflichen Vorhaben, Liquiditätsplanung, Absicherung und Vorsorge sowie Vermögensplanung eingebettet. Die Immobilienfinanzierung wird ganz gezielt nicht als solitäres Investment betrachtet, sondern als Element einer ganzheitlichen Finanzplanung des Kunden, das mit seinen finanziellen Auswirkungen über den Lebensweg hinweg zu beurteilen ist. Das ist nur folgerichtig. Denn schließlich binden Immobilienfinanzierungen über viele Jahre umfangreiche Finanzströme im persönlichen Haushaltseinkommen. Doch die Investition kann sich lohnen: Denn mit Hilfe von Haus- und Grundbesitz lässt sich das verfügbare Einkommen mittel- und langfristig erhöhen, wenn zum Beispiel über die eigene Immobilie Mieteinsparungen möglich werden oder Mieteinnahmen eingehen. Im Rahmen einer vorausschauenden Vermögensstrukturierung haben Immobilien deshalb schon immer einen hohen Stellenwert eingenommen.

In der aktuellen Niedrigzinsphase ist der Plan von den eigenen vier Wänden leichter zu finanzieren als in Zeiten hoher Zinsen. Wer sich jetzt für den Bau oder den Kauf einer Immobilie entscheidet, kann sich mit der Baufinanzierung der apoBank die aktuell günstigen Zinsen für langlaufende Immobilienfinanzierungen sichern. Es werden verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten mit festem oder veränderlichem Sollzinssatz angeboten. In der Praxis ist es ratsam, durch Bausteine mit veränderlichem Sollzinssatz Sondertilgungsmöglichkeiten zu erhalten. Denn diese ermöglichen es, umfangreiche Sonderrückzahlungen zu leisten. Durch die in der Regel gute Bonität von Angehörigen der Heilberufe ist die apoBank sogar in der Lage, ihren Kunden Immobilienfinanzierungen ohne finanzielle Eigenleistung zu Beginn der Finanzierung anzubieten. Und natürlich sind ebenso Anschluss- und Umfinanzierungen nach individuellen Ansprüchen gestaltbar. Dass die apoBank als Vertrauensbank der Heilberufler die Kreditfinanzierungsabläufe auf die Liquiditätsströme bei selbständigen Ärzten anpasst, ist für die Kundenberater einer Standesbank selbstverständlich. Das ist ein Teil des spezifischen Know-hows der apoBank, das die "beste Baufinanzierungsberatung" für Heilberufler möglich macht.



Neue Kooperation mit MediStart

Medizinstudienplätze ohne NC und Wartezeit

MediStart ist neuer Kooperationspartner des Hartmannbundes. Das Hamburger Unternehmen vermittelt NC-freie Studienplätze in Humanmedizin, Zahnmedizin und Tiermedizin im Ausland und unterstützt die Studierenden vor Ort.

MediStart ist neuer Kooperationspartner des Hartmannbundes. Damit steht den HB-Mitgliedern, ihren Kindern und Enkeln eine der führenden Agenturen für die Vermittlung NC-freier Studienplätze in Humanmedizin, Zahnmedizin und Tiermedizin im Ausland zur Seite.

MediStart berechnet nur im Erfolgsfall, also bei Angebot des Studienplatzes, eine Vergütung in Höhe einer Jahresstudiengebühr – Mitglieder des Hartmannbundes erhalten dabei 1.000 Euro Rabatt.

MediStart ist durch Fachanwälte geprüft, alle Abschlüsse sind in Deutschland voll anerkannt. "Ohne NC ins Auslandsstudium, sicher wieder nach Deutschland zurück", lautet das MediStart-Motto. Die Aufnahme an der deutschsprachigen MediStart-Privatuniversität in Wien/Österreich erfolgt ohne MedAT, an den englischsprachigen EU-Universitäten z.B. in Riga, Breslau oder Nikosia in der Regel ohne Noten-NC über Aufnahmetest, Interview oder Kommissionsentscheidung. Aufnahmetests finden in der Regel in Deutschland oder Österreich statt und werden durch gezielte MediStart-Kurse vorbereitet - über 95 Prozent Erfolgsqoute in den beiden letzten Jahren sind das Resultat. MediStart-Mitarbeiter vor Ort helfen bei Wohnungssuche, Behördenanmeldung und Alltagsfragen.

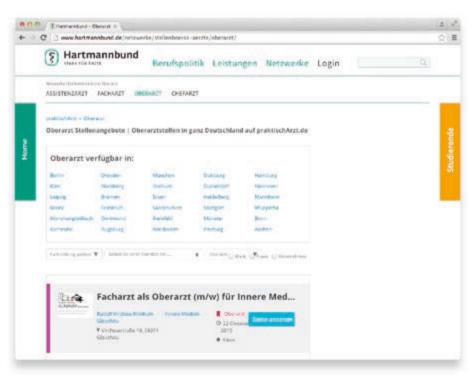
Für das Wintersemester 2016/17 haben die Aufnahmeverfahren Ende November begonnen. "Am besten jetzt den Studienstart für 2016 bereits planen", sagt Medi-Start-Prokurist Sebastian Ernsting. Auch schon vor dem Abitur ist die Bewerbung für Herbst 2016 bereits jetzt möglich.



PraktischArzt - Plattform für die Karriere

Mit dem Start seiner neuen Homepage im Sommer diesen Jahres hat der Hartmannbund auch mit Blick auf den bundesweiten ärztlichen Stellenmarkt den Service für seine Mitglieder deutlich erweitert. Über 5.000 Stellenangebote für Ärzte und Medizinstudenten finden sich unter www.hartmannbund.de (Netzwerke) in diesem neuen Angebot des Verbandes. In Kooperation mit "PraktischArzt" bietet diese Plattform damit Medizinern - beginnend bei Famulatur und PJ-Stellen, über Assistenz- und Facharzt, bis hin zu Oberarzt- und Chefarztstellen - ein interessantes Angebot in allen beruflichen Karrierestufen. Die Stellenanzeigen werden von Arbeitgebern wie Kliniken, Praxen und Unternehmen im medizinischen Umfeld direkt und unkompliziert auf der Plattform platziert.

Durch die Kooperation mit "PraktischArzt" rundet der Hartmannbund sein umfassendes Angebot an Informationen und Hilfestellungen für Ärzte und Medizinstudierende über den gesamten Karriereverlauf sinnvoll ab.



Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

In der Bundesgeschäftsstelle in Berlin und in den Geschäftsstellen der Landesverbände stehen Ihnen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung.

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Gergana Vasileva 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

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

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

Mathias Burmeister Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

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

Sabine Beukert Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)

Larissa Gebser Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)

Eleonore Wagner Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)

Ingeborg Dinges Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Elke Hobel

Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

Dermatologische Privatpraxis

in Universitätsstadt in Rheinland-Pfalz aus Altersgründen sehr günstig abzugeben. Hoher Umsatz, günstige Miete, moderne Einrichtung, Fahrstuhl, großer Patientenstamm. Kontakt: derma-allergologie@gmx.net

Auf der Suche nach einer HNO-Arztpraxis

Hartmannbund-Mitglied (Fachärztin) ist auf der Suche nach einer HNO-Arztpraxis. Kontakt: hno-aerztin@gmx.de

Nachfolger für allgemeinmedizinische Hausarztpraxis gesucht

Hartmannbund-Mitglied sucht Nachfolger für Allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Norddeutschland (PLZ 26) zum 1. April 2016. Praxis ist gut etabliert. Hohes Vergrößerungspotential, Privatpatientenanteil. Kontakt: 0160 7124 409.

STELLENANZEIGEN

Internist /Allgemeinarzt zur Anstellung ab 01.01.2016.

Ein Hartmannbund-Mitglied sucht einen Arzt/eine Ärztin (Internist/Allgemeinarzt) zur Anstellung ab dem 1. Januar 2016. Es besteht die Option auf eine spätere Übernahme. Verschiedene Kooperationsformen sind vorstellbar. Kontakt: telefonisch unter 0160 7124 409.

KLEINANZEIGEN - FÜR MITGLIEDER KOSTENLOS*

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.



Schon gesehen?
Der Hartmannbund hat
eine neue
Internetpräsenz:
www.hartmannbund.de



IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

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

Anschriften:

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

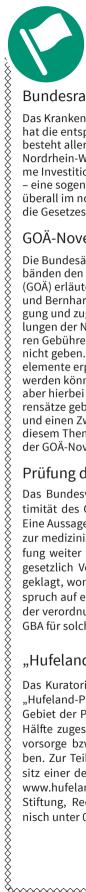
Für Mitglieder des Hartmannbundes ist der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme in elektronische Medien (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

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

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

Bildnachweise: Soweit nicht anders gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken von www.colourbox.de

Titelfoto: © lil_22 – Fotolia.com **Icons:** © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Bundesrat hat Krankenhausstrukturgesetz gebilligt

Das Krankenhausstrukturgesetz kann wie geplant in Kraft treten. Der Bundesrat hat die entsprechende Gesetzesvorlage gebilligt. Aus Sicht der Ländervertreter besteht allerdings noch weiterer Reformbedarf. Die Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens, regte eine Diskussion über eine gemeinsame Investitionskostenfinanzierung der Kliniken durch Länder und Krankenkassen – eine sogenannte Teilmonistik – an, da die Länder die Mittel nicht immer und überall im notwendigen Umfang aufbringen könnten. Weiterhin gebilligt wurden die Gesetzesvorlagen zum Hospiz- und Palliativgesetz und zum Sterbehilfegesetz.

GOÄ-Novelle – Sonderärztetag wird einberufen

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in einem Informationsgespräch mit Ärzteverbänden den Sachstand der Verhandlungen zur neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erläutert. Theodor Windhorst, Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses der BÄK, und Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zugleich GOÄ-Beauftragter der BÄK, erläuterten die geplanten Neuregelungen der Novelle. So sollen die Leistungsbewertungen mit nicht unterschreitbaren Gebührensätzen hinterlegt werden – eine Öffnungsklausel werde es demnach nicht geben. Im Rahmen von Modellvorhaben sollen jedoch neue Versorgungselemente erprobt und bei einer Bewährung in die gesamte GOÄ aufgenommen werden können. Die Möglichkeit einer Unterschreitung der GOÄ-Positionen sei aber hierbei ausdrücklich ausgeschlossen worden. Künftig soll es nur zwei Gebührensätze geben: einen Einfachsatz, der dem jetzigen 2,3-fachen Satz entspricht, und einen Zweifachsatz, sprich eine Verdopplung. Nach heftigen Diskussionen zu diesem Thema wird die BÄK einen Sonderärztetag einberufen, auf dem der Stand der GOÄ-Novelle diskutiert werden soll.

Prüfung der Legitimation des GBA weiter offen

Das Bundesverfassungsgericht hat eine Verfassungsbeschwerde gegen die Legitimität des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) als "unzulässig" abgelehnt. Eine Aussage über die demokratische Legitimation des Gremiums, Entscheidungen zur medizinischen Versorgung zu treffen, ist damit jedoch nicht gefallen, eine Prüfung weiter offen. Das geht aus einer Pressemitteilung des Gerichts hervor. Eine gesetzlich Versicherte hatte gegen eine Entscheidung des Bundessozialgerichts geklagt, wonach sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf ein bestimmtes Medizinprodukt hat, da der GBA dies nicht auf die Liste der verordnungsfähigen Produkte gesetzt hatte. Die Klägerin bezweifelte, dass der GBA für solche Entscheidungen demokratisch legitimiert ist.

×

"Hufeland-Preis 2016" wurde ausgeschrieben

Das Kuratorium der Stiftung "Hufeland-Preis" hat den mit 20.000 Euro dotierten "Hufeland-Preis" ausgeschrieben. Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der Preis zwei gleichwertigen Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge bzw. der präventionsbezogenen Versorgungsforschung zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte/innen und Zahnärzte/innen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind. Die Ausschreibungsunterlagen sind unter www.hufeland-preis.de hinterlegt, können aber auch beim Geschäftsführer der Stiftung, Rechtsanwalt Patrick Weidinger, angefordert werden. Kontakt: telefonisch unter 0221 148 307 85, per E-Mail patrick.weidinger@aerzteversicherung.de.



Weil es ein gutes Gefühl ist, die eigene Chefin zu sein.

apoPur. Über alles reden. An alles denken.

Bei Ihrer Existenzgründung setzen wir am wichtigsten Punkt an – bei Ihnen. Denn nur was wirklich zu Ihnen passt, wird langfristig erfolgreich sein. Mit unserer ganzheitlichen Beratung apoPur finden wir gemeinsam heraus, welcher Weg in die Selbständigkeit für Sie der richtige ist. Von der Standortanalyse und dem Businessplan über ein individuelles Finanzierungskonzept bis hin zur bestmöglichen Absicherung gilt: Mit apoPur haben wir Ihren persönlichen Erfolg im Blick und beraten Sie umfassend – beruflich und privat. Schließlich sind wir Ihre Bank, die Bank für Heilberufler.

Weil uns mehr verbindet.





BOXflex – perfekter Schutz mit Raum für Veränderung.

Bauen Sie auf passgenaue Leistung.

Ob Privathaftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude- oder Glasversicherung – wählen Sie nur den Schutz, den Sie wirklich benötigen. Und ergänzen Sie je nach Bedarf, z.B. um Versicherungsleistungen rund um erneuerbare Energien oder für die Internetnutzung.

Bleiben Sie flexibel.

BOXflex passt sich Ihrer aktuellen Situation an. Ganz unkompliziert, monatlich kündbar.

Lassen Sie sich beraten.

Nähere Informationen und unseren Repräsentanten vor Ort finden Sie im Internet unter: www.aerzte-finanz.de



Standesgemäße Finanzund Wirtschaftsberatung