

„Ärzte helfen Ärzten“ – Jede Spende hilft!

Kollegienhilfe, Solidarität und Nächstenliebe

Seit mehr als 60 Jahren kümmert sich die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um Arztfamilien in Not. Die Stiftung unterstützt insbesondere Arztkinder, deren Eltern sich auf Grund von Notsituationen oder persönlichen Schicksalsschlägen in einer finanziell prekären Lage befinden. Durch das beherzte und kollegiale Engagement vieler Kollegen ist diese Hilfe möglich.

Oft sind es ganz persönliche Einzelschicksale mit vielen Sorgen und Nöten, die die Stiftung erreichen. Insbesondere die Zahl der Halbweisen und Waisen aus Arztfamilien, die auf eine Unterstützung durch die Stiftung angewiesen sind, hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Aber auch

die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Hilfe zur Selbsthilfe sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit. Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“, damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

VIELEN DANK

Dr. Klaus Reinhardt

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

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Dr. Waltraud Diekhaus

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

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 DAAEDEDXXX



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

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 – Hausärzterverband – e.V. (BDA), Deutscher Kassenarztverband e.V., Bundeszahnärztekammer, Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Bundestierärztekammer

*Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet. Eine Unterstützung durch die Stiftung erfolgt generell ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit der Ärztinnen und Ärzte oder ihrer Angehörigen zum Hartmannbund.

Editorial

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

für allzu düstere Betrachtungsweisen bin ich angesichts unserer insgesamt doch immer noch recht heilen Welt bekanntermaßen nur sehr bedingt zu haben. Trotzdem muss man aber wohl mit Blick auf das nunmehr fast abgelaufene Jahr 2016 resümieren: Für die verfasste Ärzteschaft war es kein gutes Jahr. Oder, um es einmal sportlich auszudrücken: Was anfangs mit Blick auf die Vorgänge bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder auch bei näherer Betrachtung der Diskussion um eine neue Gebührenordnung für Ärzte zunächst wie ein Formtief der ärztlichen Selbstverwaltung aussah, hat sich leider – jedenfalls partiell – als ernsthafte Krise manifestiert. Während sich – um kurz in der Sportwelt zu verbleiben – der FC GOÄ zuletzt wieder ins solide Mittelfeld heraufgepunktet hat, befindet sich der FC KBV vor dem Hintergrund drohender einschneidender Maßnahmen durch das geplante Selbstverwaltungsstärkungsgesetz und angesichts unverändert schwelender interner Auseinandersetzungen noch immer in akuter Abstiegsgefahr. Leider hat dieser Abstiegskampf die mediale Ärztwelt in den letzten Monaten dominiert und dabei beileibe kein gutes Licht auf unseren Berufsstand geworfen.

Dabei gibt es aus der täglichen Arbeit unserer Kolleginnen und Kollegen eigentlich so viel Gutes zu berichten. So haben wir auf unserer Hauptversammlung einen Film mit dem Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes ausgezeichnet, der ein Bild von Ärzten zeichnet, wie es sich nicht nur unsere Patientinnen und Patienten, sondern – da bin ich sicher – auch 99,9 Prozent unserer Kolleginnen und Kollegen wünschen – und dies auch leben. Da engagieren sich Ärzte mit hohem persönlichem Einsatz und gegen Widerstände in den eigenen Reihen für eine bessere Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Sie kämpfen darum, dass die Risiken von Fremdblut-Transfusionen transparenter diskutiert werden und der Einsatz von Fremdblut – wo immer es möglich ist – so gering wie möglich gehalten wird. Sie fliegen bis in die Vereinigten Staaten von Amerika, um für ihre Überzeugung zu kämpfen – mit Erfolg! Ich hatte im Rahmen der Preisverleihung die Gelegenheit, mit den Protagonisten des Filmes zu sprechen, und ihr Engagement hat mich begeistert.

Vielleicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, gelingt es uns ja – jenseits aller notwendigen Diskussionen um die angemessene Honorierung unserer Leistungen, jenseits der dringenden notwendigen Anstrengungen um verbesserte Arbeitsbedingungen und jenseits der Frage, wie wir unsere Rolle als Ärzte angesichts immer neuer Herausforderungen angemessen definieren können –, diese Werte unseres ärztlichen Handelns wieder stärker in den Mittelpunkt unseres Engagements und damit auch unserer öffentlichen Wahrnehmung zu rücken. Dies wünsche ich mir für 2017. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein frohes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr.

Klaus Reinhardt

”

Gute Ärztin zu sein,
reicht nicht. Auch die
Rahmenbedingungen
müssen stimmen.“

Dr. Galina Pestel,
Assistenzärztin
aus Göttingen



Inhalt

6



Foto: © adam121/123RF

E-Health in Deutschland – ein schlafender Riese, der langsam erwacht

Im Jahr 2003 wurden die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Aufbau einer Telemedizininfrastruktur beschlossen. Doch erst seit Inkrafttreten des E-Health-Gesetzes vor einem Jahr mehren sich die Anzeichen, dass die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem allmählich Fahrt aufnimmt.

10

E-Health: Chance oder Risiko

Experten unterschiedlicher
Branchen äußern sich



12

Gastbeitrag

Dr. Markus Müschenich
zu Bits und Bytes
im Gesundheitswesen



26

Angestellte Ärzte

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall:
Was ist im Detail zu beachten?

28

Assistenzärzte
Evaluierung der Weiterbildung

14

Hauptversammlung

Hartmannbund bekräftigt
ärztlichen Gestaltungswillen
beim Thema E-Health



18

Im Interview

Hartmannbund-Vorsitzender
Dr. Klaus Reinhardt



20

Jahresrückblick

Schlaglichter des Jahres 2016



30

Medizinstudierende

Medizin studieren im Ausland:
Ein Erlebnisbericht

32

HB-Intern
Film- und Fernsehpreis
des Hartmannbundes

36

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 40

Impressum 42



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Der Arzt bleibt zentrale Figur, aber seine Rolle wird sich wandeln

Im Aufwind – E-Health nimmt (endlich) richtig Fahrt auf

Vor einem Jahr ist das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, kurz E-Health-Gesetz, in Kraft getreten. Es soll die Einführung einer digitalen Informations- und Kommunikationsstruktur im deutschen Gesundheitswesen vorantreiben. Seitdem ist – wahrnehmbar – eine Menge in Bewegung geraten, und das Thema „E-Health“ hat sich medial und auch innerärztlich endlich auf den Weg gemacht.

Gerade in den vergangenen Monaten rauschte es mächtig im deutschen Blätterwald, wenn es um das Thema „E-Health“ ging. „Arztpraxen auf dem Sprung ins digitale Zeitalter“, hieß es. „Immer weniger Ärzte lehnen Video-Sprechstunden ab.“ „Heilen mit Big Data.“ „Ärzte fordern mehr Tempo bei E-Health.“ Die Liste der Schlagzeilen ließe sich beliebig fortsetzen, was mitunter doch positiv überrascht, wenn man bedenkt, dass bisher eher die kritischen Stimmen – vor allem mit Blick auf Datenschutzaspekte – das mediale Geschehen bestimmt haben.

Allmählich scheint es nun aber doch ernst zu werden mit der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Nach jahrelangen Verzögerungen – die Entscheidung über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur liegt mittlerweile 13 Jahre zurück – ist spürbar, dass sich in den Krankenhäusern und Arztpraxen, bei den Kostenträgern und auch in der Politik (Stichwort „E-Health-Gesetz“) etwas tut:

Der Arztbrief kann bereits heute elektronisch versandt werden; ab Mitte 2017 soll bundesweit eine komplett funktionsfähige Telematikinfrastruktur an den Start gehen (mehr im Interview auf S. 9); ab 2018 können Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden, wird es den elektronischen Medikationsplan geben und sind Ärzte zur Onlineprüfung und -aktualisierung der Versichertenstammdaten verpflichtet; ab 2019 können Patienten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte selbst Daten in einem Onlinefach speichern, und Patientendaten werden aus bereits vorhandenen Dokumentationen sektorübergreifend bereitgestellt. Ebenfalls in das E-Health-Gesetz geschrieben wurde, dass die telemedizinische Befundung von Röntgenbildern sowie die Online-Sprechstunde ab April bzw. Juli 2017 vergütet bzw. finanziell gefördert werden. Soweit die wichtigsten Inhalte des E-Health-Gesetzes, mit dem der Gesetzgeber einige Steine ins Rollen gebracht hat, doch Digitalisierung im Gesundheitswesen ist weit mehr als das.

Schon heute arbeiten in den Operationssälen deutscher Kran-

kenhäuser Roboter. Immer mehr Hersteller entwickeln technische Lösungen, die den Patienten medizinische Daten direkt zugänglich machen und diese im Alltag unterstützen. Über Smartphones werden immer mehr Gesundheitsdaten gesammelt. Und der Markt für Big-Data-Lösungen boomt. An der Umsetzung von Daten-Technologien, die künftig helfen sollen, riesige Mengen medizinischer Daten in Echtzeit zu analysieren und auszuwerten, wird derzeit mit Hochdruck gearbeitet.

Die Digitalisierung des Gesundheitsmarktes nimmt immer schneller Fahrt auf. Laut einer aktuellen Studie rechnet die Unternehmensberatung Roland Berger damit, dass sich das weltweite Marktvolumen von knapp 80 Milliarden Dollar im Jahr 2015 auf über 200 Milliarden Dollar bis 2020 mehr als verdoppeln wird. Roland Berger sieht eine sehr große Dynamik im Gesundheitsmarkt; immer mehr junge Startups drängen mit neuen Geschäftsmodellen in den Markt. Gleichzeitig werde kräftig investiert. Allein in den USA sei die Finanzierung von Startups im Gesundheitsmarkt im Jahr 2015 um 4,5 Milliarden Dollar gestiegen. Und auch Europa sei sehr attraktiv für die Gründerszene. Vor allem das Segment für mobile Dienste, heißt es von Seiten Roland Berger, wie zum Beispiel Apps für Smartphones (jährliches Wachstum von mehr als 40 Prozent) treibe die Digitalisierung der Branche voran. So bieten Startups die Möglichkeit, anhand gesundheitsrelevanter Rahmendaten bestimmte

Krankheiten festzustellen. Dabei erfasst das Smartphone als täglicher Begleiter Werte wie zum Beispiel den Blutdruck, die Körpertemperatur, Schlafgewohnheiten und vieles mehr. Auf dieser Basis sollen Apps Erstdiagnosen erstellen können und ihren Besitzern bei Bedarf einen Arztbesuch oder direkt die passende Medikation empfehlen. Schon heute können sich Patienten weltweit Ärzteinungen über das Internet einholen. Mit zusätzlichen Daten sind komplette Onlinediagnosen denkbar. Und Apotheker können mithilfe von 3D-Druckern Medikamente mit personalisierter Dosierung herstellen, schaut Roland Berger in eine vermutlich nicht mehr ganz so ferne Zukunft der Gesundheitsversorgung, die immer mehr auch von den großen, weltweit agierenden Technologiekonzernen bestimmt werden könnte.

Und in Deutschland? Auch hierzulande passiert eine Menge, und immer mehr Startups drängen auf den Markt. Allerdings scheitern viele an dem überregulierten ersten Gesundheitsmarkt, heißt es. „Startups sollten schneller die Möglichkeit erhalten, ihre Produkte auf dem ersten Gesundheitsmarkt anbieten zu können“, sieht Katharina Jünger, Gründerin von TeleClinic (mehr in den Expertenstatements auf den Seiten 10/11), in den Startups große Chancen für die deutsche Gesundheitsversorgung. Die jungen Firmen sollten stärker unterstützt werden, damit sie loslegen können und sich aus Ideen Gesundheitsunternehmen entwickeln.

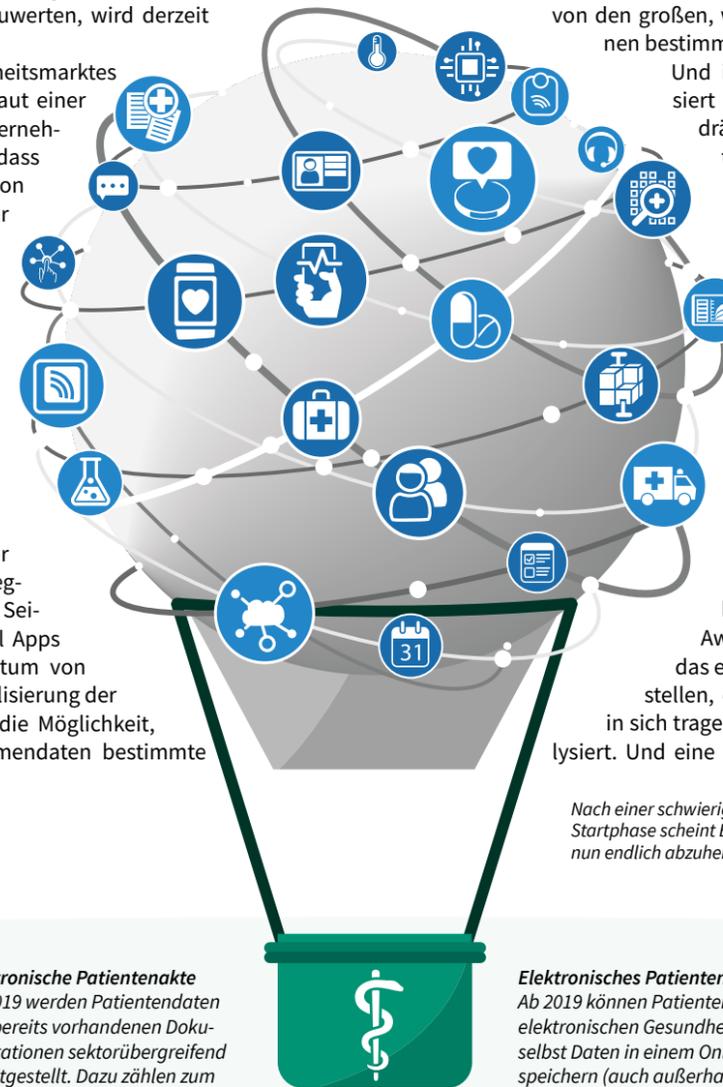
Drei dieser Ideen wurden erst kürzlich (im November) mit dem „Health-i-Award“ ausgezeichnet: Ein Diagnosegerät, das es Ärzten ermöglicht, in kurzer Zeit festzustellen, ob ihre Patienten multiresistente Keime in sich tragen. Eine App, die das Schlafverhalten analysiert. Und eine Internetplattform, die Patienten Zugang

zu Medikamenten von morgen bietet. Der Preis ist Teil der im Frühjahr diesen Jahres ins Leben gerufenen „Health-i-Initiative“ der Tageszeitung Handelsblatt und der Techniker Krankenkasse, um innovative Ansätze in der medizinischen Versorgung zu fördern und die Diskussion über das Gesundheitswesen der Zukunft voranzubringen. Dabei stehen Produkte, Anwendungen und Ideen von etablierten Unternehmen, aber auch von Startups und studentischen Initiativen im Fokus, die besondere Erfolge und innovative Ansätze im Gesundheitsbereich vorweisen können.

Aber was halten eigentlich die Patienten von der digitalisierten Gesundheitsversorgung? Wollen sie mit ihren Ärzten stärker digital kommunizieren, ihre Gesundheitsdaten via Smartphone erfassen und sich durch elektronische Geräte unterstützen lassen?

Die Mehrheit der Deutschen hält künstliche Intelligenz in elektronischen Geräten der Zukunft für eine gute Idee, so der „electronica-Trend-Index 2020“, für den im Auftrag der Weltleitmesse „electronica“ in diesem Jahr 7.000 Verbraucher in sieben Ländern (darunter 1.000 Deutsche) befragt wurden. Die Umfrageergebnisse zum elektronischen Gesundheitswesen – also E-Health – zeigen ein ähnlich positives Bild. 82 Prozent der Befragten wünschen sich zum Beispiel elektronische Sicherheitstechnik, die älteren Menschen das Leben zu Hause sicherer gestaltet. Dazu zählen vernetzte Notrufsysteme, Sturzsensoren im Boden oder intelligente Matratzen. Sehr groß sei laut Umfrage bereits der Zuspruch beim Einsatz medizinischer Wearables – also am Körper tragbarer Geräte, mit denen sich Vitaldaten wie Puls, Blutzucker oder Körpertemperatur in Echtzeit aufzeichnen und auswerten lassen.

Auch der Digitalverband Bitkom hat in diesem Jahr eine Umfrage zur Telemedizin unter Verbrauchern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Deutschen einer elektronischen Zukunft sehr aufgeschlossen gegenüber stehen: Eine deutliche Mehrheit unterstreicht den Satz „Die Digitalisierung der Medizin birgt mehr Chancen als Risiken.“ Sechs von zehn Bundesbürgern sind offen für Tele-Monitoring. Jeder fünfte Befragte würde im Krankheitsfall seinen Gesundheitszustand telemedizinisch überwachen lassen. Drei Viertel der Befragten stehen der Möglichkeit offen gegenüber, ihr Erbgut auf Gesundheitsrisiken untersuchen zu lassen. 64 Prozent der Befragten informieren sich hin und wieder im Internet über



Nach einer schwierigen Startphase scheint E-Health nun endlich abzuheben.

Eckpunkte des E-Health-Gesetzes

Elektronischer Arztbrief

Kann bereits heute versendet, empfangen und abgerechnet werden. Ab 1. Januar 2017 gibt es für Versand und Empfang eine Pauschale von insgesamt 55 Cent pro Brief. Voraussetzung: elektronischer Heilberufsausweis.

Medikationsplan

Seit dem 1. Oktober 2016 in Papierform; ab 1. Oktober 2018 in elektronischer Form; diesen erhalten Patienten, denen mindestens drei Medikamente gleichzeitig verordnet werden; der Anspruch darauf besteht seit 10/2016.

Notfalldatenmanagement

Ab 1. Januar 2018 sollen Ärzte bei einem Notfall wichtige medizinische Informationen direkt von der elektronischen Gesundheitskarte abrufen können. Der Patient muss der Speicherung der Daten allerdings zustimmen.

Elektronische Patientenakte

Ab 2019 werden Patientendaten aus bereits vorhandenen Dokumentationen sektorübergreifend bereitgestellt. Dazu zählen zum Beispiel Befunde, Arztbriefe, Medikationsplan sowie medizinische Dokumente wie der Impfpass.

Elektronisches Patientenfach

Ab 2019 können Patienten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte selbst Daten in einem Onlinefach speichern (auch außerhalb der Arztpraxis einzusehen), zum Beispiel selbstgemessene Blutzucker- und Blutdruckwerte

Praxisverwaltungssystem

Ärzte und Psychotherapeuten sollen künftig den Anbieter ihres Praxisverwaltungssystems leichter wechseln können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird hierzu eine freiwillige Zertifizierung anbieten.

Telemedizinische Anwendungen

Ab 1. April 2017 Vergütung von Telekonsilen bei Röntgenuntersuchungen; ab 1. Juli 2017 finanzielle Förderung von Videosprechstunden. Damit soll die wiederholte persönliche Vorstellung von Patienten ersetzt werden.

Versichertenstammdaten-Management

Spätestens ab dem 1. Juli 2018 sind Ärzte zur Onlineprüfung und -aktualisierung der Versichertenstammdaten verpflichtet. Aktuell läuft noch die Erprobung in Testregionen.

Gesundheitsthemen (Ernährung, Fitness/Sport, Krankheitssymptome, alternative Behandlungsmethoden), jeder Fünfte sogar mindestens einmal im Monat.

Mehrheitlich haben die Befragten angegeben, dass ihnen die Recherche hilft, souveräner gegenüber ihrem Arzt aufzutreten und diesen besser zu verstehen.

17 Prozent würden Online-Sprechstunden nutzen und weitere 16 Prozent können sich das vorstellen. Vorteile sind aus Sicht der Befragten, dass der Zugang zu räumlich weit entfernten Ärzten erleichtert wird und die Wartezeit in der Praxis sowie die Anfahrt entfallen. Allerdings hat die Mehrheit der Befragten Sorge, dass das Risiko von Fehlbehandlungen steigen würde, und gut die Hälfte ist der Meinung, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient leiden würde. „Die Online-Sprechstunde wird die Präsenzprechstunde nicht ersetzen, sondern ergänzen“, prognostiziert Bernhard Rohleder. Der Bitkom-Hauptgeschäftsführer glaubt, dass die Telemedizin im Gesundheitswesen ein großes Potenzial hat. Online-Sprechstunden oder Tele-Monitoring könnten die Versorgung deutlich verbessern, Arzt und auch Patient entlasten und dabei auch noch die Kosten im Gesundheitswesen verringern. „Die Einführung erster Telemedizin-Anwendungen ist ein großer Fortschritt, weitere Anwendungen müssen schnell folgen“, so Rohleder.

Dann wäre da aber immer noch die Sorge um den Datenschutz, der seit vielen Jahren Kritiker von zunehmender Digitalisierung im Gesundheitswesen umtreibt. Auch die Mehrheit der Bitkom-Befragten befürchtet, dass durch die Digitalisierung der Medizin die Gefahr des Missbrauchs von Gesundheitsdaten steigt. Vorausgesetzt, dass die Daten optimal geschützt sind, sind die Befragten aber durchaus offen dafür, beispielsweise Informationen zu Symptomen und Krankheitsverlauf zur Verfügung zu stellen: 75 Prozent würden das tun, wenn sie dadurch zur langfristigen Erforschung einer Krankheit beitragen könnten. 67 Prozent würden ihre Daten zur Verfügung stellen, wenn damit Medikamente oder Therapien entwickelt werden, die auf sie persönlich zugeschnitten sind.

Dass die Patienten in der Digitalisierung große Chancen sehen, kann auch der Verbraucherschutz bestätigen. Allerdings nicht als Ersatz, so Kai Helge Vogel, Leiter des Teams „Gesundheit und Pflege“ beim Bundesverband der Verbraucherzentrale, sondern als

Ergänzung für den Arzt vor Ort. Es müsse klar sein, so der Experte gegenüber der Redaktion des Hartmannbund-Magazins, was mit den Daten des Patienten passiert. „Der Patient sollte selbst entscheiden können, ob er seine Daten elektronisch speichern möchte oder nicht“, so Vogel (mehr auf den Seiten 10/11).

Und was bedeutet es für die Ärzte, wenn immer mehr Telemedizin auf den Gesundheitsmarkt drängt? „Die Ärzte werden in Zukunft eine sehr vielfältige Rolle innehaben. Der Arzt wird Coach sein, Begleiter und Lotse, er wird seinen Patienten dabei helfen, Informationen einzuordnen“, so Dr. Florian Frensch, seit 2014 Head of Strategy and New Business Development bei Philips und zuvor als Gründer und Geschäftsführer bei HausMed eHealth Services und The Boston Consulting Group tätig. Bereits vor einigen Jahren hatte Frensch in der Entwicklung von Internetangeboten im Gesundheitsbereich einen Megatrend ausgemacht. Diesem folgte er mit HausMed und bot wissenschaftlich fundierte, internetbasierte Coaches für Präventionsthemen wie Abnehmen oder Rauchentwöhnung, aber auch für chronische Erkrankungen wie Diabetes und Depression an.

Aus Sicht von Florian Frensch, aber auch vieler anderer Experten in Sachen E-Health gibt es im deutschen Gesundheitssystem noch jede Menge Luft nach oben. Lange Zeit habe die Mehrheit der Ärzteschaft der Digitalisierung skeptisch bzw. mitunter sogar ablehnend gegenübergestanden. Dr. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, kann sich noch sehr gut daran erinnern, wie stiefmütterlich das Thema E-Health auf den vergangenen Deutschen Ärztetagen behandelt wurde. „Mittlerweile nehme ich wahr, dass sich mit dem E-Health-Gesetz die Aufmerksamkeit auch unter den Ärzten deutlich gewandelt hat.“

Einig sind sich alle Experten: Ohne den Arzt wird es auch künftig nicht gehen. Er bleibt zentrale Figur bei der Versorgung von Patienten. Seine Rolle allerdings wird sich wandeln. Auch der Hartmannbund-Vorsitzende, Dr. Klaus Reinhardt, ist sich sicher: „E-Health wird die Versorgung revolutionieren und auch für Ärzte viele neue Chancen bieten. Wir müssen diese Herausforderung annehmen und uns zu Gestaltern dieser Entwicklung und damit der Zukunft machen.“

Lesen Sie auch die Expertenstatements auf den Seiten 10/11 und den Gastbeitrag von Dr. Markus Müschenich zu „Bites and Bytes sind diagnostisch, aber auch therapeutisch interessant“ auf 12/13. (DA)

Alexander Beyer, Geschäftsführer der gematik

Telematikinfrastuktur ist gegen Angriffe und Missbrauch geschützt



Alexander Beyer ist seit 2015 Geschäftsführer der gematik GmbH. Der studierte Volljurist und Rechtsanwalt leitete zuvor zehn Jahre lang den Bereich Recht. Während dieser Zeit verantwortete er u.a. die europaweiten Ausschreibungen zum Online-Rollout (Stufe1) und Verhandlungen mit der Industrie.

Das Thema E-Health hat mittlerweile eine große Dynamik entfaltet. Wie sehen Sie in dieser Entwicklung die Rolle der gematik?

Mit der Telematikinfrastuktur stellt die gematik eine zukunftssichere, marktgerechte und vor allem interoperable Plattform zur Verfügung. Damit stehen auch höchstmögliche Standards bereit, um sensible Patientendaten sicher über Sektorengrenzen hinweg zu transportieren. Mit dieser Strategie öffnen wir den Markt für neue und auch sichere Anwendungen, die Patienten und Ärzte gleichzeitig unterstützen.

Ab Anfang 2018 sollen Patienten Notfalldaten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) speichern lassen können. Wie ist der aktuelle Stand der Entwicklung?

Im Pilotprojekt NFDMSprint wurden seit Juni 2016 von Ärzten in der Region Münster Notfalldatensätze angelegt. Dabei wurden die Datensätze noch nicht auf der eGK gespeichert, stattdessen haben die Patienten einen Ausdruck erhalten. Das Pilotprojekt soll ermitteln, wie gut der Prozess rund um die Anlage von Notfalldaten mit Hilfe des Praxisverwaltungs- bzw. des Krankenhausinformationssystems funktioniert und wo Verbesserungspotenziale liegen. Primäres Erkenntnisziel ist die Akzeptanz der teilnehmenden Ärzte bei Anlage und Aktualisierung der Notfalldatensätze. Die Phase der Datenerhebungen und Abschlussbefragung wurde Mitte November abgeschlossen, die Auswertungen folgen. Ergebnisse werden im Januar oder Februar vorliegen. Im zweiten Quartal 2017 ist geplant, die Vergabe für die eigentliche Erprobung des Notfalldatenmanagements vorzubereiten. Beauftragt werden dann die Anpassung des Konnektors und die für die

Erprobung nötigen Primärsysteme. Die Bereitstellung der Anwendung Notfalldaten-Management für alle kann nach erfolgreichem Abschluss der Erprobung erfolgen.

Die bundesweite, flächendeckende Vernetzung des Gesundheitswesens gilt als große Herausforderung. Wann kann mit der Bereitstellung einer komplett funktionsfähigen Telematikinfrastuktur gerechnet werden?

Wir gehen davon aus, dass wir Mitte 2017 bundesweit starten können. Ab diesem Zeitpunkt können niedergelassene Ärzte und Kliniken die nötigen Produkte erwerben und sich anschließen. Hierfür müssen die Anbieter dieser Geräte und Produkte allerdings erst die entsprechende Zulassung beantragen und dann auch von der gematik erhalten. Dann wird es einige Zeit dauern, bis tatsächlich alle Leistungserbringer angeschlossen sind und man sagen kann, dass die Telematikinfrastuktur flächendeckend zur Verfügung steht.

Welche weiteren Anwendungen sind geplant und wie sicher sind diese?

Es wird verschiedene freiwillige Anwendungen und Funktionen geben. Dazu gehören zum Beispiel der elektronische Medikationsplan in Verbindung mit der Prüfung auf Wechselwirkungen (Arzneimitteltherapiesicherheit) oder auch die Migration von bereits bestehenden Gesundheitsdatendiensten. Für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser wird die sogenannte „Adressierte Kommunikation zwischen Leistungserbringern“, abgekürzt KOM-LE, Erleichterung im Arbeitsalltag bringen. Mit KOM-LE können künftig vertraulich und sicher Nachrichten, Befunde, Arztbriefe oder digitale Bilddateien über alle Sektoren der Versorgung hinweg ausgetauscht werden. Nachrichten werden dabei automatisch verschlüsselt und automatisch signiert. Dadurch werden die Daten nicht nur vor unbefugten Blicken geschützt. Der Empfänger kann sicher sein, dass sie nicht „unterwegs“ verändert wurden. Wichtige medizinische Anwendungen sind das elektronische Patientenfach und die elektronische Patientenakte. Damit werden relevante Dokumente sofort

zur Verfügung stehen und müssen nicht erst angefordert werden. Patienten sollen mithilfe ihrer Gesundheitskarten Zugriff auf ihre Daten bekommen. Gleichzeitig werden sie bei lebensbegleitenden Akten auch weitreichende Entscheidungsbefugnisse erhalten, was die Zugriffsrechte auf die Daten angeht. Das Patientenfach ist als eine Art digitaler Ablageschrank für die Patienten gedacht. Hier kann der Patient behandlungsrelevante Dokumente einstellen und selbst erhobene Daten dokumentieren.

Wie sicher sind die Daten, und bleibt der Patient Herr seiner Daten?

Die Telematikinfrastuktur ist gegen Angriffe von außen und den Missbrauch von Daten optimal geschützt. Datenschutz und Informationssicherheit werden von Beginn an in der Entwicklung berücksichtigt. Festlegungen und Maßnahmen erfolgen in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und werden durch das Zulassungsverfahren sichergestellt. Die eGK ist dabei der persönliche Zugangsschlüssel in der Hand des Versicherten. Die Telematikinfrastuktur ist ein Übertragungskanal. Über diesen werden die informationstechnischen Systeme von Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen sicher miteinander verknüpft und Informationen übertragen – vorausgesetzt, der Patient hat diesem zugestimmt und die zugriffsberechtigten Nutzer haben ihre Identität zuvor elektronisch nachgewiesen. Medizinische Daten in der Telematikinfrastuktur sind nicht nur während der Übertragung durch moderne Verschlüsselungsverfahren geschützt, sondern liegen dort zu keinem Zeitpunkt entschlüsselt vor. Nach aktuellem Forschungsstand der Kryptologie ist eine Entschlüsselung durch unberechtigte Dritte ausgeschlossen. Patienten werden auch die Möglichkeit erhalten, Zugriffe auf persönliche Daten nachzuvollziehen. Dafür wird die eGK über eine Protokolldatei verfügen, die bis zu 50 Einträge speichert, bevor der jeweils älteste gelöscht wird. (DA)

Anzeige

Abrechnung? Aber sicher!

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

Wezel/Liebold: Die erste Wahl bei der Abrechnung



aktuell, umfassend und kompetent – souveräne Argumentation in allen Streitfragen.

- ⇒ zuverlässige Abrechnungshilfe
- ⇒ fundiertes Fachwissen zu jeder Gebührennummer
- ⇒ praxisnahe und präzise Hinweise zur Vermeidung von ärgerlichen Honorarverlusten

als Loseblattwerk, auf CD-ROM oder direkt online

10 Tage kostenlos testen: www.ebm-goae.de

Der Kommentar
zu EBM und GOÄ
BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD



Digitalisierung in der Medizin als Chance begreifen – Stimmen von Experten aus unterschiedlichen Blickwinkeln

E-Health ist ein schlafender Riese, der langsam erwacht



Katharina Jünger, Gründerin/CEO TeleClinic: Es ist zwingend notwendig, dass sich der deutsche Gesundheitsmarkt gegenüber E-Health weiter und zügiger öffnet, um das Feld nicht ausländischen Anbietern zu überlassen. Startups sollten schneller die Möglichkeit erhalten,

ihre Produkte auf dem ersten Gesundheitsmarkt anbieten zu können. In den Startups stecken viele Chancen. Diese sollten unterstützt werden, damit sie loslegen und sich zu Gesundheitsunternehmen entwickeln können. Wir bieten seit zwei Jahren mit unserer TeleClinic, einem Medizinprodukt erster Klasse, Patienten eine individuelle ärztliche Beratung an. Unsere aktuell 156 Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, die bundesweit tätig sind, beraten via Smartphone oder Telefon; die Patienten können Röntgenbilder hochladen und Zweitmeinungen einholen. Der Vorteil für die Ärzte: Sie können ihre Expertise flexibel und mobil einsetzen; die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnung für Ärzte. Der Vorteil für die Patienten: Sie müssen nicht auf Termine warten, sondern werden zeitnah beraten.



Dr. Bernhard Rohleder, Hauptgeschäftsführer Digitalverband Bitkom: Wie einst die Erfindung des Penicillins läutet die Digitalisierung eine neue Ära der Medizingeschichte ein. Sie wird vielen Menschen zu einem längeren Leben mit einer höheren Lebensqualität verhelfen. Wir sind überzeugt, dass das Gesundheitswesen von analog auf digital gedreht wird.

Anwendungen wie Online-Sprechstunden oder Tele-Monitoring können die Versorgung kranker Menschen deutlich verbessern, Arzt und Patient entlasten und dabei auch noch die Kosten senken. Ärzte werden immer stärker auf fachspezifische Teams – aus Deutschland oder dem Ausland – zurückgreifen, die rund um die Uhr telemedizinische Leistungen und diagnostische Unterstützung anbieten. Somit kann sich der Arzt wieder mehr auf seine Stärken konzentrieren und sich intensiver seinen Patienten zuwenden. In die deutschen Breitbandnetze investieren die Betreiber acht Milliarden Euro pro Jahr. Inzwischen können 98,5 Prozent der Haushalte hochauflösende Videos schauen und auch anspruchsvolle telemedizinische Anwendungen nutzen.

Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Ärztliche Leiterin Hörzentrum Hannover: E-Health ist eine Chance für uns Ärzte. Medizin des 21. Jahrhunderts kennzeichnet sich auch dadurch, dass wir andere Experten hinzuziehen können und müssen. Die Interdisziplinarität geht dabei über den ärztlichen Austausch hinaus. Immer bleibt es aber eine ärztlich verantwortete Tätigkeit. Wir Ärzte arbeiten bereits jetzt am zeitlichen Limit. Jeder Patient, der nicht aus dem Wartezimmer in das Sprechzimmer geholt werden muss, ist eingesparte Zeit, die ich per E-Health effektiver am Patienten einsetzen kann. Das empfinde ich als positive Rationalisierung meiner Arbeit.

In meiner Klinik haben wir früh E-Health-Lösungen in unsere Therapiestrategien integriert, weil wir in einem versorgungsschwachen Teil der Therapiekette in Anbetracht des Fach- und Ärztemangels eine Lücke schließen wollten. So behandeln wir Gehörlose mit einem Cochlea-Implantat und versorgen diese Patienten über eine Fernanpassung. Der externe, ferne Experte führt gemeinsam mit uns in Hannover, online verbunden mit einer Kamera zum gegenseitigen Sehen und gemeinsam zugeschaltet auf das Hörsystem und die Datenbank, die Hörtherapie durch. Dadurch erspart sich der Patient einen langen Weg und erhält dennoch die Expertise der Ärzte. Dieses Konzept ist mehrfach preisgekrönt.



Kai Helge Vogel, Leiter des Teams „Gesundheit und Pflege“ beim Bundesverband Verbraucherzentrale:

Der Großteil der Patienten sieht in E-Health große Chancen und möchte digitale Medizin, aber, und das ist ganz wichtig, nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung für den Arzt vor Ort. Datenschutz ist aus Sicht des Verbraucherschutzes enorm wichtig, da es um sensible Gesundheitsdaten geht. Es muss klar sein, was mit den Daten passiert. Der Patient sollte selbst entscheiden, ob er seine Daten elektronisch speichern möchte oder nicht. Die Datenschützer haben die aktuell im Aufbau befindliche Telematikinfrastruktur geprüft: Diese ist relativ sicher. Wer seine Daten nicht digitalisiert haben will, muss aus unserer Sicht die Möglichkeit haben, auch „Nein“ sagen zu können.



Dr. Florian Frensch, Head of Strategy and New Business Development, Philips:

In Sachen Digitalisierung ist unser Gesundheitssystem eher hinten dran, aber wir sind auf einem guten Weg. Lange Zeit haben sich die Ärzte von der Entwicklung bedroht gefühlt, aber mittlerweile ist die Digitalisierung selbstverständlich geworden und stehen die Ärzte dem Thema offener gegenüber. Die Ärzte werden in Zukunft eine sehr vielfältige Rolle innehaben. Der Arzt wird Coach sein, Begleiter und Lotse, er wird seinen Patienten dabei helfen, Informationen einzuordnen. Was er nicht mehr sein wird, ist derjenige, der nur noch drauf schaut und sagt, was zu machen ist. Aus meiner Sicht wird E-Health schon bald integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung sein. Wenn ich in die Zukunft schaue, sehe ich zum Beispiel einen Arzt, der nicht morgens in sein Wartezimmer schaut, wer da ist, sondern sich sein Patientencockpit ansieht. Hier wird er sehen, wie es den Patienten geht und was die Vitalparameter machen. Und dann wird er aktiv entscheiden, wen er in die Praxis einlädt.

Dr. Sven Meister, Fraunhofer Institut ISST/Abteilung E-Health:

Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen ist nicht so weit fortgeschritten wie das europäische Umfeld. Beispiel Dänemark: Hier begleiten wir seit zwei Jahren die umfassende Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft (inklusive digitaler Vernetzung), in der es nur noch fünf Kompetenzzentren (Maximalversorger) sowie Satellitenkliniken (Minimalversorger) geben wird. Dänemark ist in der Digitalisierung deutlich weiter als wir, allerdings wird die digitale Vernetzung auch stärker staatlich gesteuert. Auch bei unserer Beratung von Industrieunternehmen und Startups, wie sich diese zum Beispiel auf dem deutschen Gesundheitsmarkt einbringen können, merken wir, dass Deutschland Nachholbedarf hat, so z.B. bei der Anerkennung von Apps (die wir teilweise mitentwickeln) als Medizinprodukte. Die Beratungsanfragen, die an uns gerichtet werden, haben enorm zugenommen. Darunter sind auch viele deutsche Kliniken, die wir bei deren Digitalisierungsstrategie unterstützen sollen.



Dr. Peter Windeck, Geschäftsführer Rochus Mummert:

In unserer jüngsten Umfrage unter 380 Führungskräften an deutschen Kliniken haben wir ermittelt, dass bisher nur 26 Prozent der Kliniken eine bereichsübergreifende Digitalstrategie besitzen. Immerhin: Acht von zehn Kliniken sind auf dem Weg zur Medizin 4.0. In vielen Häusern gibt es die technischen Voraussetzungen, doch vielerorts fehlt die Anpassung der Arbeitsprozesse an die Digitalisierung und die Vernetzung von Daten und Wissen (Stichwort: E-Learning/Cloud-Technologien). Hier stehen wir noch am Anfang der Entwicklung. Aus meiner Sicht wird sich der Arztberuf deutlich verändern. Es wird eine stärkere Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung geben müssen, aber auch zwischen Arzt und Patient. Der Arzt wird mehr Koordinator und Ansprechpartner für die Patienten und muss zulassen, dass Diagnose- und Behandlungsprozesse, sollen sie effektiv und weiterhin qualitativ hochwertig sein, technisch unterstützt werden. Medizin 4.0 ist nicht nur das elektronische Patientenfach, es gehört viel mehr dazu.



Dr. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer Ärztekammer Westfalen-Lippe:

Die Digitalisierung in unserem Gesundheitssystem hat noch lange nicht den Stellenwert erreicht wie in anderen Branchen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Aufbau der Telematikinfrastruktur wurden bereits 2003 beschlossen und erst heute erhöht sich so langsam die Schrittgeschwindigkeit. Vor allem das E-Health-Gesetz hat den Prozess erkennbar beschleunigt. Um im Bild zu sprechen: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein schlafender Riese, der so langsam wach wird. Wichtig ist aus meiner Sicht, dass sich die Aufmerksamkeit gewandelt hat und die Entwicklung aktuell von vielen gewollt und unterstützt wird – von der Politik, den Kostenträgern, der Selbstverwaltung und auch von den Ärzten. Haben diese in den vergangenen Jahren das Thema E-Health – auch auf den Ärztetagen – primär unter Risikoaspekten behandelt, wurde mittlerweile ein Richtungswechsel vollzogen und der Blick auf die Chancen gerichtet.

Gastbeitrag von Dr. Markus Mischenich



Bits und Bytes sind diagnostisch, aber auch therapeutisch interessant

3D-Drucker, Wolkentechnologien und Apps, die Vorhofflimmern diagnostizieren – wohl nur wenige hätten sich vor 30 Jahren vorstellen können, was heute Normalität ist. Die Digitalisierung ist aus unserem alltäglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Und endlich ist sie auch im Gesundheitswesen angekommen.

Die digitale Welt hat unser Gesundheitswesen erreicht und damit die Erkenntnis, dass sich hier ein enormes Potenzial für die Arzt-Patientenbeziehung entfalten wird.

Gute Medizin als Ausdruck zielführender Kommunikation und evidenzbasierter Information wird von den Entwicklungen digitaler Technologien profitieren. Experten sind sich einig, dass E-Health – und hier insbesondere die Nutzung von Patientenservices via Smartphone – die Gesundheitsversorgung der Zukunft genauso verändern wird, wie es das iPhone mit unserer Alltagskommunikation getan hat.

Mit der Erfindung des iPhones wurde plötzlich der Traum einer vollständig vernetzten Kommunikation Wirklichkeit. Die Welt der Information war nicht mehr an einen stationären Computer gebunden, sondern konnte in der Hosentasche mit sich geführt werden. Banale Informationen standen, ebenso wie exklusives Expertenwissen, auch unterwegs zur Verfügung. Und die Daten ganzer Unternehmen gelangten über Cloud-Technologien direkt

„Patientenservices via Smartphone wird die Gesundheitsversorgung verändern wie das iPhone unseren Alltag.“

auf das Smartphone der Manager. Wichtige Entscheidungen konnten kompetenter, schneller und nachvollziehbarer getroffen werden. Und statt der langsamen Browser gab es alles via App in Echtzeit.

Gut also, dass digitale Technologien dabei sind, auch unser Gesundheitssystem zu revolutionieren. Denn gute Medizin bedeutet nichts anderes, als gute Information und Kommunikation. Nur wenn gut informierte Ärzte mit ihren Patienten über Symptome, Diagnosen und Therapien sprechen

und diese Informationen im gesamten Versorgungsprozess zur Verfügung stehen, kann unser Gesundheitswesen auch in der Zukunft funktionieren. Die Medizin via Internet und die damit verbundenen Versorgungsprozesse bieten hier ein großes Verbesserungspotenzial.

Wer erfahren will, welche Möglichkeiten diese neuen Anwendungen bereits heute bieten und was diese für Arzt und Patienten leisten können, muss seinen Blick nicht etwa ins Silicon Valley richten. Immer mehr Startup-Unternehmen im deutschsprachigen Raum entwickeln digitale Problemlösungen für den Gesundheitsmarkt.

Ganz im internationalen Trend bewegt sich dabei die Firma Patientus, die Patient und Arzt via Online-Sprechstunde zusammenzubringt. Und so funktioniert es: Der Patient erhält von seinem Arzt zusätzlich mit der Information zum nächsten Termin eine TAN-Nummer. Am Tag der Wiedervorstellung bekommt der Patient eine E-Mail, klickt auf den angegebenen Link und gibt dann die TAN-Nummer ein. Daraufhin landet er erst im virtuellen Wartezimmer und dann im virtuellen Sprechzimmer seines Arztes. Die Sprechstunde zwischen Arzt und Patient läuft über Kamera, Bildschirm und Mikrofon. Röntgenbilder, Laborbefunde und vieles mehr können eingeblendet und direkt besprochen werden.

Die ersten Krankenkassen bezahlen bereits diese neue Art der Sprechstunde, und im E-Health-Gesetz ist zu lesen, dass für das Jahr 2017 die Videosprechstunde regelhaft vergütet werden soll. Ein erster Schritt in die Online-Regelversorgung.

Insbesondere chronisch erkrankte Patienten werden von der digitalen Medizin profitieren. So können über die Internetplattform mySugr Diabetiker ihre Erkrankung über das Internet managen. Blutzuckerwerte werden automatisch aus den Blutzuckermessgeräten in das Profil

der Patienten hochgeladen und die verkostigten Broteinheiten werden ebenso dokumentiert wie Blutdruck, Gewicht und die weiteren Medikamente, die der Patient täglich einnimmt. Ein Algorithmus erkennt, ob die Therapie verbessert werden kann – Tipps für die Optimierung inklusive. Eine Diabetes Academy schult Diabetiker online im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Mehr als 30 Entwicklerjahre stecken in der Internetplattform mySugr, die im Üb-

„Immer mehr deutsche Startup-Unternehmen entwickeln digitale Lösungen für den Gesundheitsmarkt.“

rigen als Medizinprodukt zertifiziert ist. An der Spitze von mySugr stehen zwei Diabetiker, denen es zu wenig war, nur einmal im Quartal die professionelle Unterstützung bei einem Diabetologen zu bekommen. So bauten sie sich schließlich selber ihre eigene 24 Stunden/7 Tage-Betreuung. Das Angebot gibt es auch für Kinder, die auf der Website gegen das Diabetes-Monster kämpfen und so spielerisch lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Die Eltern sind dabei – sei es beim gemeinsamen Spiel am Bildschirm oder immer informiert über eine Companion-App, mit der sie sehen können, wie der letzte Blutzucker war, welche Insulindosis gespritzt wurde und was die Kinder gegessen haben.

Mittlerweile versorgt mySugr weltweit mehr als 850.000 Diabetiker. Auf den Weg gebracht ist ein Service, bei dem Diabetes-Coaches die Patienten individuell und ganz persönlich per Chat unterstützen. Vor allem aber ist interessant, dass mySugr nicht etwa den Diabetologen überflüssig machen will, sondern vielmehr in der Zeit zwischen den Arztbesuchen eine Rolle gefunden hat.

ligente Algorithmus von M-sense analysiert die individuellen Auslösemuster und erklärt dem Patienten, was genau er tun oder lassen sollte, um eine Migräneattacke zu vermeiden.

Dass Bits und Bytes nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch relevant sind, zeigt das Startup Caterna Vision. Dieses bietet eine Therapie für Kinder mit Amblyopie an und setzt therapeutisch direkt an der neuronalen Ursache, also der Erkrankung der Sehbahn an. Und das funktioniert so. Die Kinder spielen Computerspiele und während sie das tun, laufen im Hintergrund dieser Spiele wellenförmige sogenannte Sinusoidalmuster ab, die – auf der Basis eines Medizinnobelpreises – über viele Jahre an der Universität Dresden erforscht und entwickelt wurden. Diese Muster wirken direkt im Gehirn der Kinder und sollen dazu führen, dass die Kinder ihr Sehvermögen schneller wiedererlangen, als mit der Standardtherapie über das Augenpflaster. Was nach Science Fiction klingt ist ein zertifiziertes Medizinprodukt. Und nachdem diese rein digitale Therapie ausschließlich von Augenärzten verordnet wird und die Barmer GEK bereits seit 2014 die Kosten für diese Therapie übernimmt, kann sich Deutschland rühmen, die weltweit ers-

„Deutschland darf sich rühmen, die weltweit erste App auf Rezept für eine digitale Therapie im Angebot zu haben.“

te App auf Rezept für eine digitale Therapie im Angebot zu haben.

E-Health via App darf also nicht verwechselt werden mit Fitness-Apps. Der Anspruch ist vielmehr derselbe, wie an die konventionelle/analoge Medizin. Die Zertifizierung nach dem Medizinproduktegesetz ist ebenso selbstverständlich wie die Einhaltung des Datenschutzes und die Durchführung klinischer Studien und eine klare Indikationsstellung. Für uns Ärzte bietet sich eine große Chance, die Versorgung unserer Patienten zu verbessern.

Aber auch die Risiken dürfen nicht verschwiegen werden. Und damit sind nicht Datenschutz und potenzielle Nebenwirkungen digitaler Technologien gemeint. Vielmehr tritt E-Health in den Wettbewerb mit der Ärzteschaft ein. Im ersten Schritt geht es um den Zugang zur digitalen Medizin. Die digitalen Services funktionieren bereits heute 24 Stunden am Tag mit gleichbleibender, gesicherter und nachvollziehbarer

Qualität. Diese ständige Verfügbarkeit kann kein einzelner Arzt leisten. Und wenn ein Arzt in den Service eingebunden sein muss, dann ist es auch vorstellbar, dass ein Kollege aus Australien die Begleitung eines deutschen Patienten übernimmt. Regulatorisch ist dies kein unlösbares Problem und für nächtliche Konsultationen steht – als durchaus qualitätssicherer Aspekt – ein ausgeschlafener Kollege bereit.

Ein zweiter Aspekt betrifft den zunehmenden Einsatz der Künstlichen Intelligenz. So liefert der IBM-Super-Computer Watson bereits heute Therapieempfehlungen für onkologische Patienten auf der Basis der Recherche der Welt-Fachliteratur. Intelligente Algorithmen und seine enorme Rechengeschwindigkeit führen dazu, dass er 200 Millionen Seiten Fachliteratur in drei Sekunden durchsuchen kann und auf dieser Basis seine Empfehlungen gibt. Auch hier können wir Ärzte nicht gleichziehen.

Nachdem nun auch Google und Apple aktiv in den Gesundheitsmarkt eingestiegen sind und ihr gigantisches Know-how auch in den Dienst der Gesundheitsversorgung stellen wollen, wird es nicht mehr lange dauern, bis das ärztliche Wissen und – dank der immer besser werdenden Sensortechnologien – auch die ärztliche Diagnose-Kompetenz ihre Exklusivität verlieren. Exklusiv übrig bleiben kann nur die primäre ärztliche Kompetenz, die vor allem etwas mit Vertrauen und Empathie zu tun hat. Und dass uns nicht auch noch diese genommen wird, darum sollten wir uns sorgfältig kümmern.

Dr. Markus Mischenich ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und Gesundheitswissenschaftler/Master of Public Health. Er war mehr als zehn Jahre im Vorstand freigemeinnütziger und privater Krankenhauskonzerne und ist Gründungsmitglied und Vorstand des Bundesverbandes Internetmedizin. Mischenich ist Mitgründer und geschäftsführender Gesellschafter der Flying Health GmbH und gilt als Spezialist für die digitale Medizin der Zukunft. Mit dem 2016 gegründeten Flying Health

Incubator verfolgt er gemeinsam mit seinem Team das Ziel, die Digital-Health-Startups bei ihrer Entwicklung innovativer Technologien zu unterstützen, um digitale Diagnose- oder Therapieideen marktreif zu machen.



Hauptversammlung 2016 zum Thema „E-Health“

Hartmannbund bekräftigt Gestaltungsanspruch der Ärzteschaft

Er war geradezu mit Händen zu greifen, der „schlafende Riese, der sich reckt, streckt und langsam zum Leben erwacht“. Dieses treffende Bild zum Thema E-Health in Deutschland prägte die Hauptversammlung des Hartmannbundes, und der Atem des erwachenden Giganten beflügelte zwei Tage lang die Debatten der Delegierten aus ganz Deutschland, die sich am 4. und 5. November in Berlin-Dahlem ausführlich mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen beschäftigten.

Unter der Überschrift „Hightech mit Ladehemmung? Über Dynamik, Potenziale und Grenzen von E-Health“ diskutierten unter der Moderation des Fernsehjournalisten Jürgen Zurheide die E-Health-Experten Matthias Redders (Vorsitzender der Bundesländer-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen), Katharina Jünger (Gründerin des Startups TeleClinic), Prof. Dr. Christian Schmidt (Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Rostock), Dr. Florian Frensch (Head of Strategy and New Business Development, Philips GmbH) sowie Kai Helge Vogel (Leiter des Teams „Gesundheit und Pflege“ beim Bundesverband Verbraucherzentrale) gemeinsam mit den Hartmannbund-Delegierten rund zwei Stunden über Perspektiven, Chancen und Risiken von Digital Health – hier insbesondere mit Blick auf den beruflichen Alltag von Ärztinnen und Ärzten sowie auf neue Wege in der Gesundheitsversorgung.

Zu diesen Aspekten hatten zuvor bereits der Vorsitzende des Aufsichtsrates des Zentrums für Telematik und Telemedizin (ZTG) und Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Michael Schwarzenau, sowie Dr. Markus Müschenich, Kinderarzt und Gründer des Think Tanks ConceptHospital, mit spannenden

Impulsvorträgen einen perfekten Einstieg in das Thema geliefert. In drei Workshops wurden anschließend Schwerpunkte wie Gesundheits-Apps, Telematik oder auch die Frage praktischer E-Health-Anwendungen vertieft.

Leitantrag der Hauptversammlung zu „E-Health“

Am Ende der Hauptversammlung stand die klare Botschaft: Der Hartmannbund bekennt sich zur Verantwortung und zur Bereitschaft der Ärzteschaft, den Einsatz und die Weiterentwicklung von E-Health aktiv mitzugestalten und dessen Möglichkeiten unter dem Aspekt einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie mit Blick auf die Optimierung von Arbeitsprozessen von Ärztinnen und Ärzten bestmöglich zu nutzen und voranzutreiben. Digitalisierung finde in allen Lebensbereichen statt und mache auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt. „Bisher ist die Gesellschaft dieser Entwicklung oft einen Schritt voraus, und verschiedene Akteure des Gesundheitswesens drohen von dieser Entwicklung ‚überrollt‘ zu werden“, heißt es im Leitantrag der Hauptversammlung wörtlich. Die Ärzteschaft sei gefordert, diese Entwicklung als Realität anzuerkennen. Dabei im Wesentlichen Akteur und Gestalter statt Reagierender zu sein, sei angesichts des Tempos der Entwicklung neuer technischer Anwendungsmöglichkeiten eine permanente Aufgabe. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, appellierte in diesem Sinne an seine Kolleginnen und Kollegen, mehr Offenheit für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu zeigen, E-Health als Chance zu begreifen und entstehende Herausforderungen anzunehmen.

So müsse und dürfe (!) die Rolle der Ärzte in Teilen neu gedacht werden, wenn zum Beispiel Präsenzmedizin vom orts- und zeitgleichen Zusammentreffen von Arzt und Patient nun auch von Prozessen unterstützt werden könne, die Zeit und Ort der Leistungserbringung voneinander trennen. Die Forcierung des Einsatzes von E-Health stehe damit nicht nur für gestiegene technische Möglichkeiten oder originär versorgungsrelevante Gesichtspunkte, sondern käme auch gesellschaftlichen Veränderungen entgegen. „... der Stellenwert von Arbeit (hat sich) verändert. Der klassische Acht-Stunden-Tag ist zwar noch immer das am häufigsten vertretene Modell, der zunehmende Wunsch nach Flexibilisierung oder auch nach Verkürzung von Arbeitszeiten machen jedoch neues Denken und den Einsatz auch neuer technischer Möglichkeiten erforderlich“, heißt es dazu in der einstimmig verabschiedeten Stellungnahme.

Schutz der Daten schafft Vertrauen

Als besondere Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von E-Health betrachtet der Hartmannbund unter anderem den Ausbau der Telematikinfrastruktur, die Implementierung entsprechender Hardware in Klinik und Praxis, die Schaffung höchstmöglicher Datensicherheit sowie die Zertifizierung sogenannter Gesundheits-Apps. Hier seien – mit Blick auf den Ausbau leistungsfähiger Datennetze (vor allem in bisher unterversorgten Gebieten) – Telekommunikationsunternehmen ebenso gefragt wie Startup-Unternehmen bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps oder die

Gesellschaft für Teleanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) mit der termingerechten Zertifizierung datensicherer Kommunikationstechnik. Darüber hinaus komme dem Datenschutz, der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung im Umgang mit E-Health besondere Bedeutung zu. „Die größtmögliche Sicherheit im Umgang

mit hochsensiblen persönlichen Daten ist Basis für das Vertrauen der Patienten im Umgang mit E-Health. Deshalb sind hier alle sinnvollen und technisch machbaren Möglichkeiten des Datenschutzes vorzusehen“, stellt die Hartmannbund-Resolution dazu unmissverständlich dar. Eine Übersicht der verabschiedeten Resolutionen finden Sie auf der Seite 17. (MR)



Der Fernsehjournalist Jürgen Zurheide (Mitte) moderierte die Podiumsdiskussion der Hauptversammlung mit E-Health-Experten.



Auch die Delegierten des Hartmannbundes diskutierten intensiv mit, hier Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann, Facharzt für Frauenheilkunde aus Siegen.



Wie wird sich der berufliche Alltag der Ärzte verändern, wenn die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter zunimmt? Wird sich die Rolle der Ärzte gegenüber ihren Patienten ändern? Können Gesundheits-Apps und andere telemedizinische Anwendungen die ärztliche Tätigkeit unterstützen? Diese und viele andere Fragen diskutierten die Delegierten der Hauptversammlung des Hartmannbundes.

HB-Film zum Thema E-Health

Auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes ist ein Film mit interessanten Statements zum Thema E-Health entstanden. Haben Sie fünf Minuten Zeit? Dann gehen Sie doch auf die Internetseite www.hartmannbund.de/film-e-health oder (die epaper-Leser) klicken Sie direkt auf das Bild.



Eindrücke von der Hauptversammlung 2016



Dr. Klaus Reinhardt appellierte im Rahmen der Hauptversammlung an die Ärzteschaft, den Einsatz und die Weiterentwicklung von E-Health im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten, sie als Chance zu begreifen sowie neue Möglichkeiten zu nutzen und voranzutreiben. Auch die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, ging in ihrer Rede auf das Thema E-Health und dessen Bedeutung für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein.



Der erste Tag der Hauptversammlung endete mit dem traditionellen Gesellschaftsabend, in dessen Rahmen der Film- und Fernsehpreis verliehen wurde. In diesem Jahr ging der Preis an die Autorin Ulrike Gehring (Bild oben) für ihren Film „Gefährliche Bluttransfusionen – Was hilft gegen das Risiko?“. Mehr Informationen zum Film gibt es auf den Seiten 32/33.



An der Hauptversammlung nahmen auch viele junge Mitglieder des Hartmannbundes teil, unter ihnen viele Assistenzärzte und Medizinstudierende. Trotz des eng getakteten Programmablaufes hatten die Delegierten Zeit, sich am Rande der Hauptversammlung auszutauschen.



Mitten drin im Geschehen waren auch Vertreter der beiden Ausschüsse „Assistenzärzte im Hartmannbund“ (links) und „Medizinstudierende im Hartmannbund“ (rechts). Beide Ausschüsse begleiteten die Hauptversammlung sehr engagiert. Ausschüsse und Arbeitskreise nutzten auch intensiv die Möglichkeit, Resolutionen einzubringen.



Nach der Podiumsdiskussion unter dem Motto „Hightech mit Ladehemmung? Über Dynamik, Potenziale und Grenzen von E-Health“ teilten sich die Delegierten der Hauptversammlung auf drei Workshops auf, geplant und umgesetzt von Mitgliedern des Hartmannbundes: Dr. Hans-Peter Peters, Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann und Dr. Thomas Stiller.



Übersicht der verabschiedeten Resolutionen

1. Leitantrag (Beschluss Nr. 1): E-Health – Herausforderung annehmen, Versorgung verbessern, s. S. 14/15 (in Auszügen).

2. Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zurückziehen, Selbstverwaltung wirklich stärken: Der Hartmannbund fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, den vorliegenden Entwurf für das sogenannte Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zurückzuziehen. Alternativ sind im Dialog mit den Partnern der Selbstverwaltung Maßnahmen zu entwickeln, die geeignet sind, in angemessener Weise die Umsetzung der von Legislative und Exekutive gemachten Vorgaben durch die Organe der Selbstverwaltung angemessen zu gewährleisten. Diese sind so zu gestalten, dass sie die Selbstverwaltung als entscheidende Säule der Eigenverantwortung eines freien Berufsstandes nicht zerstören.

3. Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definieren und finanzieren: Der Hartmannbund fordert die politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern, Kommunen sowie in der ärztlichen Selbstverwaltung auf, Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie notwendige Maßnahmen zu deren Stärkung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten und über die im Präventionsgesetz (PrävG) getroffenen Regelungen hinaus weiterzuentwickeln. Die Finanzierung hierfür ist aus öffentlichen Mitteln sicherzustellen und muss über den gesundheitlichen Sektor hinausgehen.

4. Aussetzung der Einführung der vom GKV-PsychVVG vorgesehenen stationsäquivalenten Versorgung: Der Hartmannbund fordert die sofortige Aussetzung der Einführung der im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (GKV-PsychVVG) vorgesehenen sogenannten stationsäquivalenten Versorgung. Dieses Moratorium ist aufrechtzuerhalten, bis die in den vergangenen Jahren etablierten regionalen Modellprojekte zur sektorübergreifenden Behandlung psychisch erkrankter Patienten hinsichtlich ihrer Eignung für eine medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Behandlung dieser Patientengruppe evaluiert sind. Dazu sind entsprechende wissenschaftliche Vergleichsstudien in Auftrag zu geben. Darüber hinaus ist die Ausgestaltung einer stationsäquivalenten Versorgung vor deren eventueller Einführung in das Gesetz sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der dazugehörigen Kooperationsanforderungen und des effektiven Fachkräfteeinsatzes einer umfassenden Diskussion mit allen potenziell Beteiligten (GKV, DKG, KBV und Fachverbände) zu unterziehen.

5. Integriertes Konzept der Notfallversorgung: Der Hartmannbund betont die Notwendigkeit eines integrierten Konzepts für die strukturierte Inanspruchnahme der Notfallversorgung. Dies muss in echter Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor erfolgen und ist daher sektorübergreifend extrabudgetär einheitlich zu finanzieren. Dabei sind ambulante Strukturen der Notfallversorgung direkt der stationären Notfallambulanz an auszuwählenden geeigneten Krankenhäusern vorzuschalten und örtlich so anzusiedeln, dass eine notwendige Zuordnung der Patienten erfolgen kann. Erforderlich hierfür ist eine verbesserte Auf-

klärung der Bevölkerung zur Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen.

6. Finanzierung des ambulanten Operierens sicherstellen: Der Hartmannbund fordert die verantwortlichen Institutionen auf, durch eine angemessene Finanzierung des ambulanten Operierens dafür zu sorgen, dass dessen hohe Qualität als wichtiger Bestandteil der ambulanten Versorgungsebene aufrechterhalten werden kann. Hierzu bedarf es der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems analog der stationären Vergütung.

7. Hohe Qualität der Weiterbildung ist Kernaufgabe der Ärztekammern: Der Hartmannbund fordert die Landesärztekammern auf, die Qualität der Weiterbildung – zum Beispiel im Rahmen einer Evaluation – systematisch zu erfassen und konsequent auf eine Verbesserung hinzuwirken. Dabei sind alle zur Verfügung stehenden Mittel – zum Beispiel Visitationen – und auch Sanktionsmöglichkeiten auszuschöpfen. Insbesondere bei der Erteilung und Verlängerung von Weiterbildungsbefugnissen müssen diese Evaluationsergebnisse berücksichtigt werden.

8. Kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung: Der Hartmannbund fordert die Landesärztekammern (LÄK) auf, die Evaluation der Weiterbildung kontinuierlich durchzuführen. Sollte sich die Anzahl der LÄK, die eine Evaluation durchführen, im Jahr 2017 nicht signifikant erhöhen, so ist die Bundesärztekammer gefordert, die Befragung – aufbauend auf den bis dahin gesammelten Erfahrungen – wieder zentral und bundesweit einheitlich durchzuführen.

9. Erwerb von Zusatzbezeichnungen in nebenberuflicher Tätigkeit ermöglichen: Die Hauptversammlung des Hartmannbundes fordert die Weiterbildungsgremien der Bundes- und Landesärztekammern auf, den Erwerb von Zusatzbezeichnungen grundsätzlich auch nebenberuflich zu ermöglichen. Der Grundsatz der ganzjährigen Durchführung in hauptberuflicher Stellung ist zu streichen beziehungsweise die (Muster-)Weiterbildungsordnung derart anzupassen, dass auch Nebentätigkeiten anerkanntsfähig sind. Der in der aktuellen Novellierung der Musterweiterbildungsordnung vorgesehene zusätzliche Abschnitt D für nebenberuflich erwerbbarer Zusatzbezeichnungen stellt für diese Problematik keine adäquate Lösung dar.

10. Junge Ärztinnen und Ärzte stärker in die Kammerarbeit einbinden: Der Hartmannbund fordert die Landesärztekammern dazu auf, Assistenzärztinnen und Assistenzärzte stärker in die Kammerarbeit einzubinden und – sofern nicht bereits erfolgt – einen Arbeitskreis für junge Ärztinnen und Ärzte zu etablieren.

11. Manipulationssichere objektive elektronische Arbeitszeiterfassung und konsequenter Ausgleich der geleisteten Überstunden: Der Hartmannbund fordert alle Arbeitgeber dazu auf, die Arbeitszeiten der angestellten Ärzte objektiv und manipulationsfrei elektronisch zu dokumentieren und grundsätzlich einen konsequenten Ausgleich der dokumentierten Überstunden zu ermöglichen. Zwischen Klinikleitung und Ärzten sollte eine klare Regelung getroffen werden, in welcher Form die Überstunden abgegolten werden.

12. Intelligente und effiziente Dokumentation im Krankenhaus: Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber, den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Krankenhausträger dazu auf, die Dokumentation in den Kliniken zu reduzieren bzw. effizienter zu gestalten. Überflüssige Dokumentationsaufgaben, insbesondere die Doppeldokumentation, sollten abgeschafft und durch intelligente Instrumente ersetzt werden, um den Aufwand zu minimieren.

13. Zahlung einer bundesweit einheitlichen PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe des aktuellen BAföG-Höchstsatzes in der Approbationsordnung verankern: Der Hartmannbund fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern dazu auf, die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) dahingehend zu verändern, dass alle Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) verpflichtend eine bundesweit einheitliche Aufwandsentschädigung entsprechend dem Höchstsatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhalten. Dies sind seit der Erhöhung des BAföG-Höchstsatzes zum Start des Wintersemesters 2016/2017 nunmehr 649 Euro monatlich.

14. Inhalte des Krankenpflegepraktikums in der Approbationsordnung für Ärzte klar regeln: Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber auf, die Inhalte des Krankenpflegepraktikums in der Approbationsordnung für Ärzte klar zu regeln, um den Stellenwert dieses wichtigen Praktikums in der ärztlichen Ausbildung zu erhöhen und dessen Qualität zu sichern. Die Kliniken und Reha-Einrichtungen werden dazu aufgerufen, das Krankenpflegepraktikum inhaltlich besser zu strukturieren und Aufgabenbereiche besser zu definieren.

15. Flächendeckend kompetenzbasierte Formate zur Prüfung von klinisch-praktischen Fähigkeiten der Medizinstudierenden einführen: Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber und die Universitäten auf, an allen Medizinischen Fakultäten in Deutschland kompetenzbasierte Formate zur Prüfung von klinisch-praktischen Fähigkeiten der Medizinstudierenden einzuführen.

16. Gesetzlich definierten Teilzeitanpruch umsetzen: Der Hartmannbund fordert die Arbeitgeber in Kliniken und Praxen auf, den gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf Teilzeittätigkeit in vollem Umfang zu gewähren.

17. Ausreichend Kinderbetreuungsplätze: Der Hartmannbund fordert die Klinik-Arbeitgeber auf, ausreichend Kinderbetreuungsplätze für die Kinder der angestellten Ärztinnen und Ärzte vorzuhalten, die zu den Vertragslaufzeiten und Arbeitszeiten passen.

18. Verbot der Tabakaußenwerbung: Der Hartmannbund fordert die sofortige Umsetzung des Verbots der Tabakaußenwerbung.

Die vollständigen Resolutionen finden Sie auf der Hartmannbund-Homepage: www.hartmannbund.de/weitere-seiten/hauptversammlung-2016-beschluesse/



Dr. Klaus Reinhardt über Lobbyarbeit und die Chancen von E-Health

„Wir werden auf Dauer nur erfolgreich sein, wenn wir uns am Machbaren orientieren“

Herr Dr. Reinhardt, um diese Zeit wird ja immer sehr gern zurückgeschaut auf die vergangenen zwölf Monate. In diesem Sinne also dann auch hier eingangs die Frage: Was war – berufspolitisch gesehen – für Sie ganz persönlich das Thema des Jahres?

Für mich war natürlich die anhaltende innerärztliche Diskussion um eine neue Gebührenordnung für Ärzte ein prägendes Thema – angefangen vom Sonderärztertag im Januar, über den Rücktritt meines Freundes Theo Windhorst vom Vorsitz der Gebührenkommission der Bundesärztekammer bis hin zum Hineinwachsen in meine neue Rolle als sein Nachfolger an dieser Stelle. Ich habe mich dieser Aufgabe gestellt, weil ich fest davon überzeugt bin, dass wir dringend eine neue Gebührenordnung brauchen und weil ich den Glauben daran noch nicht verloren habe, dass wir als Ärzteschaft noch immer in der Lage sind, erfolgreich für uns und unsere Patienten zu verhandeln, wenn wir es denn vernünftig anstellen, uns nicht öffentlich streiten und dabei mit unseren Vorstellungen und Forderungen auf dem Boden bleiben.

Spielen Sie mit der letzten Bemerkung auf die innerärztlichen Kritiker an, die noch immer argwöhnen, sie würden mit einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über den Tisch gezogen oder zu billig „verkauft“?

Kritik ist für mich völlig in Ordnung, solange sie konstruktiv ist und sich an Realitäten orientiert. Ich bin ein Typ, der Menschen gerne mitnimmt und mit ihnen gemeinsam ans Ziel kommt. Dazu ist es allerdings notwendig, dass man sich über das Ziel im Wesentlichen einig ist und dabei am Machbaren orientiert. Problematisch finde ich es, wenn sich Kritik verselbstständigt und dann losgelöst von der Sache in Form von Krach und Destruktion zum Selbstzweck wird und am Ende ganz anderen Zielen dient.

In diesem Zusammenhang stellt sich – etwas zugespitzt formuliert – bisweilen die Frage, ob denn Realpolitik und Lobbyarbeit überhaupt kompatibel sind?

Das ist ganz sicher ein permanenter und nicht immer ganz einfacher Spagat zwischen einer im Wesentlichen berechtigten

Erwartungshaltung derer, die man vertritt, und einer auf den wirklichen Erfolg ausgerichteten Strategie. Diese hin und wieder auftretende Kluft hat vor allem etwas mit dem unterschiedlichen Erfahrungshorizont zu tun. Ich habe deshalb durchaus Verständnis für jene, die den sogenannten „Funktionären“ hier und da vorwerfen, mit ihren Forderungen nicht energisch genug aufzutreten oder an der falschen Stelle Kompromisse zu machen. In den meisten politischen Prozessen geht es aber heutzutage nicht mehr zu wie in Tarifverhandlungen, bei denen man zunächst lautstark zehn Prozent fordert, um am Ende fünf Prozent zu bekommen. Politische Meinungsfindungen oder Gesetzgebungsverfahren spielen sich wesentlich diffiziler ab – zumal in Zeiten einer großen Koalition, wo ich bei bestimmten Fragestellungen ja nicht nur einen Minister überzeugen muss, sondern gleichzeitig seinen Koalitionspartner – und dies jeweils in Konkurrenz zu anderen Playern des Systems. Das ist dann häufig kein Spielfeld für lautes Getöse, sondern eher für sensibles Verhandeln.

Dies in den eigenen Reihen zu vermitteln und für diese Mechanismen um Verständnis zu werben, ist ein wichtiger Teil von Lobbyarbeit.

Gehört zu den Wahrheiten, die Sie ab und zu in Richtung Ihrer Kolleginnen und Kollegen formulieren müssen, auch die Feststellung, dass „die Einzelpraxis nicht mehr das Modell für die Zukunft ist“ oder zum Beispiel der Hinweis darauf, dass es „uns doch eigentlich gut geht“?

Ich weiß, dass solche Hinweise zunächst nicht immer überall gut ankommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie im Laufe der Zeit im Stile der „stillen Post“ verkürzt oder im falschen Kontext bei den Kolleginnen und Kollegen ankommen. Aber auch hier gilt im Kern, dass ich als Vorsitzender eines Verbandes und als Repräsentant einer Berufsgruppe nach meinem Verständnis von Berufspolitik die Pflicht habe, auf bestimmte Entwicklungen und Realitäten hinzuweisen. Ganz konkret zu dem von ihnen genannten Beispiel: Die Einzelpraxis ist ganz sicherlich nicht tot! Aber sie wird angesichts der beruflichen Ansprüche und der Lebensentwürfe der kommenden Ärztegeneration nicht mehr das maßgebliche Modell in der Versorgung bleiben. Das heißt aber ausdrücklich nicht, dass ich Kolleginnen und Kollegen abrate, eine Einzelpraxis zu kaufen oder zu gründen. Ich rate ihnen lediglich dazu, sich genau anzuschauen, was um sie herum passiert, sich zu vernetzen und für Kooperationsmodelle zu öffnen. Das ist meine Botschaft.

Und... „Uns geht es gut“?!

Erstens stimmt das für die überwiegende Zahl der Kolleginnen und Kollegen, auch wenn sie dafür sehr hart arbeiten müssen. Zum anderen ist auch hier der Kontext entscheidend. Ich habe darauf hingewiesen,

dass wir uns nicht wundern dürfen, wenn immer mehr junge Ärzte die Niederlassung scheuen, solange wir allzu laut das Lied der ärztlichen Verarmung in der Selbstständigkeit singen. Und dazu stehe ich.

Sie haben in der Vergangenheit häufiger bemerkt, die Ärzteschaft würde Entwicklungen lieber kritisch begleiten, statt sie frühzeitig aktiv mitzugestalten. Gilt das auch für das Thema E-Health?

Das glaube ich nicht. Hier müssen wir zwar dem Zug auch schon ein wenig hinterherlaufen, aber wir haben noch alle Chancen aufzuspringen und die Dynamik und den Schwung zu entwickeln, um dieses wichtige Zukunftsthema entscheidend mitzugestalten. E-Health wird die Entwicklung im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren ganz erheblich prägen und ich sehe das als riesige Chance für Ärzte und für Patienten. Es wird dabei vor allem die Rolle der Ärzte sein, den Mehrwert von E-Health für ihre tägliche Arbeit und den Nutzen für Patienten festzustellen und herauszuarbeiten. Wir sollten uns dabei vor allem auf die Chancen und nicht hauptsächlich auf die Risiken konzentrieren. Das erwartet vor allem auch die kommende Ärztegeneration von uns. Wir haben auf unserer Hauptversammlung Anfang November auf eindrucksvolle und spannende Weise erlebt, welche Dimension sich mit dem Thema E-Health verbindet und wie wichtig es dabei ist, unsere Rolle als Moderatoren und Gestalter dieses Prozesses verantwortungsvoll wahrzunehmen.

Sie haben eben die Erwartungshaltung der jungen Ärztegeneration angesprochen. Die Arbeit mit den jungen Kolleginnen und Kollegen, aber auch mit den Medizinstudierenden hat in den vergangenen Jahren im Hartmannbund eine ganz neue Bedeutung gewonnen...

Ja, das ist richtig, und ganz besonders auch diese Entwicklung ist für mich Motivation, immer wieder neue Herausforderungen für unseren Berufsstand anzunehmen. Die Arbeit mit den jungen Leuten macht enorm viel Spaß. Ob es nun unsere rund 25.000 Medizinstudierenden sind, die zuletzt zum Beispiel im Zusammenhang mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ bundesweit für Aufsehen gesorgt haben, oder aber zum Beispiel unsere Assistenzärzte, die immer mehr Dynamik entfalten und zum Beispiel gerade gemeinsam mit unseren Chefärzten neue Konzepte für bessere Arbeitsbedingungen ihrer Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung entwickeln.

Was ein schönes Schlusswort wäre mit Blick auf Ihre Pläne für 2017...?!

So ist es!

Und wobei es auch hätte bleiben können, wäre uns nicht just in diesem Augenblick die Kabinettsentscheidung zum sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz auf den Tisch geflattert.

Ja, auf den ersten Blick sieht es so aus, als sei man hier und da auf Einwände der Betroffenen eingegangen – unter anderem dadurch, dass man den Wahlmodus des KBV-Vorsitzenden geändert hat oder zum Beispiel dadurch, dass man sich bei einigen Regelungen – mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – etwas stärker auf die Körperschaft fokussiert hat, die ja unbestritten die politischen Aktivitäten maßgeblich ausgelöst hat. Am Ende bleibt es aber dabei: Das ist ein massiver Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung, über den niemand glücklich sein kann!

Sehr geehrter Herr Dr. Reinhardt, vielen Dank für dieses Gespräch. (MR)

Selbstverwaltungsstärkungsgesetz auf dem Weg

Geht es nach dem Willen der Bundesregierung, dann soll der im November verabschiedete Entwurf des sogenannten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes bis zu den Wahlen des neuen Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im kommenden März das parlamentarische Verfahren durchlaufen und verabschiedet werden. Das wegen seiner erheblichen Eingriffsmöglichkeiten in die laufenden „Geschäfte“ der Selbstverwaltungsorgane von Ärzten, Zahnärzten, Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses heftig diskutierte Gesetz legt den Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhebliche Haus-

halts-, Wirtschaftsführungs- und Beratungspflichten auf. Besonders prägnant sind die für den Wirkungsbereich der KBV vorgesehenen Regelungen. So sollen künftig drei Vorstände die KBV führen, wobei das Gesetz vorschreibt, dass einer der Vorstände – mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung – eine „neutrale Person“ sein muss. Stärken wird das Gesetz die Rechte der Vertreterversammlungen in Hinblick auf die Einsicht von Unterlagen und bei Auskünften über die Tätigkeiten des Vorstandes. Weitere Informationen zum Gesetzentwurf finden Sie auch auf der Hartmannbund-Homepage www.hartmannbund.de unter der News vom 16. November 2016 „Größe verschärft die Aufsicht“.

Schlaglichter 2016

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 2016 im Besonderen beschäftigt haben. Schwerpunkte dieses Jahres waren und sind auch bis auf Weiteres die GOÄ-Verhandlungen, die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung und der „Masterplan Medizinstudium 2020“. Bei diesen und vielen anderen Themen konnte der Hartmannbund viele Akzente setzen und zahlreiche erfolgreiche Aktionen durchführen.

GOÄ



1.

Schlaglicht Aufregerthemen

Das Jahr 2016 begann mit einem Paukenschlag. Am 23. Januar kam der Deutsche Ärztetag (DÄT) zu einer außerordentlichen Sitzung zusammen. Die Delegierten forderten die Bundesregierung auf, die GOÄ-Novelle noch in dieser Legislaturperiode in Kraft zu setzen. Der BÄK-Vorstand sollte den GOÄ-Entwurf noch einmal prüfen und über die Umsetzung entscheiden. Doch im März musste die BÄK auf Grund heftiger innerärztlicher Diskussionen doch die Reißleine ziehen. Erst nach dem DÄT im Mai konnte die Arbeit an der neuen GOÄ wieder aufgenommen werden. Seitdem arbeitet die BÄK unter technischer Leitung von Dr. Klaus Reinhardt an einem neuen Entwurf. Nach Gesprächen mit Fach- und Berufsverbänden wird aktuell mit der PKV verhandelt. Ein weiteres Thema, das die Ärzte beschäftigt und weiterhin beschäftigen wird, ist das am 4. Juni in Kraft getretene Antikorruptionsgesetz. Mit diesem soll die Strafbarkeitslücke für Korruption im Gesundheitswesen geschlossen werden. Kritiker sehen künftig die Staatsanwaltschaften als Dauergäste in Arztpraxen. Ebenfalls intensiv diskutiert wurde der am 16. November veröffentlichte Gesetzentwurf für das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Dieser sieht unter anderem Neuregelungen zur besseren Aufsicht, Transparenz und Kontrolle der Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen vor. Mehr dazu auf der Seite 19. Ein Thema, das bereits seit mehr als zwei Jahren die Gemüter bewegt, ist der „Masterplan Medizinstudium 2020“. Bis zum Redaktionsschluss war nicht klar, was am Ende wirklich drin steht. Heiß diskutierte Inhalte: Geplante Einführung einer Landarztquote, eines PJ-Pflichtabschnitts in der ambulanten Versorgung und einer M3-Pflichtprüfung in der Allgemeinmedizin.



2.

Schlaglicht Politische Gespräche

Dass man auch ohne Servicestellen Hunderte von Terminen erfolgreich bewältigen kann, zeigte 2016 erneut der Terminkalender der Hartmannbund-Akteure auf Bundes- und Landesebene. So standen in Berlin und auf den gesundheitspolitischen Spielfeldern auf Landes-, KV- oder Kammer-ebene unzählige Gespräche auf der Agenda. Wie lässt sich die Gesetzgebung zur Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit am besten oder die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten familienfreundlicher gestalten? Wie lässt sich eine angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen in einem (noch immer) gedeckelten System umsetzen und wie könnte ein System aussehen, das mehr Gerechtigkeit schafft? Wie lassen sich die Bedingungen in der Weiterbildung im Interesse der kommenden Ärztegengeneration verbessern und wie soll das Medizinstudium der Zukunft aussehen? Dies war nur ein Teil der Themen, über die mit Vertretern von Politik, Körperschaften und Krankenkassen diskutiert und um Lösungen gerungen wurde.



3.

Schlaglicht Deutscher Ärztetag

Nach dem Sonderärztertag stand auch der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg im Zeichen der GOÄ-Verhandlungen. Nachdem der Vorstand der Bundesärztekammer im März die Reißleine bei den Verhandlungen zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte gezogen hatte, machte das Ärzteparlament mit seinen Beschlüssen – nach monatelangen heftigen innerärztlichen Diskussionen – den Weg frei für neue Verhandlungen mit der Privaten Krankenversicherung (PKV), den Beihilfestellen und dem Bundesgesundheitsministerium. Zum neuen „technischen Verhandlungsführer“ der BÄK wurde der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Klaus Reinhardt ernannt. Weitere wichtige Themen auf dem DÄT: Diskussion zur Patientensteuerung, Ablehnung einer Landarztquote, Arbeitszeitrichtlinie und vieles mehr.



Fotos (4): Deutsches Ärzteblatt/Jürgen Gebhardt

4.

Schlaglicht
Assistenzärzte

Der Hartmannbund hat sein Engagement für Assistenzärzte weiter intensiviert. Am 29./30. Januar wurde in Berlin der Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ gegründet. Aktuell hat der Ausschuss mehr als 20 ordentliche Mitglieder aus ganz Deutschland. Im Mittelpunkt der diesjährigen Arbeit standen der Aufbau des Ausschusses sowie erste Themensetzungen. So diskutierten die Assistenzärzte im April gemeinsam mit Chefarzten des Verbandes zu den Themen Arbeitszeiten, Hierarchie in den Kliniken und Bürokratie (s. Bild unter diesem Artikel). Darauf aufbauend wurde die Assistenzarztumfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen“ vorbereitet, die aktuell läuft.



5.

Schlaglicht
Medizinstudierende

Für die Medizinstudierenden des Hartmannbundes war es ein sehr erfolgreiches Jahr. Das Thema „Masterplan Medizinstudium 2020“ war auch 2016 bestimmendes Thema. Vor diesem Hintergrund haben die Hartmannbund-Studierenden gemeinsam mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) Positionspapiere verfasst, gemeinsam Briefe an Gesundheitsminister Hermann Gröhe und Bildungsministerin Johanna Wanka geschrieben und im Mai einen bundesweiten Aktionstag unter dem Motto „Richtig gute Ärzte werden“ durchgeführt. Tausende Studierende haben an mehr als 20 Standorten mitgemacht. Auch in eigener Sache war der Ausschuss unterwegs. Unter Leitung eines sehr engagierten Vorstands wurden intern und extern viele Aktionen geplant und umgesetzt – vom Imagefilm „Die Univertreter“ bis zu neuem Imagematerial unter dem Motto „Stark für Ärzte. Stark für euch“.



6.

Schlaglicht
KV-Wahlen

In diesem Jahr fanden die Wahlen zur Vertreterversammlung in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Die KV-Wahlen waren für die Ärzte und Psychotherapeuten eine der zentralen berufspolitischen Herausforderungen in diesem Jahr – auch des Hartmannbundes, der bei der Entstehung der ärztlichen Selbstverwaltung eine wichtige Rolle gespielt hat und für den bis heute die Werte der ärztlichen Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung ein hohes Gut sind. In Vorbereitung auf die KV-Wahlen hat der Hartmannbund eine Anzeigenkampagne vorbereitet, um auf die Themen des Verbandes aufmerksam zu machen. Mittlerweile sind in allen KVen die Wahlen abgeschlossen. Viele Hartmannbund-Mitglieder haben es in die Vertreterversammlungen geschafft. Wir gratulieren an dieser Stelle allen, die in die VVen gewählt wurden, und danken allen, die sich im Rahmen der KV-Wahlen engagiert haben – ob auf eigenen Listen oder in Zusammenarbeit mit anderen Interessenorganisationen.



8.

Schlaglicht
Und sonst noch?

Der Hartmannbund ist auch in den sozialen Medien unterwegs. Auch wenn noch nicht mit Zehntausenden Fans im Rücken, hat sich der Facebookauftritt der Medizinstudierenden doch erfreulich entwickelt. Auch bei den Assistenzärzten kommt allmählich Bewegung hinein. Auch das in der Kommunikation immer stärker aufkommende bewegte Bild wird immer häufiger eingesetzt. Zwei echte Hingucker sind der Imagefilm der Univertreter und – ganz aktuell veröffentlicht – der Hartmannbund-Film zum Thema „E-Health“.

7.

Schlaglicht
Umfragen

Auch in diesem Jahr konnte der Hartmannbund das Instrument „Umfrage“ erfolgreich einsetzen. Im Rahmen der Erstellung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde im Juli eine Blitzumfrage gestartet. Die Beteiligung mit 8.314 Teilnehmern in nur einer Woche ist neuer Hartmannbund-Rekord. Die Antworten auf die drei Fragen bestätigten die bisherigen Positionen des Verbandes: Fast 80 Prozent lehnen die Einführung eines Pflichtquartals in der ambulanten Versorgung im Rahmen des Praktischen Jahres ab. Auch zu einer verpflichtenden M3-Prüfung in der Allgemeinmedizin gab es von den Studierenden ein klares „Nein“. Und rund 70 Prozent der Umfrageteilnehmer lehnen auch die geplante Einführung einer „Landarztquote“ ab.





Kodierung vertragsärztlicher Leistungen Und wieder grüßt das Murmeltier...

Seit einigen Wochen ist er wieder neu entflammt – der Streit um die Kodierung ambulanter ärztlicher Leistungen. Im Gefolge der Auseinandersetzung um den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und die Rechtmäßigkeit von Up- oder Right-Coding sowie der damit verbundenen Aktivitäten der Krankenkassen gehen auch „Totgeglaubte“ wieder um: die ambulanten Kodierrichtlinien. In einem Positionspapier fordert der AOK-Bundesverband als erste Sofortmaßnahme zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA die Einführung verbindlicher bundeseinheitlicher Kodierrichtlinien für Vertragsärzte. Wer sich an diesem Punkt an das täglich grüßende Murmeltier erinnert fühlt, hat sicherlich nicht ganz unrecht. Wir blicken zurück.

Bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die bis dahin vorgeschriebene vierstellige Diagnosenverschlüsselung dahingehend erweitert, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten per Gesetz verpflichtet sind, ihre Diagnosen komplett nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) in der jeweils gültigen deutschen Fassung (ICD-GM) zu verschlüsseln. Mit Blick auf die nicht unerheblichen Geldströme konnte es nicht verwundern, dass der Gesetzgeber auch für eine einheitliche Angabe der Diagnosen sorgen wollte, um die Geldströme dorthin zu lenken, wo sie zur Versorgung der Patienten gebraucht werden. So wurde also im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 vorgegeben, mit Einführung einer morbiditätsorientierten vertragsärztlichen Vergütung auch verpflichtende Kodierrichtlinien spätestens bis Mitte 2009 vereinbaren zu lassen (§ 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V i. d. F. vom 1.4.2007). Im stationären Bereich gibt es solche Richtlinien bereits seit dem Jahr 2001.

In Umsetzung des GKV-WSG wurden analog zum stationären Sektor ambulante Kodierrichtlinien (AKR) entwickelt, die Erläuterungen und Klarstellungen zum Umgang mit der ICD-10 enthielten, ganz allgemein dazu gedacht, die teilweise schwer verständlichen Regeln der ICD zu erläutern, Interpretationsspielräume einzulegen und so für mehr Klarheit zu sorgen. Basis für die AKR waren die „Deutschen Kodierrichtlinien“ (für den stationären Sektor) und die der ICD-10-GM vorgeschaltete „Anleitung zur Verschlüsselung“, beides adaptiert auf den vertragsärztlichen Bereich. Damit sollte es erstmals klare Richtlinien zum Verschlüsseln von Diagnosen geben. Die AKR sollten dem Arzt bzw. Psychotherapeuten dabei helfen, so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln, wobei nicht nur die Morbidität der Patienten abgebildet wurde, sondern auch das Tätigkeitsspektrum der Praxis.

Die AKR sollten aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil bestehen, die elf allgemeinen Kodierrichtlinien (A01 bis A11) mit den Basisregeln des Verschlüsseln, im Wesentlichen fachbereichs-

übergreifenden, generellen Vorgaben zur Diagnoseverschlüsselung: Zum Beispiel der Definition einer Behandlungsdiagnose, der Verschlüsselung eines akuten Krankheitszustandes im Gegensatz zu einem „Zustand nach“ oder dass anamnestiche Diagnosen nicht verschlüsselt werden müssen. Die speziellen Kodierrichtlinien (Teil B der AKR) sollten dagegen die Verschlüsselung einzelner Krankheiten, Krankheitsgruppen oder Behandlungssituationen präzisieren. Genannt wurden Erkrankungen, die besonders viele Patienten betreffen, die besonders teuer oder schwierig zu kodieren sind. Die speziellen Kodierrichtlinien orientierten sich an den 21 Kapiteln der ICD, wobei zu 18 Kapiteln eine spezielle Kodierrichtlinie mit insgesamt 61 Regelungen zur Verschlüsselung (B0100 bis B2101) existierte. So waren bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten wie Hepatitis oder HIV/Aids ebenso erfasst wie – in Kapitel B04 – endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, zum Beispiel Diabetes mellitus, oder – in Kapitel B19 – Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Umstände.

Diese AKR wurden im Jahr 2010 in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erprobt und sollten nach einer Einführungsphase zum 1. Juli 2011 verbindlich angewandt werden.

Ambulante Kodierrichtlinien zum 1. Juli 2011 ausgesetzt

Nach vielstimmigen Protesten seitens der Vertragsärzte, einschließlich einer sehr erfolgreichen Online-Petition, strich die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes, auf Bundesebene AKR zu erarbeiten – mit der Begründung, Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen. Kurz vor der „Scharfschaltung“ der AKR erschien der Referentenentwurf zum GKV-Verstärkungsgesetz (GKV-VStG) mit der Streichung der entsprechenden Vorschrift, sodass mit Blick auf die zu erwartende Streichung im Gesetz die verpflichtende Anwendung der AKR zum 1. Juli 2011 ausgesetzt wurde – das vorläufige Ende der verpflichtenden ambulanten Kodierrichtlinien.

Die gesetzliche Verpflichtung aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zum Kodieren nach der ICD-10-GM jedoch blieb und bleibt nach wie vor bestehen. Trotz fehlender verbindlicher Richtlinien finden sich aber eine Reihe von Vorgaben zur Verschlüs-

selung im vertragsärztlichen Sektor. Zum einen ist in § 295 SGB V, der die Abrechnung ärztlicher Leistungen regelt, festgehalten, dass die Verschlüsselung nach der ICD-10-GM zu erfolgen hat. Zum zweiten enthält die verbindlich anzuwendende ICD-10-GM selbst eine Anleitung zur Verschlüsselung und damit viele der Inhalte der „ruhenden“ AKR, die qua gesetzlicher Regelung anzuwenden sind.

Wird es eine Neuauflage der Diskussion geben?

Stellt sich die Frage, was der AOK-Bundesverband – neben der medialen Aufmerksamkeit – mit seiner Forderung (bundeseinheitliche Kodierrichtlinien für die ambulante Versorgung einzuführen) bezweckt? Im Hinblick auf die Upcoding-Diskussion der letzten Wochen (ausgelöst durch den TK-Chef Jens Baas, der Fehlanreize bei der Diagnose kritisierte) und die damit verbundenen Manipulationsvorwürfe müsste man in der Denkweise des AOK-Bundesverbandes annehmen, dass bei verpflichtender Anwendung von Kodierrichtlinien Manipulationen und Fehler ausgeschlossen sind und damit quasi „alles gut“ wäre. Dies darf aber getrost bezweifelt werden. Da Diagnostik und Therapie viel zu komplexe und differenzierte Prozesse sind und Krankheiten viel zu unterschiedlich ablaufen, als dass sie in jedem Falle 1:1 in Codes abbildbar sind, ist eine nach den Vorstellungen der Krankenkassen korrekte Kodierung wohl nur dann zu erreichen, wenn hinter jedem kodierenden Arzt ein staatlich vereidigter Kodierexperte mit Weisungsbefugnis steht – eine Vision, die nur wenige gern zulassen würden und die auch mit der Lebenswirklichkeit nichts gemein hat. Trotzdem ist nicht auszuschließen, dass die ruhenden AKR neu belebt werden. Immerhin steht im kommenden Jahr eine Bundestagswahl bevor. (PM)

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern eine individuelle und kostenlose Beratung an. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind dies zum Beispiel Fragen zur Niederlassung (Vertragsarzt-, Berufs- und Arbeitsrecht, Prüfung von Arbeitsverträgen), zu Honorar- und Abrechnungsfragen (Vertrags- und Vergütungssysteme in der ambulanten Versorgung, Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, KV-Regelwerke) sowie zur betriebswirtschaftlichen Beratung (Praxisabgabe und -übernahme, Steuern, Versicherungen, Vorsorge) und vieles mehr. 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



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall Was ist im Detail zu beachten?

Der Beinbruch im Skiurlaub, eine hartnäckige Lungenentzündung – schnell kann der Arbeitnehmer auch für längere Zeit ausfallen. Die ersten sechs Wochen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erhält der Arbeitnehmer im Regelfall weiterhin 100 Prozent seines Entgelts. Doch wie hoch ist der Anspruch eigentlich? Werden Überstunden und Bereitschaftsdienste bei der Berechnung berücksichtigt? Was ist bei Folgeerkrankungen zu beachten? Und was gilt im Fall einer Erkrankung des Kindes?

Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ist eine Kernpflicht des Arbeitgebers. Voraussetzung ist die unverschuldete Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, der bereits länger als vier Wochen beim Arbeitgeber beschäftigt ist.

Unverschuldete Arbeitsunfähigkeit

Die unverschuldete Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich, um den Entgeltfortzahlungsanspruch auszulösen. Anspruchsausschließend und damit nicht mehr unverschuldet ist ein Verhalten, bei dem es sich um einen groben Verstoß gegen das eigene Interesse eines verständigen Menschen handelt. Diese allgemein anerkannte Definition vermag jedoch keine Aussage darüber zu treffen, was im Einzelfall als unverschuldet angesehen wird. So wurde ein Unfall beim Drachenfliegen und eine daraus resultierende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit als unverschuldet angesehen, wohingegen die überhöhte Geschwindigkeit eines Arbeitnehmers, der mit seinem Auto einen Unfall verursachte, als schuldhaftes Verhalten gewertet wurde. Allerdings kann dem Arbeitnehmer auch nicht eine bestimmte Verhaltensweise vorgeschrieben werden, so handelt nicht schuldhaft, wer nach einem Schwimmbadbesuch sich nicht hinreichend abtrocknet und sich aufgrund dessen eine Erkältung zuzieht. Im Ergebnis ist der Arbeitgeber beweispflichtig, will er

dem Arbeitnehmer die Entgeltfortzahlung aufgrund schuldhaften Verhaltens verweigern.

Höhe des Anspruchs

Der Entgeltfortzahlungsanspruch ist kein Lohnersatzanspruch, sondern lässt den Anspruch auf Arbeitsvergütung fortbestehen. Zur Berechnung der Vergütung finden sich in den meisten Verträgen genauere Regelungen. Exemplarisch sei die Regelung des TV-Ärzte VKA herausgegriffen, ein an kommunalen Häusern gebräuchlicher Tarifvertrag. Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ist in § 23 TV-Ärzte VKA geregelt, der grundsätzlich auf § 22 TV-Ärzte VKA hinsichtlich der Bemessungsgrundlage verweist. Der § 22 TV-Ärzte VKA lautet wie folgt: „In den Fällen der Entgeltfortzahlung... werden das Tabellenentgelt sowie die sonstigen in Monatsbeträgen festgelegten Entgeltbestandteile weitergezahlt. Die nicht in Monatsbeträgen festgelegten Entgeltbestandteile werden als Durchschnitt auf Basis der dem maßgebenden Ereignis für die Entgeltfortzahlung vorhergehenden letzten drei vollen Kalendermonate (Berechnungszeitraum) gezahlt. Ausgenommen hiervon sind das zusätzlich für Überstunden gezahlte Entgelt (mit Ausnahme der im Dienstplan vorgesehenen Überstunden) sowie besondere Zahlungen nach § 24.“

Dies bedeutet, dass im Krankheitsfall grundsätzlich das Tabellenentgelt fortgezahlt wird sowie sonstige in Monatsbeiträgen festgelegte Entgeltbestandteile. Zu denken wäre hier beispielsweise an etwaig vereinbarte monatliche Pauschalen. Im Übrigen wird ein Durchschnittswert ermittelt, wo rückbetrachtend die letzten drei vollen Kalendermonate zur Durchschnittsberechnung herangezogen werden, so etwa für Bereitschaftsdienstvergütung und etwaige Zuschläge für Nacharbeit oder ähnliches.

Dauer des Anspruchs

Grundsätzlich besteht der Entgeltfortzahlungsanspruch für sechs Wochen. Was passiert, wenn der Arbeitnehmer an einer weiteren Krankheit erkrankt? Hier kommt es darauf an, dass nicht der sogenannte „Grundsatz der Einheit des Verhinderungsfalles“ greift. Dieser liegt vor, wenn während bestehender Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit hinzutritt, die ebenfalls zur Arbeitsunfähigkeit führt. In diesem Fall kann der Arbeitnehmer bei entsprechender Dauer der durch beide Erkrankungen verursachten Arbeitsverhinderungen die Sechs-Wochen-Fristen nur einmal in Anspruch nehmen (Grundsatz der Einheit des Verhinderungsfalles).

Zwei selbstständige Verhinderungsfälle liegen nur vor, wenn der Arbeitnehmer zwischen zwei Krankheiten tatsächlich arbeitet oder wenn er zwischen den beiden Krankheiten zwar arbeitsfähig war, tatsächlich aber nicht arbeiten konnte, weil er nur wenige außerhalb der Arbeitszeit liegende Stunden arbeitsfähig war. Somit ist es wichtig, dass die Arbeitsfähigkeit (und sei es nur für einen Tag) zwischen den zwei Erkrankungen gegeben war, da sonst kein neuer Entgeltfortzahlungsanspruch ausgelöst wird. Wichtig ist auch, dass

es sich tatsächlich um eine andere Erkrankung handelt und nicht um eine Erkrankung, die auf der vorherigen Erkrankung beruht.

Krankheit und Weiterbildung

Inwiefern Krankheit als Unterbrechung der Weiterbildung gewertet wird, liegt meist im Ermessen der jeweils zuständigen Landesärztekammer (LÄK). Während die LÄK Baden-Württemberg oder Berlin laut aktueller Weiterbildungsordnungen eine krankheitsbedingte Unterbrechung von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr als unschädlich einstufen, werten andere LÄK eine Krankheit grundsätzlich als Unterbrechung, geben aber kein Zeitmaß an. Der dadurch gegebene Ermessensspielraum wird wiederum mal sehr eng, mal weiter ausgeschöpft.

Erkrankung des Kindes

Bei einer Erkrankung des Kindes ist eine andere Norm einschlägig, der § 616 BGB, hier heißt es:

„Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird.“ Ein persönlicher Grund ist auch die erforderliche Betreuung von Kindern bis 12 Jahren, hierbei wird eine Zeit von fünf Tagen als „nicht erheblich“ i.S.d. § 616 BGB angesehen. Bei einem vertraglichen Ausschluss des § 616 BGB (dies ist möglich), haben gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer grundsätzlich einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse aus § 45 SGB V. In der privaten Krankenversicherung gibt es in den Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung keine vergleichbare Regelung. (CB)

Anzeige

telc
LANGUAGE TESTS

**telc Sprachenzertifikate für medizinische Fachkräfte:
für Ihre berufliche Anerkennung in Deutschland!**

Nutzen Sie Ihre Chance: Legen Sie die Prüfung *telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung*, *telc Deutsch B2-C1 Medizin*, *telc Deutsch B2-C1 Medizin Fachsprachprüfung* oder *telc Deutsch B1-B2 Pflege* in Frankfurt am Main ab.
Jetzt neu zur Prüfungsvorbereitung: *telc Online Training* und *Coaching Deutsch B2-C1 Medizin*

Anmeldung und Infos: www.telc.net/medizin-pflege

Die gemeinnützige telc GmbH ist ein Tochterunternehmen des Deutschen Volkshochschul-Verbands e.V. (DVV). Weitere Informationen und kostenlose Übungstests finden Sie auf www.telc.net. Gerne beraten wir Sie auch persönlich: Telefon +49 (0) 69 95 62 46-10.

AUDIT

Evaluation der Weiterbildung Da war doch mal was...

Wie wichtig ist den Landesärztekammern (LÄK) eine gute Qualität der Weiterbildung? Gemessen an der sinkenden Anzahl der Befragungen in den vergangenen Jahren könnte die Antwort „eher wenig“ lauten. Nach den bundesweiten Befragungen in den Jahren 2009 und 2011 folgte 2014 ein Pilotprojekt mit dezentralen Befragungen in Verantwortung von fünf Kammern. 2016 waren es noch ganze zwei Evaluationen: Eine in Berlin und eine in Westfalen-Lippe. Wie konnte es soweit kommen?

Auf seiner diesjährigen Hauptversammlung hat der Hartmannbund die Kammern an ihre Verantwortung für eine hohe Qualität der Weiterbildung erinnert und sie aufgefordert, die Evaluation der Weiterbildung kontinuierlich durchzuführen. Sollte sich die Anzahl der Befragungen in den kommenden Jahren nicht signifikant erhöhen, müsse die Bundesärztekammer (BÄK) die Evaluation – aufbauend auf den bis dahin gesammelten Erfahrungen – wieder zentral und bundesweit einheitlich durchführen.

„Eine regelmäßige Evaluation ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Verbesserung des hohen Standards ärztlicher Weiterbildung“, erläuterte der Vorsitzende des Arbeitskreises Aus- und Weiterbildung des Hartmannbundes, Klaus-Peter Schaps, die Forderung. Wenn die Landesärztekammern dieses Instrument zur Bekämpfung von Missständen nicht nutzen, habe dies Folgen sowohl für die Qualität der Weiterbildung als auch für die Versorgung, warnte Schaps.

Die 2009 und 2011 von der BÄK noch gemeinsam mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich durchgeführten Evaluationen fanden aus Kostengründen keine Fortsetzung, lieferten jedoch in Teilen bereits ernüchternde Ergebnisse. Zwar erhielt die Weiterbildung im Schnitt eine gute Note (2,54 in 2009 und 2,44 in 2011), als besonders problematisch erwies sich aber neben den Arbeitsbedingungen das Fehlen von Weiterbildungsplänen. Zudem sagt eine Durchschnittsnote wenig über den Einzelfall aus. Wo Weiterbildungsstätten sehr gute Bewertungen erhielten, muss es auch sehr schlechte gegeben haben, um auf einer Skala von 1 bis 6 im Mittel auf 2,5 zu kommen. Einige Kammern nahmen das zum Anlass, aktiv und sehr konkret auf eine Verbesserung der Qualität der Weiterbildung vor Ort hinzuwirken. Eine regelmäßige Evaluation – darin waren sich alle Akteure einig – müsse auch künftig stattfinden.

Diesem Anspruch sind die Kammern je-

doch nur teilweise gerecht geworden. Die Kammern Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein entwickelten 2014 in Zusammenarbeit mit der BÄK zunächst noch eine eigenständige Pilotbefragung, die als Basis für künftige Befragungen der LÄK dienen sollte. Die früheren Erkenntnisse bestätigten sich erneut. Bemerkenswert damals: 80 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bescheinigten ihren Weiterbildern sehr hohe medizinisch-praktische Fähigkeiten, jedoch waren nur noch 43 Prozent auch mit ihren didaktischen Fähigkeiten zufrieden. Dass dieser Aspekt aktuell im Prozess der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung berücksichtigt wird, verdeutlicht einmal mehr die hohe Relevanz einer Evaluierung zur Sicherung und Verbesserung der Facharztweiterbildung.

Auch die Kammer Westfalen-Lippe führte eine Befragung durch, verfolgte je-

doch mit Erfolg ein eigenes Konzept. Hohe Rücklaufquoten gaben der Kammer Recht. Und sie nutzte die Erkenntnisse ganz konkret und suchte den Kontakt zu besonders schlecht bewerteten Weiterbildungsstätten. Das führt die Kammer kontinuierlich fort, im Jahr 2016 gab es nun erneut eine Befragung. Damit jedoch steht sie ziemlich allein. Lediglich Berlin hat sich – erstmals nach 2011 – entschlossen, eine Evaluation durchzuführen. Sie läuft noch bis zum 11. Dezember. Die Ergebnisse aus Westfalen-Lippe waren bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.

Ein Sonderfall ist Bremen: Hier erhalten Ärztinnen und Ärzte nach bestandener Facharztprüfung mit der Urkunde einen Fragebogen zur Bewertung ihrer Weiterbildung ausgehändigt. Ergebnisse liegen al-

lerdings auch hier noch nicht vor. Für eine Auswertung fehlt bislang die notwendige Anzahl an Rückläufern, um die Anonymität der Befragten wahren zu können. Übrigens hatte die BÄK bereits 2012 und erneut im Jahre 2014 vom Deutschen Ärztetag auf Initiative des Hartmannbundes den Auftrag erhalten, die Evaluation grundsätzlich in dieser Form – sprich als ständige Erhebung – zu konzipieren. Die Ergebnisse würden dann zum Beispiel einmal jährlich erhoben und unter Nennung der Weiterbildungsstätte veröffentlicht. Damit könnten Akzeptanz, Teilnehmerquote und Aussagekraft der Evaluation wesentlich gesteigert werden, hieß es zur Begründung.

Nach der Entscheidung des BÄK-Vorstandes ein halbes Jahr nach dem Ärztetag 2012, die Evaluation aus Kostengründen

nur noch dezentral den LÄK zu überlassen, fühlte sich aber – mit Ausnahme der genannten Beispiele – offenbar ohnehin kaum einer mehr so richtig zuständig für die Evaluation. Es ist an der Zeit, die Kammern an ihre Verantwortung zu erinnern, bevor es der Gesetzgeber tut. (SP)



Klaus-Peter Schaps ist Vorsitzender des Arbeitskreises Aus- und Weiterbildung im Hartmannbund. Er praktiziert als Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis in Wilhelmshaven.



Achtung: Assistenzarztumfrage

Die Arbeitswelt verändert sich – sie wird vernetzter, digitaler, flexibler und mobiler. Diese gesellschaftliche Entwicklung macht auch vor den Ärzten nicht halt. Auch wenn es der Arztberuf mit sich bringt, dass für die Gesundheitsversorgung eine 24-stündige Verfügbarkeit der ärztlichen Leistung erforderlich ist, müssen auch hier die Bedürfnisse der Arbeitnehmer berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund führt der Hartmannbund aktuell eine Umfrage unter seinen Assistenzärzten durch. Unter dem Titel „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen.“ soll herausgefunden werden, unter welchen Bedingungen die Assistenzärzte aktuell arbeiten und wie sie in Zukunft arbeiten möchten.



Machen auch Sie mit.

Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.hartmannbund.de/umfrage

Anzeige



STAATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE



GESUNDHEITSÖKONOMIE FÜR MEDIZINER (SRH/HB) HEALTH CARE MANAGEMENT (M.A.)

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:

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

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

WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG




Wenn es mit dem Medizinstudienplatz in Deutschland nicht klappt...

Im Ausland studieren? Ein Erfahrungsbericht aus Bratislava

Die 21-jährige Julia Weber aus der Nähe von Freiburg studiert seit Oktober Humanmedizin an der Comenius-Universität in Bratislava/Slowakei. Wir haben sie kennengelernt, weil sie uns fragte, ob sie auch im Ausland den Kontakt zum Hartmannbund halten kann. Da haben wir natürlich nicht „Nein“ gesagt und sie auch gleich darum gebeten uns zu schreiben, wie es ihr in den ersten Wochen ergangen ist. Hier ist Julias Bericht.



„Medizin studieren“ – der Traum von vielen, doch nur wenige haben die Chance, dies auf Anhieb in Deutschland tun zu können. Jedes Jahr gehen deshalb Tausende ins Ausland. Auch ich habe mich für diesen Weg entschieden, da es mein größter Wunsch war.

Wie habe ich es geschafft? Am Anfang habe ich „gegoogelt“. Wenn man „Medizin studieren ohne Numerus Clausus“ oder „Medizin studieren im Ausland“ eingibt, bekommt man zahlreiche Angebote. Ist dieser Schritt richtig? Ist das Studium anerkannt? Kann ich wieder zurückwechseln? An welcher Uni gibt es eine Aufnahmeprüfung? Auch mich haben diese Fragen beschäftigt und ich hatte Zweifel, ob ich das schaffen kann. Da ich unbedingt einen Platz wollte, habe ich mich für Bratislava entschieden. Dort wird ein Aufnahmetest mit vielen Biologie- und Chemiefragen durchgeführt. Da ich einige Zeit Chemie studiert hatte, dachte ich, das könnte klappen.

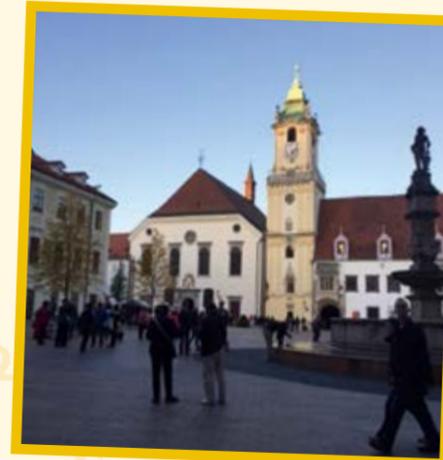
Fremde Hilfe? Ich würde jedem, der den Schritt wagen möchte, eine Agentur empfehlen. Es kommen viele formelle und organisatorische Angelegenheiten auf einen zu, die aufwendig und zum Teil mit vielen Kommunikationsproblemen verbunden sind, wenn man nicht die Landessprache spricht. Es wird zum Beispiel unterstützt bei der Wohnungssuche, bei Wegen zu Ämtern und bei der Vorbereitung auf den Aufnahmetest.

Die Sprache: Das komplette Studium wird auf Englisch absolviert, was ziemlich spannend ist und für die spätere berufliche Laufbahn hilfreich sein könnte. An der Comenius-Universität in Bratislava ist die Landessprache Slowakisch als Unterrichtsfach verpflichtend sowie auch Latein im ersten Jahr. Man kann sich zwar problemlos mit Englisch in Bratislava verständigen und mit älteren Menschen manchmal sogar auf Deutsch, jedoch benötigt man die Landessprache später im klinischen Abschnitt des Studiums.

Das Studium: Das Studium ist gegliedert in Vorlesungen und „Practicals“. Bei den „Practicals“ ist man in kleine Gruppen von ca. 20 Studenten eingeteilt und wird so in den Fächern Anatomie, Latein, Slowakisch, Bio-Physik und Bio-Genetik unterrichtet. Die Vorlesungen werden in den Fächern Anatomie, Bio-Physik und Bio-Genetik wöchentlich gehalten. Unter dem Semester finden zusätzlich noch Vorlesungen wie Medical Ethics und First Aid statt. Man schreibt im Semester immer wieder in den jeweiligen Fächern sogenannte „Credit Test“, auf die es „Credit Points“ gibt. In anderen Fächern (z.B. Bio-Physik) werden Arbeiten geschrieben. Da wir alle sehr viel sitzen, ist der Uni-Sport verpflichtend: Mindestens acht Mal pro Semester.



Julia Weber (rechts unten) beim Selfie mit Kommilitonen. Die Mehrheit der Medizinstudierenden an der Comenius-Universität kommt aus Deutschland und Österreich, aber es studieren dort auch junge Leute aus Kanada oder China. Julia berichtete uns, dass sie sich schnell eingewöhnt hat und sich in Bratislava sehr wohl fühlt.



Außerhalb der Uni ist das Studentenleben in Bratislava genauso wie in jeder anderen Studentenstadt in Deutschland, berichtet Julia. „Es gibt eine wunderschöne Altstadt, in der sich auch die Unibibliothek befindet, und man kommt überall mit der Straßenbahn im Normalfall hin. Wenn man mal keine Lust zum Bahnfahren hat, kann man auch die hier sehr günstigen Taxis nutzen.“ Allgemein ist das Leben in Bratislava etwas günstiger. Auch die Heimreise nach Deutschland ist von Bratislava aus sehr unkompliziert, man braucht etwa 45 Minuten mit dem Bus zum Flughafen nach Wien.

Meine Kommilitonen: Man trifft auf viele neue Menschen, die von überall auf der Welt herkommen. Die mit Abstand größte Gruppe sind die Deutschen und Österreicher, andere kommen aus Griechenland, Spanien, Kanada oder China.

Studiengebühren: Das Studium in Bratislava kostet Geld. Die jährliche Studiengebühr ist recht hoch, was man aber in Kauf nehmen muss, wenn man sich für Medizinstudiengänge im Ausland interessiert.

Ich bin froh, dass ich mich für Bratislava entschieden habe, da ich hier viele verschiedene Menschen aus aller Welt getroffen habe und es eine große Chance ist, Medizin zu studieren. Was ich auf jeden Fall mit nach Hause nehmen werde: Einen guten Arzt macht nicht unbedingt die Abiturnote aus, sondern das Interesse und die Art und Weise, wie ich an mein Studium und meine spätere Tätigkeit als Ärztin herangehe.



Und sonst noch?

Vier Verbände fordern sinnvollen „Masterplan Medizinstudium 2020“

In einer gemeinsamen Stellungnahme haben die jungen Ärzte und Medizinstudierenden des Hartmannbundes gemeinsam mit dem Bündnis für Junge Ärzte, der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland und dem Marburger Bund an die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern appelliert, im Rahmen der angekündigten Reform des Medizinstudiums (Masterplan Medizinstudium 2020) praxistaugliche und an den Ausbildungserfordernissen orientierte Maßnahmen zu beschließen. Die vier Verbände sehen mit großer Sorge, dass das Medizinstudium einseitig an symbol- und versorgungspolitischen Erwägungen ausgerichtet werden soll, die dem Wesen einer wissenschaftlich begründeten universitären Ausbildung widersprechen und die Überregulierung des Studiums verschärfen. Der MM2020-Prozess muss genutzt werden, um Studieninhalte und Lehrbedingungen von Grund auf zu modernisieren und qualitativ auszubauen. Die vollständige Stellungnahme steht hier: www.hartmannbund.de.

Hartmannbund-Stipendium ausgeschrieben
Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes schreibt als Motivation und Förderung für Studierende der Humanmedizin ein jährliches Stipendium für sehr gute Studienleistungen und für berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums aus. Insgesamt werden pro Jahr zwei Stipendien in einer Höhe von 250 Euro monatlich ausgeschrieben. Die Bewerbungsfrist beginnt am 1. Februar und endet am 30. Juni 2017. Bei der Vergabe der Stipendien wird die Stiftung von der Liechtensteiner Bank Alpinum unterstützt. Detaillierte Informationen gibt es unter Stif-tungen auf www.hartmannbund.de.



Medizinstudium im Ausland

Es ist mittlerweile in vielen europäischen Ländern möglich, ohne Wartezeit und NC Medizin zu studieren, so zum Beispiel in Spanien, Lettland, Slowakei, Litauen, Tschechien, Rumänien, Ungarn, Bulgarien oder Kroatien. Wer sich in diesen Ländern für ein Studium interessiert, kann sich selbst an die entsprechenden Universitäten wenden oder sich durch Agenturen unterstützen lassen. Diese bieten viele wichtige Informationen an, unterstützen bei der Vorbereitung auf die Aufnahmeprüfungen, helfen bei der Wohnungssuche und vieles mehr. An dieser Stelle möchten wir den Kooperationspartner des Hartmannbundes MediStart erwähnen. Die Hamburger Agentur hat nach eigenen Angaben über 5.000 Studienplatzbewerber aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in den vergangenen Jahren beraten. MediStart wurde von deutschen Hochschulrechtsanwälten gegründet. „Gut ins Ausland, gut und sicher wieder zurück“ ist die Philosophie von MediStart. Mehr Informationen finden Sie auf www.medistart.de und auf der Seite 37.

Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes 2016

Gefährliche Bluttransfusionen – Was hilft gegen das Risiko?

Der Hartmannbund hat den Film „Gefährliche Bluttransfusionen – Was hilft gegen das Risiko“ von Ulrike Gehring mit seinem diesjährigen Film- und Fernsehpreis ausgezeichnet. Die Preisverleihung fand während der Hauptversammlung am 4. November in Berlin statt.

Im Mittelpunkt des Films, der aus insgesamt 37 Zusendungen ausgewählt wurde, stehen das hohe Risiko und die schwerwiegenden Folgen von Bluttransfusionen.

Fremdes Blut... Es rettet Leben, aber es birgt auch erhebliche Risiken – nicht nur durch unerkannte Infektionen. Wissenschaftliche Studien sprechen dafür, dass der Immunschock fremder Blutzellen Komplikationen nach der Operation, Krankenhausinfektionen, akutes Nierenversagen oder auch Krebserkrankungen begünstigt. Doch werden aus diesen Erkenntnissen alle notwendigen Konsequenzen gezogen? Wie sorgsam ist eigentlich der Umgang mit dem „Risikogut Blut“?

Im Mittelpunkt des Gewinnerbeitrags steht das Team der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Frankfurter Universitätsklinikum unter der Leitung von Prof. Kai Zacharowski, das für seine erfolgreiche Arbeit mit einem 2013 eingeführten Patient Blood Management und seinen bemerkenswerten Studienergebnissen bereits weltweit Anerkennung erfahren hat – nur leider nicht in Deutschland. Hierzulande treffen die engagierten Ärzte bis heute auf taube Ohren – bei der Politik und auch bei den Fachgesellschaften. „Das Frankfurter Ärzteteam geht entschlossen gegen die eingefahrenen Praktiken vor, plädiert für konsequentes, sparsames Patient Blood Management und stellt sich damit gegen große Teile des medizinischen Establishments. Erst die Präsentation ihrer Forschungsergebnisse auf einem viel beachteten US-amerikanischen Kongress sichert die nötige Aufmerksamkeit und Anerkennung, die nun auch immer mehr Patienten zu Gute kommen dürfte“, so die Jury des Film- und Fernsehpreises.



Die Autorin Ulrike Gehring wurde am 4. November mit dem diesjährigen Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes ausgezeichnet. Es gratulierten Dr. Klaus Reinhardt und Klaus Rinkel in ihren Funktionen als Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender des Hartmannbundes. Bei der Preisverleihung anwesend waren auch der zuständige Redaktionsleiter beim Südwestfunk, Achim Streit (2.v.l.), und Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski (2.v.r.), einer der Protagonisten des Siegerbeitrages.

„An dieser Stelle müssen wir Ärzte uns fragen“, so der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, in seiner Rede während der Preisverleihung, „wie lange muss es dauern, bis eine so wichtige Nachricht den Patienten erreicht? Warum ist es in Deutschland so schwer, medizinische Praxis zu verändern?“ Manchmal gehe es an einem solchen Punkt nicht ohne die Medien. Durch die Arbeit der Autorin Ulrike Gehring, so Reinhardt, sei das Thema öffentlich geworden. „Sie, liebe Frau Gehring, haben den Finger in die Wunde gelegt und sind für Prof. Zacharowski und viele engagierte Ärzte ein Sprachrohr geworden.“

Dazu urteilte die Jury: „Die Autorin Ulrike Gehring hat dieses brisante Thema mit großem Engagement aufgegriffen und erfolgreich umgesetzt. Ihr Film überzeugt durch die Tiefe der Recherche, sprachliche Brillanz und eindruckliche Bilder. Ein vitales Feature mit hoher medizinischer und gesellschaftlicher Relevanz.“

An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass dies bereits Ulrike Gehrings zweiter Film zum Thema ist. Ihr erster Film mit dem Titel „Böses Blut – Transfusionsrisiken, Kehrtwende in der Intensivmedizin“ wurde 2014 ausgestrahlt und im Oktober in Cannes mit dem Silbernen Delphin ausgezeichnet. Der Film hat sich gegen rund 1.000 Filme aus 50 Ländern durchgesetzt.

Die Jury des Film- und Fernsehpreises begrüßte in diesem Jahr ein neues Mitglied. Neben Wolfgang van den Bergh (Chefredakteur der Ärzte Zeitung), Dr. Annette Tuffs (Leiterin der Unternehmenskommunikation des Klinikums Nürnberg), Ute Pauling (Redakteurin beim Westdeutschen Rundfunk) und Dr. Eckart von Hirschhausen ist auch der Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, Egbert Maibach-Nagel, mit dabei. An dieser Stelle ein großes Dankeschön an die Jury für die fachkundige Begleitung.

Der Siegerbeitrag kann übrigens in der ARD-Mediathek abgerufen werden. (DA)

Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski studierte Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und promovierte zum Dr. med. in der Pathophysiologie. Er promovierte am St. Bartholomeus Hospital zum Doctor of Philosophy und arbeitete unter anderem bei dem Nobelpreisträger Sir John Vane. Prof. Zacharowski ist seit 2009 Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main.



Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski im Interview

„Ressource“ Blut so wenig wie möglich belasten

Herr Prof. Zacharowski, Sie und Ihr Kollege Prof. Meybohm setzen sich seit Jahren für ein Umdenken bei der Anwendung von Bluttransfusionen ein. Worin besteht das Risiko?

Bluttransfusionen sind so sicher wie noch nie. Dennoch zeichnen sich seit ca. zehn Jahren zunehmend Risiken ab. So wurde in einer Vielzahl von retrospektiven Studien mit Tausenden von Patienten gezeigt, dass Patienten mit Fremdbluttransfusionen nach einer Operation häufiger nosokomiale Infektionen, Myokardinfarkt, akutes Nierenversagen und ggf. sogar ein höheres Risiko für Tumorrezidive zeigen. Diese Risiken scheinen bereits ab der Transfusion nur einer einzigen Blutkonserve anzusteigen. Die eigentliche Ursache für diese statistische Assoziation ist noch unklar. Gesichert ist aber, dass andere Risiken wie eine unbehandelte präoperative Anämie, ein ausgeprägter Blutverlust nach operativer Blutung oder labordiagnostisch-bedingte Blutverluste zusammen die Wahrscheinlichkeit für eine Bluttransfusion erhöhen und auch mit den o.g. Risiken assoziiert sind. Es muss also unsere Aufgabe sein, unnötige Bluttransfusionen auf allen Ebenen zu reduzieren. Ich spreche hierbei nicht von Transfusionen, die z.B. bei lebensgefährlichen Blutungen und Verletzungen lebensrettend sind, sondern von solchen, die nach aktuellen Erkenntnissen und dank moderner Methoden eigentlich vermieden werden könnten. Den dazu benötigten Maßnahmenkatalog bietet das sogenannte Patient Blood Management (PBM). Dass eine umfassende Implementierung von PBM in den klinischen Alltag die Anzahl von Transfusionen reduzieren kann, ohne dabei die Patientensicherheit negativ zu beeinflussen, konnten wir kürzlich in einer Studie mit ca. 130.000 Patienten zeigen.

Haben Sie eine Lösung gegen das Risiko gefunden? Und erübrigt sich dadurch der Einsatz von fremdem Blut?

Es wird immer medizinische Situationen geben, in denen eine Transfusion unabdingbar ist und Leben rettet. Vielmehr geht es uns darum, die kostbare Ressource Blut so wenig wie möglich zu belasten. So plädieren wir beispielsweise dafür, den häufigsten Prädiktor einer perioperativen Bluttransfusion, eine Anämie, im Vorfeld einer elektiven Operation detailliert zu untersuchen. Häufig lässt sich eine Anämie beispielweise durch die intravenöse Gabe von Eisen vor einer Operation korrigieren. Der Patient geht gestärkt in die Operation, ohne durch zusätzliche und vermeidbare Bluttransfusionen belastet zu werden. So ist es nicht verwunderlich, dass elektive Operationen bei Patienten mit einer Anämie nach neusten Erkenntnissen auch als Kontraindikation in der internationalen Literatur bezeichnet werden.

Sie haben sich mit Ihrem PBM-Modell bereits weltweit einen Namen gemacht. Warum tut sich das deutsche Gesundheitssystem mit Ihren Erkenntnissen schwer?

Die Gründe sind vielschichtig und multifaktoriell. Es spielen jedoch auch einfache Gründe eine Rolle, wie „das habe ich schon immer so gemacht“ oder „das glaube ich nicht“. Die Umsetzung der Erkenntnisse in den klinischen Alltag wird sicherlich auch durch noch nicht vollständig geklärte Fragen nach Kostenübernahme und Zuständigkeit gedrosselt. Darüber hinaus ist der Druck aus der Bevölkerung noch zu gering, obwohl hier langsam ein Umdenken stattfindet. Und zu guter Letzt muss natürlich auch die Demographie beachtet werden. Wir werden in Deutschland immer älter

und gleichzeitig erlaubt die Medizin eine immer weiterreichende invasive Versorgung. Auf der anderen Seite stehen immer weniger Menschen, die Blut spenden. So könnte es in Zukunft Situationen geben, wo unabdingbare Bluttransfusion aufgrund limitierter Ressourcen nicht garantiert werden können.

Bisher sind Sie bei der deutschen Gesundheitspolitik auf „taube“ Ohren gestoßen?

Selbst mehrere Anschreiben an den Bundesgesundheitsminister blieben unbeantwortet. Wir erhoffen uns auch durch den Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes mehr Aufmerksamkeit, auch bei den großen deutschen Krankenkassen. Zusätzlich wünschen wir uns, durch weitere mediale Unterstützung noch mehr öffentliche Aufmerksamkeit für unser Projekt gewinnen zu können. So ließe sich der öffentliche Druck auf die Stellen erhöhen, die noch immer ihre Augen verschließen.

Prof. Meybohm und Sie engagieren sich dafür, dass Ihr Modell auch an anderen deutschen Kliniken angewandt wird...

Im Jahr 2014 haben wir das deutsche PBM-Netzwerk gegründet. Ausgehend von vier Universitätsklinikum haben sich mittlerweile über 100 Krankenhäuser dieser Initiative angeschlossen. Das PBM-Team am Uniklinikum Frankfurt fungiert dabei als betreuender Ansprechpartner und koordiniert die Kommunikation zwischen den einzelnen Mitgliedern. Leider fehlen deutschlandweit noch fast 1.900 Institutionen. Wir würden uns wünschen, dass sich in den nächsten Jahren alle deutschen Krankenhäuser dem PBM-Programm anschließen und wir so gemeinsam Patientenversorgung und Sicherheit verbessern können. (DA)

Verdienste und Ehrungen 2016: Wir gratulieren den Preisträgern



Angelika Haus und Dr. Burkhard Budde erhielten die Hartmann-Thieding-Plakette für ihre langjährigen Verdienste um den Hartmannbund sowie für ihre herausragenden Verdienste um die deutsche Ärzteschaft.



Für ihre Verdienste um den Hartmannbund erhielten die langjährigen Mitarbeiter Matthias Burmeister, Anne Kortmann und Ute Böker die Hartmannbund-Thieding-Medaille. Inge Dinges wird auf der nächsten Gesamtvorstandssitzung geehrt.



Die Mannheimer Medizinstudentin Johanna Kinder wurde im Rahmen der Hauptversammlung mit dem Friedrich-Thieding-Preis ausgezeichnet. Diesen erhielt sie für ihre sehr guten Leistungen im Studium und ihr ehrenamtliches Engagement. Vorgenommen wurde die Auszeichnung von Klaus Rinkel, Vorsitzender der Friedrich-Thieding-Stiftung.



Das Hartmannbund-Mitglied Dr. Astrid Bühren wurde im Oktober mit der Bayerischen Staatsmedaille für Gesundheit und Pflege ausgezeichnet. Überreicht wurde ihr die Auszeichnung von der bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml. Die Staatsmedaille ist die höchste Auszeichnung des bayerischen Gesundheits- und Pflegeministeriums.

KV-Wahlen 2016: Weitere Ergebnisse aus Hartmannbund-Sicht

In den vergangenen Monaten fanden die Wahlen zu den Vertreterversammlungen (VV) in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) statt. In der Septemberausgabe berichteten wir über erste Ergebnisse. An dieser Stelle die noch ausstehenden Ergebnisse aus Sicht des Hartmannbundes. Folgende Mitglieder wurden gewählt:

KV Baden-Württemberg: Dr. Michael Deeg, Dr. Klaus Baier, Dr. Norbert Smetak, Dr. Stephan Roder, Dr. Friedrich Gagsteiger	KV Bremen: Dr. Wilhelm Kröncke (Liste: Alle Ärzte Bremerhaven)	KV Schleswig-Holstein: Matthias Seusing
KV Bayern: Dr. Astrid Bühren, Dr. Gunther Carl, Dr. Peter Deinlein, Dr. Christoph Graßl, Dr. Richard Häusler, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Ulrich Schwiersch	KV Hessen: Dr. Lothar Born (Liste Hartmannbund – Hessenmed)	KV Thüringen: Hier ist von Seiten des Hartmannbundes niemand zur Wahl angetreten.
KV Berlin: Dr. Christian Messer und Dr. Daniel Peukert	KV Rheinland-Pfalz: Dr. Siegfried Stephan, Dr. Michael Kann, Dr. Günter Gerhardt, Dr. Werner Harlfinger, Dr. Andreas Bartels	KV Westfalen-Lippe: Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Hans-Peter Peters, Dr. Heinz Heinrich Ebbinghaus (Liste Hartmannbund – Netze Westfalen-Lippe)
KV Brandenburg: Dr. Hanjo Pohle	KV Sachsen-Anhalt: Dr. Kornelia Markau	

Damit sind in allen Kassenärztlichen Vereinigungen die Wahlen zur Vertreterversammlung abgeschlossen. Im nächsten Schritt werden die übrigen KV-Gremien (Ausschüsse, Arbeitskreise) besetzt. Hier gibt es auch für Ärzte, die nicht in die VV gewählt wurden, die Möglichkeit, sich zu engagieren. Das ist von KV zu KV unterschiedlich, deshalb lohnt sich eine Anfrage. Hierbei hilft gerne Ihr Hartmannbund-Landesverband. **Übrigens:** In Brandenburg ist auch die Ärztekammer-Wahl mit großem Erfolg abgeschlossen. Die Hartmannbund-Liste hat 12 Sitze und damit drei Sitze mehr als bisher gewonnen! Wir gratulieren zu diesem Erfolg!

Hartmannbund-Wahlen 2017 Das ist geplant

Das Jahr 2017 wird innerverbandlich geprägt von den Hartmannbund-Wahlen in den Landesverbänden. Höhepunkt des Wahljahres ist die Wahl des Geschäftsführenden Vorstands im Rahmen der Hauptversammlung im November 2017. Ein Überblick über aktuelle Planungen:

LV Baden-Württemberg: Wahl der Kreisvereine per Briefwahl 5.12.2016-9.1.2017, Wahl der Bezirksvereine und Wahl des neuen Landesvorstands auf der Landesdelegiertenversammlung am 6.5.2017

LV Bayern: Wahl der Kreisvereine per Briefwahl 19.12.2016-24.1.2017, Wahl der Bezirksvereine und Wahl des neuen Landesvorstands auf der Landesdelegiertenversammlung am 13.5.2017

LV Berlin: Wahl der Delegierten per Briefwahl, Kandidatur bis zum 12.12.2016, Wahlzeitraum 27.1.-27.2.2017, Wahlergebnis auf HB-Homepage; Landesdelegiertenversammlung am 1.4.2017

LV Brandenburg: Wahl der Delegierten per Briefwahl, Kandidatur bis zum 16.1.2017, Wahlzeitraum 7.2.-8.3.2017, Wahlergebnis auf der HB-Homepage; Landesdelegiertenversammlung am 3.5.2017

LV Bremen: Voraussichtlich Briefwahl 27.3.-27.4.2017, Termin für Landesdelegiertenversammlung steht noch nicht fest

LV Hamburg: Briefwahl 6.2.-6.3.2017, Termin für Landesdelegiertenversammlung steht noch nicht fest

LV Hessen: Die Wahl wird im Frühjahr 2017 durchgeführt.

LV Mecklenburg-Vorpommern: Briefwahl 20.2.-20.3.2017, Landesdelegiertenversammlung voraussichtlich am 16./17.6.2017

LV Niedersachsen: Wahlen per Versammlungswahl, Termine in den einzelnen Bezirken stehen noch nicht fest, Landesdelegiertenversammlung mit Wahl des Landesvorstands am 1.4.2017

LV Nordrhein: Wahlaufwurf 21.11.2016, Ende Einreichungsfrist von Kandidaturerklärungen 19.12.2016, Beginn der Wahlfrist 30.1.2017, Ende der Wahlfrist 2.3.2017

LV Rheinland-Pfalz: Wahl der Bezirksvereine per Briefwahl 19.1.-24.2.2017, Wahl des neuen Landesvorstands im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung am 29.4.2017

LV Saarland: Wahl der Delegierten zur Landesdelegiertenversammlung 23.1.-18.2.2017, Wahl des neuen Landesvorstands im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung am 8.4.2017

LV Sachsen: Wahl der Delegierten per Briefwahl, Kandidatur bis zum 11.1.2017, Wahlzeitraum 1.2.-7.3.2017, Wahlergebnis auf der HB-Homepage, Landesdelegiertenversammlung am 12./13.5.2017

LV Sachsen-Anhalt: Wahl der Delegierten per Briefwahl, Kandidatur bis zum 10.1.2017, Wahlzeitraum 31.1.-1.3.2017, Wahlergebnis auf der HB-Homepage, Landesdelegiertenversammlung am 12./13.5.2017

LV Schleswig-Holstein: Wahl per Briefwahl 20.2.-20.3.2017, Landesdelegiertenversammlung voraussichtlich am 16./17.6.2017

LV Thüringen: Wahl der Delegierten per Briefwahl, Kandidatur bis zum 7.2.2017, Wahlzeitraum 7.3.-4.4.2017, Veröffentlichung Wahlergebnis auf HB-Homepage, Landesdelegiertenversammlung am 12./13.5.2017

LV Westfalen-Lippe: Wahlaufwurf 21.12.2016, Ende Einreichungsfrist von Kandidaturerklärungen 11.1.2017, Beginn Wahlfrist 8.2.2017, Ende der Wahlfrist 22.2.2017, Wahltermin ist für erste Jahreshälfte 2017 geplant.

Mehr Informationen zu den entsprechenden Wahlen in den Landesverbänden des Hartmannbundes erhalten alle Mitglieder per Brief. Die Wahlergebnisse werden in geeigneter Form veröffentlicht.



Die Fachmesse für die ambulante ärztliche Versorgung

Gelungene Diagnose, erfolgreiche Therapie und zufriedene Patienten – viele Aspekte sind notwendig um diese Ziele zu erreichen: Ihr fachliches Können, eine professionelle Ausstattung und eine moderne Mitarbeiterführung. Lassen Sie sich auf der MEDIZIN inspirieren und holen Sie sich Anregungen für Ihren beruflichen Erfolg. Die Fachmesse, der 52. Ärztekongress und das begleitende Rahmenprogramm bieten Neuheiten, hochkarätige Fortbildung sowie den Austausch mit Kollegen und Experten.



FIT FÜR DIE PRAXIS MEDIZIN

FACHMESSE + KONGRESS
27. – 29. Januar 2017 | Messe Stuttgart

#medizin2017

www.medicin-stuttgart.de



Rechtstipps – Rechtsschutz Rote Ampeln, Blumenklau, Liebesschlösser



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

Vermutlich hat sich jeder schon mal ein bisschen über die Grenzen des Erlaubten bewegt – nicht selten, ohne sich dessen überhaupt bewusst zu sein. Was droht zum Beispiel, wenn man über eine rote Ampel geht? Darf ich mir einen Blumenstrauß im Stadtpark zusammenpflücken? Der Rechtsanwalt Stefan Kranz, Partneranwalt von ROLAND Rechtsschutz, erklärt im Interview, wann man in rechtliche Schwierigkeiten geraten könnte.

Es schaut ja gerade niemand – also schnell über die rote Ampel gehuscht. Dass das nicht erlaubt ist, dürfte jedem bekannt sein. Aber was droht eigentlich, wenn ich dabei erwischt werde? „Wer als Fußgänger eine rote Ampel ignoriert, muss ein Bußgeld von fünf Euro bezahlen“, erklärt Rechtsanwalt Stefan Kranz. „Passiert im Zuge dessen sogar ein Unfall, werden zehn Euro fällig.“ Übrigens: Missachtet ein Radfahrer die rote Ampel, drohen Bußgelder zwischen 60 und 180 Euro. Außerdem handelt sich der Rotlichtsünder auf dem Drahtesel auch noch einen Punkt in Flensburg ein.

Was, wenn ich Kaugummis oder Zigaretten auf den Boden werfe? Das Kaugummi hat längst seinen Geschmack verloren, aber ein Mülleimer ist nicht in Sicht. Darf ich es dann einfach auf dem Gehweg entsorgen? „Das achtlose Ausspucken eines Kaugummis ist eine unzulässige Abfallentsorgung und kann mit einem Verwarn- oder Bußgeld geahndet werden“, so der Rechtsexperte. Je nach Kommune kann diese Bequemlichkeit zwischen 20 und 35 Euro kosten. Mit einem ähnlichen Bußgeld muss ein Raucher rechnen, der seine Zigarette gedankenlos auf den Boden wirft. Hier besteht zudem die Gefahr, dass die noch brennende Kippe etwas in Brand setzt. Also lieber den nächsten Mülleimer oder Aschenbecher suchen.

Ein paar selbst gepflückte Blumen aus dem Stadtpark mitbringen? Eine schöne Idee – doch leider nicht erlaubt. Rechtsanwalt Stefan Kranz: „Öffentliche Parks

oder Grünflächen stehen im Eigentum der Gemeinde oder der Stadt.“ Und damit auch deren Bepflanzung. „Wer also Blumen aus dem Beet reißt oder von der Wiese pflückt, muss damit rechnen, dass die Gemeinde oder Stadt Schadenersatz verlangt. Strafrechtlich kann sogar eine Anzeige wegen Sachbeschädigung drohen.“ Deshalb vielleicht doch besser zum Floristen gehen.

Ist die große Liebe erst einmal gefunden, muss das natürlich zelebriert werden. Warum nicht mit dem oder der Angebeteten als Zeichen der Zusammengehörigkeit ein Liebesschloss an einer Brücke anbringen? Doch auch hier gibt es Einschränkungen: „Manche Städte, so zum Beispiel Berlin oder Venedig, haben diesen Brauch verboten“, erklärt Rechtsexperte Kranz. Wenn sich die Turteltauben aber vorher schlaumachen, wo genau sie sich mit einem gemeinsamen Schloss verewigen dürfen, steht solch einem lebenslangen Liebesbeweis zumindest rechtlich gesehen nichts im Wege.

Der Alltag bietet viele Rechtsfragen. Und nicht immer geht es um so belanglose Dinge. Das gilt vor allem im Berufsleben – und gerade für Ärzte. Die Liste der rechtlichen Risiken ist lang, für angestellte Ärzte ebenso wie für niedergelassene Ärzte. Deswegen bietet ROLAND Rechtsschutz den Mitgliedern des Hartmannbundes spezielle Absicherungen zu besonderen Konditionen an.

Ausführlich berät Sie auch der Hartmannbund. Kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail unter hb-info@hartmannbund.de.



NEU: Kooperation mit AXA-Krankenversicherung

Der Hartmannbund hat mit der AXA Krankenversicherung einen Kooperationsvertrag abgeschlossen, in dessen Rahmen PJler und Ärzte für bis zu drei Jahre beitragsfrei in einem Optionstarif versichert sein können. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Hartmannbund.

Damit wird den Mitgliedern des Hartmannbundes eine exklusive, attraktive und auf den spezifischen Bedarf des jungen Mediziners abgestimmte Option zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung

angeboten. Der Optionstarif wird unter dem Markennamen „VIAMED“ in dieser Form nur über die Deutsche Ärzte Finanz angeboten. Die Beiträge werden für bis zu drei Jahre über den Hartmannbund finanziert.

Die Vorteile des „VIAMED“ liegen in den Optionen für die PJler und angestellte Ärzte sowie Zahnärzte. Als Optionstarif ermöglicht er einen flexiblen Wechsel in die private Krankenvollversicherung oder eine Zusatzversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Diese Option kann

zu verschiedenen Zeitpunkten genutzt werden. Hinzu kommt ein kostenloser Auslandsreisenschutz bis zu sechs Wochen für private Reisen und zusätzlich für Studierende bis zu 12 Monaten im Zuge des PJ (drei Monate bei Famulatur).

Weitere Informationen zu den kostenlosen Versicherungsleistungen und Optionsmöglichkeiten des „VIAMED“ können auf folgender Internetseite angefordert werden: www.aerzte-finanz.de/VIAMED-Hartmannbund

Medizin studieren in Wien – ohne NC und Med-AT MediStart nimmt Bewerbungen ab Dezember 2016 entgegen

MediStart bietet als einziger Studienplatzvermittler das Medizinstudium an der Privatuniversität in Wien an – deutschsprachig, ohne Noten-NC und ohne den österreichischen Aufnahmetest Med-AT.

In dem universitätseigenen Aufnahmeverfahren, das auf Motivation und Eignung beruht, hat MediStart aufgrund gezielter Vorbereitung und Bewerbungsoptimierung eine Erfolgsquote von ca. 90 Prozent erzielt. Das Medizinstudium beginnt Anfang Oktober. Die Aufnahmeverfahren finden im Juli bzw. August statt.

Neu und besonders ist das MediStart-College in Wien, das in der Privatuniversität durch Professoren unterrichtet wird. Es beginnt bereits am 15. März 2017 und umfasst Inhalte, die für eine erfolgreiche Bewerbung und einen guten Start ins Studium benötigt werden. Lücken im Schulwissen in den Naturwissenschaften werden geschlossen, Zulassungschancen durch gezielte Vorbereitung auf das Aufnahmeverfahren der Privatuniversität optimiert und erste Vorklinik-Fächer werden unterrichtet. Zudem sammeln die Teilnehmer im Collegese semester anrechnungsfähige

**ANGEBOT & LEISTUNGEN
VON MEDISTART IM ÜBERBLICK**

- Human-, Zahn- & Tiermedizin
- ohne NC und Wartezeit
- englisch- & deutschsprachig
- über 95% Vermittlungsquote
- Abschlüsse voll anerkannt
- Betreuung vor Ort & Rückkehrberatung
- kostenfreies Rücktrittsrecht bei Hochschulstart-Zulassung in Deutschland
- Erfolgshonorar: Zahlung nur bei Studienplatz-Erhalt
- **exklusiv für Mitglieder des Hartmannbundes: 1.000€ Rabatt**

Leistungen durch anerkannte ECTS-Punkte für das Studium an der Privatuniversität. Neben dem deutschsprachigen Privatstudium in Wien bietet MediStart auch englischsprachige Studiengänge in Medizin, Zahnmedizin und Tiermedizin an, z.B.

in Breslau/Polen, Riga/Lettland, Vilnius/Litauen, Varna/Bulgarien, Valencia/Spainien oder der renommierten amerikanischen Privatuniversität in Nikosia/Zypern. Weitere Informationen telefonisch unter 040 413 436 60 oder www.medistart.de.

Experten zum Auslands-Studium im Gespräch

Von Breslau bis Nikosia, von Riga bis Valencia – das Medizinstudium im Ausland erspart jahrelange Wartezeiten. Wie sieht es mit Zulassung und Anerkennung aus? Wir haben dazu den Hochschulrechtsanwalt Dirk Naumann zu Grünberg sowie Sebastian Ernsting von MediStart befragt.



Hochschulrechtsanwalt Dirk Naumann zu Grünberg (links) und Sebastian Ernsting (MediStart)

Wieso ist das Auslandsstudium so beliebt? Ist eine Studienplatzklage in Deutschland eine Alternative?

Ernsting: Über 15.000 Abiturienten warten auf einen Studienplatz in Deutschland. Ohne Abitur von 1,3 oder besser muss man bei Hochschulstart rund sieben Jahre warten. An den Auslands-Universitäten im EU-Ausland ist der Studienbeginn bereits 2017 möglich. Ohne Noten-NC und ohne Wartezeit. **Naumann zu Grünberg:** Das ist auch der Vorteil des Auslands-Studiums gegenüber

Wie erfolgt die Zulassung im Ausland?

Ernsting: Die Universitäten haben ganz unterschiedliche Zulassungsverfahren. Es gibt Aufnahmetests, Interviews oder auch Assessment-Center zur Feststellung von Motivation und Eignung. Die Abi-

turnote spielt grundsätzlich keine Rolle. **Naumann zu Grünberg:** Besonders gelungen finde ich bei der Universität Vilnius und der Privatuniversität in Nikosia die Kombination von Motivationsinterview und dem Eignungstest MediTest-EU, der in Deutschland stattfindet.

Wann sollten sich Interessenten bewerben?

Ernsting: Ab Dezember 2016 geht es mit den Bewerbungen los – und zwar bereits für den Studienbeginn Herbst 2017. Die Bewerbung ist bereits vor Erhalt des Abiturzeugnisses möglich.

Sind Anerkennung und Rückkehr sicher?

Naumann zu Grünberg: Das regelt die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie. Die Berufszulassung in einem EU-Land wird automatisch in den anderen EU-Ländern anerkannt, auch in Deutschland.



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

Existenzgründung

Das Interesse der Ärztinnen an der Selbständigkeit steigt



Der Autor Georg Heßbrügge ist Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). Kontakt: 0211 599 893-91, E-Mail: info@apobank.de. Mehr Informationen: www.apobank.de

Eine eigene Praxis ist ein spannender Lebensentwurf – gerade dann, wenn man sich als Arzt bzw. Ärztin mehr Flexibilität und mehr Gestaltungsfreiräume bei der Berufsausübung wünscht. Das bedeutet auch mehr Freiheiten bei der Arbeitszeitgestaltung und dürfte besonders für Frauen attraktiv sein. Denn so lassen sich Familie und Beruf nach individuellen Vorstellungen vereinbaren.

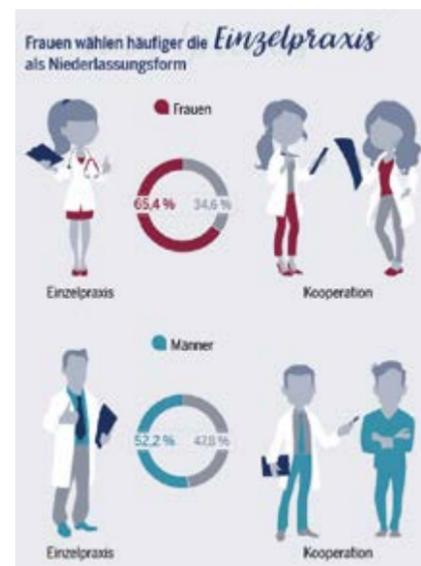
Offensichtlich nimmt auch das Interesse der Ärztinnen an der Selbständigkeit weiter zu. Das belegen die Zahlen der jüngsten Analyse der ärztlichen Praxisgründungen, die die apoBank gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) jährlich auswertet. Der Anteil der weiblichen Existenzgründer unter den Ärzten stieg 2015 weiter an und liegt nun bei 54,2 Prozent. Vergleicht man alle ambulant tätigen Vertragsärzte, sind Männer mit 56,7 Prozent zwar noch immer in der Mehrzahl, unsere Auswertungen der letzten drei Jahre deuten jedoch auf eine Wende hin: Denn der Anteil der sich niederlassenden Ärztinnen hat 2012 zum ersten Mal die 50-Prozent-Marke überschritten und nahm

in den Folgejahren weiterhin kontinuierlich zu. Unsere Erfahrungen zeigen, dass Frauen und Männer bei Existenzgründung unterschiedlich vorgehen und verschiedene Präferenzen haben. Daher schauen wir uns auch die Zahlen zur Existenzgründung getrennt nach Geschlechtern an. Ein Blick auf die Investitionsvolumina bei den Hausärzten in 2015 zeigt, dass Frauen grundsätzlich zurückhaltender investieren (im Schnitt 107.000 Euro) als ihre männlichen Kollegen (durchschnittlich 130.000 Euro). Wir wissen, dass Ärztinnen bei Kreditaufnahmen vorsichtiger sind und zunächst mit kleineren Praxen beginnen, um sich nach und nach zu vergrößern. Während Männer von Natur aus technikaffiner sind und bereits bei der Existenzgründung in der Regel in die Gerätschaften stärker investieren.

Bemerkenswert ist, dass Frauen sich öfter für eine Einzelpraxis entscheiden als das bei den Männern der Fall ist: 2015 gründeten etwa zwei Drittel der Ärztinnen allein, während es bei den Männern gut jeder zweite tat. Das liegt in erster Linie daran, dass in den sogenannten sprechenden Fachrichtungen, wo vorwiegend in Einzelpraxen behandelt wird, Frauen tendenziell häufiger anzutreffen sind. Im Gegensatz dazu werden die geräteintensiven Fachrichtungen wie Orthopädie oder Chirurgie von männlichen Existenzgründern präferiert, die sich dann in Kooperationen auch Anschaffungskosten für hochpreisige Geräte teilen können.

Kooperative Formen bieten zudem weitere Spielräume für Praxiskonzepte, die Familienplanung beziehungsweise das Privatleben gut integrieren. Aber auch Teilzulassungen oder Jobsharing stellen inzwischen für Mediziner vielfältige Möglichkeiten einer Niederlassung dar. Am Ende kommt es vor allem auf die individuellen Bedürfnisse an: Will ich lieber allein entscheiden und unabhängig sein? Wie wichtig sind mir der Austausch mit Kollegen und die Arbeit im Team? Bin ich zu Kompromissen bereit? Wie flexibel will ich arbeiten? So unterschiedlich sind auch die Formen der Existenzgründung. Und wenn man in die Materie genauer einsteigt, findet in der Regel auch jeder ein entsprechendes individuelles Praxiskonzept.

Mehr Informationen finden Sie unter www.apobank.de/existenzgruendung. Zur Niederlassung berät Sie ausführlich der Hartmannbund. Kontaktieren Sie uns gerne unter hb-info@hartmannbund.de.



Wie steht es um die aktuelle Finanzsituation?

Wir erwarten auf absehbare Zeit keine Zinserhöhungen in Europa

Die Bank Alpinum AG, Kooperationspartner des Hartmannbundes seit 2015, bietet alle Dienstleistungen rund um die moderne, strategische Vermögensplanung an. An dieser Stelle wirft Vizedirektorin Jacqueline Krämer einen Blick auf die aktuelle Finanzsituation.

Seit der Finanzkrise 2008 versuchen Notenbanken weltweit, die Wirtschaft wieder in Schwung zu bringen und sinkende Preise abzuwenden. Schon seit acht Jahren kennen die Zinsen deshalb nur eine Richtung: nach unten. Da Erfolge in Form kräftiger Konjunktur oder etwas höherer Inflation (nahe zwei Prozent) ausblieben, haben die Notenbanken stets noch einen Zucken bei ihren Bemühungen zugelegt, und nicht einmal bei der Null-Linie der Zinsen endete die Talfahrt: Japan und Europa drückten die Zinsen sogar deutlich in den negativen Bereich.

Doch nun gibt es in den USA wieder Anzeichen einer Trendwende: Seit Anfang Juli sind die kurzfristigen wie auch die langfristigen Zinsen angestiegen. Offenbar glauben

die Anleger nun, trotz durchzogener Wirtschaftszahlen in den USA, an eine Zinswende. Die amerikanische Notenbank, das Fed, redet ja schon länger von höheren Zinsen, aber passiert ist bisher nur wenig.

Während es durchaus realistisch erscheint, dass der Tiefpunkt bei den Zinsen in den USA durchschritten ist, gibt es verbreitet Zweifel, ob in Europa schon bald mit einem Zinsanstieg zu rechnen ist. Zu viele Länder der Eurozone verharren in einer wirtschaftlichen Stagnation, und von einem Inflationsanstieg sind kaum Ansätze auszumachen. Es bleibt die wirtschaftliche Zweiteilung Europas in das solidere Nord-Europa und den angeschlagenen „Club Mittelmeer“. Und solange sich die Südländer in einem solch bedauernden Zustand befinden, wird die Europäische Zentralbank EZB kaum die Zinsen anheben.

Dazu kommt, dass sich die Verschuldungssituation der südeuropäischen Staaten akut verschärfen würde, wenn die EZB ihre Unterstützung zurückfahren würde: Ein Kollaps wäre kaum zu verhindern.

Aus diesen Überlegungen heraus erwarten wir auf absehbare Zeit keine Zinserhö-



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

hungen in Europa. Diese wären erst dann wieder auf der Agenda, falls sich politisch etwas deutlich ändern würde, zum Beispiel mit dem Austritt einer Gruppe von Ländern aus dem Euro. Aber diesen Schritt möchte die Politik um jeden Preis verhindern.

Möchten Sie mehr erfahren? Dann finden Sie Informationen und Kontaktmöglichkeiten unter www.bankalpinum.com.

Spezialisten für HeimatGenuss

Die Ringhotels vereinen privat geführte Ferien- und Wellnesshotels, Tagungs- und Stadthotels sowie einige historische Herrenhäuser und Schlösser in ganz Deutschland – alle im Vier- und gehobenen Drei-Sterne-Bereich.

Besonders die Verbundenheit mit der Region zeichnet jedes einzelne der Ringhotels aus. Neben Chocolatiers finden Sie unter den Ringhoteliers Braumeister, Schmankerlkönige und Kräuterexperten. Viele der Hotels sind aus Gastronomiebetrieben entstanden und von der persönlichen Handschrift der Gastgeber geprägt. Alle pflegen enge Beziehungen zu den besten Lieferanten ihrer Region. Verwöhnen Sie Ihren Gaumen mit regionalen und kuli-

narischen Besonderheiten und entdecken Sie Deutschland neu.

Mit dem „HeimatGenuss Menü“ und dem „HeimatGenuss Angebot“ laden die Ringhotels ihre Gäste dazu ein, die vielfältigen Regionen Deutschlands besser kennenzulernen, nicht nur kulinarisch. Alle Gastgeber haben ihre Geheimtipps, die sie ihren Gästen liebend gerne verraten. Bei den Ringhotels ist Heimat mehr als nur ein Ort – es ist ein Lebensgefühl.

Ein Extra für HB-Mitglieder

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



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

Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-11

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Farid Tehrani / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Farid Tehrani / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Christoph Günther

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

Nachfolger/in für gynäkologische Praxis gesucht

Nachfolger für gynäkologische Praxis zu Mitte 2017 gesucht. Zwischen Siegen und Marburg gelegen, sehr gute Arbeitsbedingungen (sowohl finanziell als auch bei work-life-balance), gutes Team, QM-zertifiziert, modern strukturierte Praxis, bei Bedarf fließender Übergang möglich. Kontakt: b.hofius@t-online.de.

Allgemeinmediziner/in für Nachfolge gesucht

Allgemeinarztpraxis in Belgern-Schildau/Sachsen, eigenes Praxisgeb., gute Ausst./Zustand, sehr guter Standort, hoher Umsatz/Gewinn, Steigerung mögl., funktion. Unternehmenskasse, großer Patientenstamm, suche ab 2016/17 FAA, Ehepaar gut mögl., Einarbeitung gern, wenn gewünscht, kplt. Übernahme mit Mietkauf, ohne Risiko, Telefon: 0173 996 83 86, info@bionem-aqua.de.

Nachfolger/in für HNO-Praxis gesucht

Nachfolger/in für HNO-Gemeinschaftspraxis mit zwei Standorten in Gelsenkirchen gesucht. Überdurchschnittlicher Privatanteil. Die Praxis besitzt drei Kassenarztsitze (einer für angestellte Ärzte), davon ist einer neu zu besetzen; auch zwei hälftige Übernahmen sind möglich. Telefon: 0209 30366, E-Mail: praxis@hno-gelsenkirchen.de; www.hno-gelsenkirchen.de.

Gemeinschaftspraxis in Thüringen abzugeben

Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin mit zwei Kassenarztsitzen aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. Die Praxis befindet sich in der Gemeinde Benshausen (nahe Rennsteig und Autobahndreieck Suhl der A71/A73). Die Praxis verfügt über einen festen Patientenstamm. Die Praxis wurde 1991 auf eigenem Grundstück (1.067qm) neu gebaut. Die Praxisräume befinden sich im EG barrierefrei sowie im 1.OG, im 2.OG befindet sich eine Wohnung. Im Innenhof sind Parkplätze. EG: Rezeption, Warte-

bereich, zwei Toiletten, zwei Sprechzimmer (Raum I: normale Sprechstunde, Raum II: Sonografie, Lungen-Funktionstest, Infusionen, Hautkrebsvorsorge etc.) sowie ein Funktionslabor mit EKG und Wundversorgung. 1. OG: Räume der angestellten Physiotherapeuten. Kontakt: www.gemeinschaftspraxis-eisele.de.

Sonographie-Gerät Kranzbühler Sonoscope 30

Sonographie-Gerät Kranzbühler Sonoscope 30, Baujahr 1991, in sehr gutem Zustand zu verkaufen. Nähere Informationen zum Gerät teilen wir bei Interesse sehr gern mit. Der Preis ist Verhandlungsbasis. Wir bitten um schriftliche Kontaktaufnahme per E-Mail an info@gemeinschaftspraxis-eisele.de.

STELLENANZEIGEN

Facharzt (m/w) für Neurologie und Psychiatrie gesucht

Biete Facharzt (w/m) für Neurologie und Psychiatrie eine Stelle in Vollzeit oder Teilzeit, Einstieg in ambulante ärztliche Tätigkeit in etablierter Praxis in Mainzer Citylage mit Option auf spätere Übernahme. Kontakt: Dr. med. Armand J.F. Gerken, Höfchen 6, 55116 Mainz, Tel.: 06131 22 18 52, Fax: 06131 23 67 60, E-Mail: dr.med.armand.gerken@web.de.

HNO-Arzt/Ärztin in Gelsenkirchen gesucht

HNO-Arzt/Ärztin für Gemeinschaftspraxis mit zwei Standorten in Gelsenkirchen gesucht. Die Beschäftigung ist auch in Teilzeit möglich, ebenso wie eine spätere Praxisbeteiligung. Eine Anstellung wäre kurzfristig möglich. Telefon: 0209 30366, E-Mail: praxis@hno-gelsenkirchen.de, www.hno-gelsenkirchen.de.

Suche nach FA Allgemeinmedizin (m/w) oder FA Innere (m/w)

In Praxis in Kinding/Altmühltal wird ein Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin gesucht. Kinding verfügt über einen Kindergarten, eine Grundschule und viele Hotels, Pensionen und Gaststätten, da es ein beliebtes Ziel von Urlaubern ist. Es wäre erfreulich, wenn der Kollege/die Kollegin zum weiteren Aufbau der Praxis beitragen würde. Gern gesehen sind auch Kollegen/Kolleginnen mit Kindern (ich habe selbst drei Kinder und ein Enkelkind). Eine leistungsgerechte Vergütung ist selbstverständlich. Befugnisdauer: WB-Ermächtigung ist beantragt. Beginn: ab sofort, Kontakt: Ulrike Schrödl, Telefon: 08406 370, Fax: 08406 919201, E-Mail: ulrike_schroedl@yahoo.de.

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY



Ultraschallabdeckung



UDO HEISIG GMBH Hermann-Oberth-Straße 17 • 85640 Putzbrunn
Tel.: +49 89 46 23 92-0 • info@heisig.de

www.heisig.de

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

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

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

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

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

Titelfoto: © vivat191192/123rf.com
© iconimage/fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Bundesrat fordert Verbot des Versandhandels

Der Bundesrat fordert ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Das geht aus einem Beschluss der Länderkammer zum Entwurf des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) hervor. Hintergrund ist die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs, wonach sich ausländische Apotheken nicht an die in Deutschland geltende Preisbindung halten müssen.

BÄK fordert Klarstellungen zu Blankoverordnungen

Die Bundesärztekammer (BÄK) verlangt bei den geplanten Modellvorhaben zu den sogenannten Blankoverordnungen im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG) Klarstellungen. So fordert die BÄK eine Regelung, „die für die flächendeckende Umsetzung ein möglichst breites Spektrum der Modellvorhaben bezüglich der Indikationen/Diagnosen vorschreibt“.

Votiert die CDU für die „Landarztquote“?

Die CDU will Medienberichten zufolge auf ihrem Parteitag Anfang Dezember in Essen einen Antrag zur Abstimmung stellen, der die Landarztquote für Medizin-studierende fordert. Die Kommission, die den Parteitag vorbereitet, will demnach die Annahme eines entsprechenden Antrags der CDU-Landesverbände Baden-Württemberg und Sachsen empfehlen.

Mecklenburg-Vorpommern plant „Landeskinder-Bonus“

Die Regierung des Landes Mecklenburg-Vorpommern will bis zu 100 Bewerbern für das Studium der Humanmedizin, die am Numerus clausus scheitern, jedoch später in dem nördlichen Bundesland ärztlich tätig werden wollen, über ein Stipendienprogramm das Studium ermöglichen. Die Regierung plant ab 2017 ein entsprechendes Programm mit dem Titel „Landeskinder-Bonus“.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de

Anzeige

ETL | ADVISION



ETL Gesundheitsbrief – Jetzt kostenfrei anmelden!
www.etl-gesundheitswesen.de/newsletter-anmeldung

Anzeige



Tun Sie es für sich – und für andere



Besonders niedrige Beiträge
für Jungmediziner

Unsere mehrfach ausgezeichnete Berufsunfähigkeitsversicherung schützt schon bei vorübergehender Berufsunfähigkeit zuverlässig vor finanziellen Risiken. Profitieren Sie von einem Versicherungsschutz, der speziell auf die Situation von Angehörigen der akademischen Heilberufe zugeschnitten ist. Wir versichern konkret die **zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arzt**. Und gewähren die **volle Leistung** weltweit bereits ab 50 % Berufsunfähigkeit.

Jetzt beraten lassen: **0221 148-22700**
www.aerzteversicherung.de

Gibt es Vorsorge- untersuchungen für Depots?

Antworten auf Ihre Fragen.
Das **apoPur**-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren:
apobank.de/mein-depot

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



Dr. Özkan Demirbas,
Kunde der apoBank