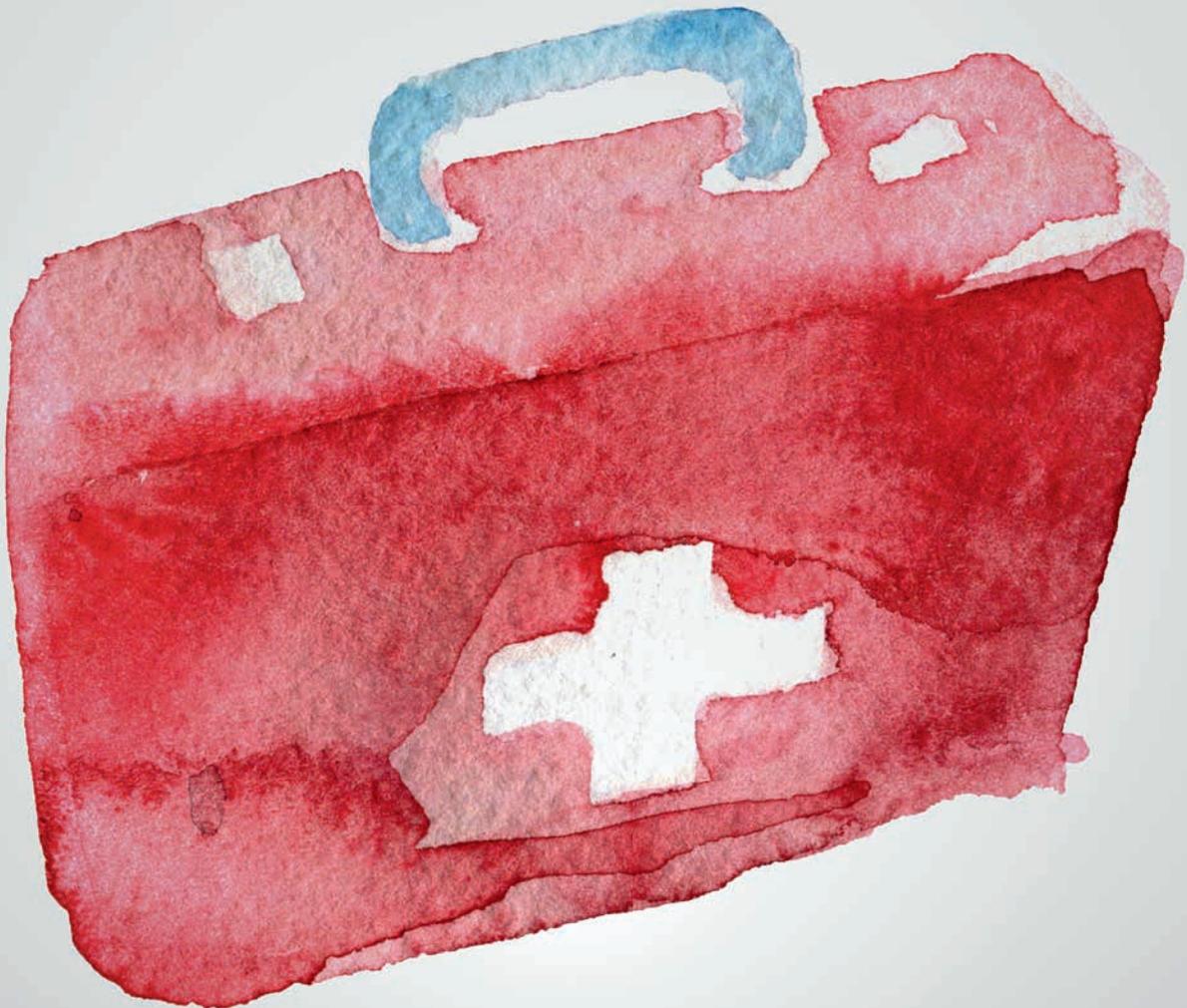


04/2017

 **Hartmannbund**
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Diagnose: Überstrapaziert!

Die Notfallversorgung braucht neue Konzepte



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

”

Ärzte helfen Ärzten“



© sudok1 - fotolia.com

Jede Spende hilft!

Kollegiale Hilfe in Notsituationen

Wir helfen:

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

Wir bieten:

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



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

Editorial

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen,*

ein Gespenst geht um in der deutschen Gesundheitspolitik – mal wieder. Denn kurz vor Weihnachten steht nicht nur Deutschland noch immer ohne neue Regierung da. Nein, im Rahmen der sich – jedenfalls zum Redaktionsschluss dieses Magazins – anbahnenden Koalitionsgespräche zwischen CDU, CSU und SPD ist sie wieder aus der Versenkung aufgetaucht und geistert, vor allem beschworen von den SPD-Linken, als „conditio sine qua non“ durch den Blätterwald und die Talkshows: Die Bürgerversicherung. Fast scheint es, als wolle sich vor allem Professor Karl Lauterbach mindestens noch diesen „Kindheits Traum“ erfüllen, bevor er möglicherweise seinerseits in der politischen Versenkung verschwinden könnte. Aber, Spaß beiseite, auch wenn in Sachen Bürgerversicherung inzwischen selbst bei den Sozialdemokraten die Zweifel wachsen, müssen wir sehr wachsam sein! Wir haben in einem Schreiben an die Bundestagsabgeordneten der SPD-Fraktion* noch einmal ausdrücklich vor der Einführung einer Einheitsversicherung gewarnt.

Insgesamt dürfen wir in jedem Fall gespannt sein, ob aus den bevorstehenden Gesprächen eine Regierung erwächst und unter welcher Regie dann künftig Gesundheitspolitik in Deutschland gestaltet wird. Dabei wird es um mehr gehen, als um eine angemessene Bezahlung aller von uns erbrachten Leistungen oder etwa eine Neuordnung der Notfallversorgung. Wir stehen ganz sicher vor Jahren, die ganz maßgeblich neue Weichen in der Versorgung und damit auch für die Entwicklung des ärztlichen Berufsbildes stellen werden. Welche Dynamik entwickeln neue interdisziplinäre und intersektorale Versorgungsmodelle? Wie gehen wir mit Chancen und Auswirkungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen um und welche Bedeutung werden neue Gesundheitsberufe für die Versorgung und für die Rolle des Arztes in der Zukunft haben? Mit all diesen Themen haben wir uns auch auf unserer Hauptversammlung im November befasst. Denn diese Fragen wird nicht nur die Politik zu beantworten haben, sondern hier sind wir als Ärztinnen und Ärzte ganz entscheidend gefragt, mit zu diskutieren und mit zu gestalten. Hier dürfen wir in keinem Fall jenen das Feld überlassen, die diese Entwicklung vor allem vor dem Hintergrund von Einsparpotenzialen sehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, damit sind einige von vielen Herausforderungen beschrieben, die auch im kommenden Jahr auf uns warten. Ich wünsche mir, dass wir diese gemeinsam engagiert annehmen – selbstbewusst, kreativ und nach vorne gewandt.

Bis dahin wünsche ich Ihnen friedliche Feiertage und einen guten Start in Jahr 2018!

Ihr

Klaus Reinhardt

* siehe Seite 38

Eine echte Koryphäe.



NEU!

Martis/Winkhart **Arzt Haftungsrecht** Fallgruppenkommentar. Von RA Rüdiger Martis, RAin FAinMedR Martina Winkhart-Martis. 5. neu bearbeitete Auflage 2018, ca. 1.700 Seiten Lexikonformat, gbd. 119,- €. Erscheint im Dezember. ISBN 978-3-504-18055-3

Wer mit Arzthaftungsfällen befasst ist, steht in einer besonderen Verantwortung, denn Informationsdefizite können hier existenzielle Folgen haben. Mit dem Fallgruppenkommentar von Martis/Winkhart behalten Sie in dem extrem kasuistischen Rechtsgebiet den Durchblick. Vertreter der Behandlungsseite, Patientenanwälte, Schadenssachbearbeiter und Krankenhausjustiziere – vom Einsteiger in die Thematik bis hin zum erfahrenen Praktiker schlagen hier alle nach, um sich die Leitlinien der Rechtsprechung für ihren konkreten Fall schnell und sicher zu erschließen.

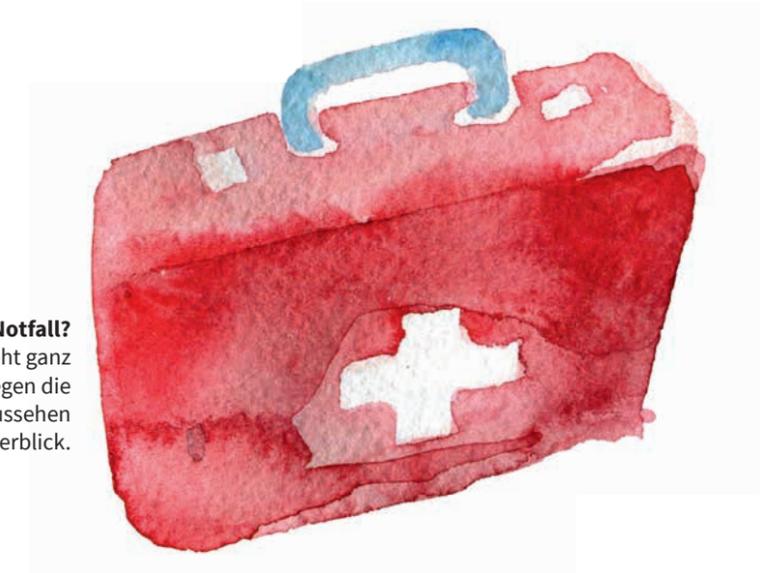
Für die 5. Auflage wurde das gesamte Werk umfassend aktualisiert, rund 600 neue Gerichtsentscheidungen ausgewertet und die Erläuterungen zu medizinischen Begriffen, Diagnostik und Therapie ausgebaut.

Probelesen und bestellen www.otto-schmidt.de/mwa5

ottoschmidt

Inhalt

6



Wird die Notfallversorgung selbst zum Notfall?
Die Neuregelung der Notfallversorgung steht ganz oben auf der Agenda der Gesundheitspolitik. Wo liegen die aktuellen Probleme, wie könnten neue Konzepte aussehen und welche Konflikte birgt das Thema? Ein Überblick.

12

Interview mit Prof. Dr. Gerlach zur Titelgeschichte



14 Hauptversammlung des Hartmannbundes Schlaglichter auf zwei spannende Tage



16

Niedergelassene Ärzte Arzneimittelinformationssystem – Verordnungssteuerung oder sinnvolle Unterstützung?



18

Dauerbrenner Bürokratie – Zwei Schritte vor, einen zurück



20

Angestellte Ärzte Hygiene im Krankenhaus – Infektionen auf dem Vormarsch



22 Was tun im Krankheitsfall?

24

Medizinstudierende Was wird aus dem Numerus clausus?

HB-Intern 26

Ehrungen, Arbeitssitzungen und Aktionen

27

Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes: Tötliche Supererregung

32

Service
Kooperationspartner
Ansprechpartner **36**
Impressum **38**

Ein System schlägt Alarm

Wird die Notfallversorgung

Zugegeben, man ist versucht, sich in Wortspielen zu verlieren. „Akuter (Be-) Handlungsbedarf“, die Notversorgung als „Behandlungsfall“, „Kollaps in der Notaufnahme“, „Wer rettet die Notfallversorgung?“ Oder eben: „Diagnose: Überstrapaziert“ – der Fantasie sind da kaum Grenzen gesetzt. Und von alledem stimmt ein bisschen. Denn Fakt ist: Die Notfallversorgung ist ein Patient mit akuten Problemen, braucht dringend eine Therapie und neue Rezepte. Ideen liegen auf dem Tisch – von Ausgebauter Patientensteuerung bis zu Zentralen Anlaufstellen.



Die Alarmsignale sind nicht mehr zu übersehen. Die Notfallversorgung braucht dringend neue Konzepte

bald selber zum Notfall?

und die Patienten behandelt, um Haftungsrisiken durch fehlende oder falsche Diagnosen zu minimieren. Diese Situation kann in den Krankenhäusern den Fehlanreiz fördern, ambulante Notfallpatienten auch stationär aufzunehmen. Ein Vorwurf, der seitens der Player auf ambulanter Seite durchaus im Raum steht.

Politische Initiativen von Bund und Ländern

Bereits mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden seitens der Politik Versuche unternommen, Verbesserungen in der Notfallversorgung zu erzielen. So wurden einige Anpassungen in der Notfallvergütung initiiert und der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung aufgehoben. Zudem wurden die KVen aufgefordert, zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einzurichten oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden. Die Vorstöße sorgten für ein geteiltes Echo: Portalpraxen seien grundsätzlich sinnvoll, an allen Krankenhausstandorten aber schlicht nicht leistbar, so die Kritik von KBV und KVen. Seitens der Kliniken wurde vor allem die Entscheidung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Festlegung der Vergütungen für die Notfallambulanzen als nicht aufwandsgerecht kritisiert.

Zugleich wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich die neue Aufgabe übertragen, bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu entwickeln. Hierfür sollen für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zu der Art und Anzahl von Fachabteilungen, der Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festgelegt werden. Diese Regelungen sollen dann als Grundlage für die Berechnung von Zu- und Abschlägen in der Krankenhausfinanzierung dienen. Der Zeitplan wurde allerdings gekippt, da nun vor einer abschließenden Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchgeführt und berücksichtigt werden soll. Neue Frist: 31. Dezember 2017.

Dass all diese Regelungen wohl nicht abschließend bleiben werden, machte auch die 90. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK, 21. und 22. Juni 2017 in Bremen) deutlich. Den Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder wurde ein Bericht der „AG Krankenhauswesen“ zur Notfallversorgung durch Krankenhäuser vorgelegt. Darin heißt es unter anderem, die Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages für die Notfallversorgung durch die KVen sei zu überprüfen. Auf dieser Grundlage sprach sich die GMK per Beschluss für eine Bund-Länder-AG zur gesetzlichen Neuregelung der Notfallversorgung aus.

Sachverständigenrat sieht Notfallzentren als Lösung

Im September dieses Jahres stellte der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) in Berlin seine Vorab-Analysen zum Status quo und die daraus abgeleiteten Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland vor (siehe Kasten). Die aufmerksame Zuhörerschaft, darunter neben Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Vorschläge, um alledem beizukommen und zu tragfähigen Lösungen zu gelangen, liegen inzwischen auf dem Tisch, nicht zuletzt der Sachverständigenrat der Bundesregierung hat erst kürzlich ein umfassendes Konzept zur Sanierung der Notfallversorgung vorgelegt. Und so viel ist sicher: Egal, wer in den nächsten vier Jahren die Politik in Deutschland bestimmt – das Thema Notfallversorgung wird ganz oben auf der Agenda der Gesundheitspolitik stehen. Ob man dann das Problem gemeinsam mit den betroffenen Akteuren des Gesundheitssystems löst, wird auch entscheidend davon abhängen, ob man sich auf deren Seite endlich zusammenrauft, die Gräben verlässt und konstruktiv nach Lösungsmöglichkeiten sucht. Alle betroffenen Akteure jedenfalls, also die Krankenversicherungen, die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenhäuser, äußern bereits seit einiger Zeit nachdrücklich ihren Unmut und liefern Verbesserungsvorschläge. Diese sind allerdings so vielfältig und zum Teil soweit auseinanderliegend wie die Interessenslagen.

Überhaupt stellt sich die Situation recht komplex dar: Fest steht, dass in den vergangenen Jahren die Patientenzahlen in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser immer weiter gestiegen sind. Einzelne Studien gehen von einer jährlichen Steigerungsrate von etwa vier bis neun Prozent aus. Dabei lassen sich diese Steigerungen laut Experten nicht alleine durch den demografischen Wandel oder erhöhte Krankheitslast erklären. Zunehmend werden in den Krankenhäusern Patienten behandelt, die als Selbstvorsteller mit „Bagatellerkrankungen“ in die Notfallambulanzen kommen und eigentlich im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können.

Laut der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) kann man derzeit davon ausgehen, dass durch die Krankenhäuser mit deutlich über 10 Millionen ambulanten Notfallbehandlungen mehr Patienten als im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden. Der ärztliche Bereitschaftsdienst, welcher eigentlich die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten, an den Wochenenden und an Feiertagen abdecken soll, wird nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) jährlich circa zehn Millionen Mal für dringende ambulante Behandlungen in Anspruch genommen.

Warum aber steigen die Patientenzahlen in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser immer weiter? Erstens sind in der Regel die Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (Tel.-Nr. 116117) sowie die Rettungsleitstellen (Tel.-Nr. 112) unabhängig voneinander organisiert. Allein die Entscheidung der Patienten für eine der Rufnummern bestimmt daher meist den weiteren Versorgungsweg. Insbesondere nach einem Notruf an die 112 sind der Transport und die anschließende Behandlung im Krankenhaus im Prinzip vorprogrammiert, selbst wenn dies im Grunde nicht nötig sein sollte.

Hauptgrund: Die Rettungsdienste stehen unter Refinanzierungszwang und bekommen aktuell nur diejenigen Fahrten voll vergütet,

die im Krankenhaus enden. Nach einer Studie des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) wurde etwa ein Drittel der Notrufe, aufgrund derer die Rettungsleitstelle den Rettungsdienst eingesetzt hat, im Nachhinein nicht als schwerer Notfall eingestuft. Die nur leichten bis geringfügigen Beschwerden der Patienten hätten im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden können.

Zudem füllen nicht selten Patienten selbstständig die Warteräume der Krankenhausnotfallambulanzen, die beispielsweise mit Wespennstich, Rückenschmerz sowie Erkältungssymptomen oder ähnlichem, eigentlich nicht auf die medizinische Infrastruktur eines Krankenhauses, angewiesen sind.

Die höheren Patientenzahlen in den Notaufnahmen führen zu weiteren Problemen in den Krankenhäusern. Gerade Patienten, die im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können, binden unnötig die Ressourcen der Notaufnahmen. Dies ist problematisch, wenn dadurch eine zeitnahe und notwendige Behandlung von schwer oder sogar lebensbedrohlich erkrankten Patienten gefährdet wird. Zudem werden ambulante Behandlungen in den Notaufnahmen analog zum vertragsärztlichen Bereich nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vergütet. Für Krankenhäuser ist diese, auf den niedergelassenen Bereich und die dort vorzuhaltenden Strukturen ausgerichtete Finanzierung nach eigenen Angaben nicht kostendeckend. Trotzdem werden in den Krankenhäusern die diagnostischen Möglichkeiten häufig ausgeschöpft



PiNo Nord-Studie

Mehr als die Hälfte der Patienten, die selbstständig nicht als minderschwere Fälle eine Krankenhausnotaufnahme aufsuchen, würden sich auch selbst nicht als dringlichen Notfall einstufen. Zu diesem doch recht überraschenden Ergebnis kommt eine Befragung des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE).

Laut der sogenannten PiNo Nord-Studie (PiNo = „Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken“) litt ein Drittel der 1.300 befragten Patienten unter den Beschwerden, die sie in die Notaufnahme führten, schon länger als drei Tage. Sie hätten also auch einen niedergelassenen Arzt aufsuchen können. Die KV-Notfallpraxen und der fahrende Bereitschaftsdienst waren mit 44,8 % bzw. 32,6 % nur der Minderheit der Patienten bekannt.

Notdienst-
praxis

112

Notfall-
ambulanz

116117

Arzt-
praxis

Die Anamnese – um ein letztes Mal im Bild zu bleiben – ist weitgehend abgeschlossen und relativ unumstritten. Und die lautet, auf den Kern reduziert: Zu viele Patienten nutzen die Notfallversorgung ohne akute Probleme – unter Umgehung vorhandener (vorgesehener) Strukturen und zu Zeiten, in denen man – salopp formuliert – auch getrost den „Arzt um die Ecke“ aufsuchen kann. Fehlverhalten infolge mangelnden Systemverständnisses – die bundesweite Rufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist in weiten Teilen der Bevölkerung unbekannt, aus Gründen der Bequemlichkeit oder auch vor dem Hintergrund (mindestens gefühlten) Mangels an ambulanten Angeboten werden auf Patientenseite als wesentliche Ursachen überlasteter Notfallambulanzen an den Krankenhäusern ausgemacht. Fehlanreize des Gesundheitssystems und der „ewige Kampf ums Geld“ zwischen ambulanten und stationären Strukturen, so sehen es Kenner der Materie, haben ganz sicher ebenfalls ihren Teil zur Entwicklung beigetragen. In der Summe in jedem Fall eine ungesunde Gemengelage.

Wo rufe ich nun an?

(CDU) auch etliche Größen der Leistungserbringer- sowie Kostenträgerseite, bekam dann aber auch recht umfassende, konkrete Reformvorstellungen des Sachverständigenrats zu hören.

Die zentralen Vorschläge des Sachverständigenrates im Überblick: In regionalen Leitstellen, welche (wenn möglich) über eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sein sollen, erfolgt eine erste Abklärung der Dringlichkeit des jeweiligen Falles durch speziell geschulte Kräfte. Je nach festgestelltem Behandlungsbedarf sollen die Anrufer dann an niedergelassene Ärzte oder an sogenannte integrierte Notfallzentren (INZ) vermittelt werden – der Einstieg in eine bessere Patientensteuerung. In besonders kritischen Fällen wird, wie bisher auch, der Rettungsdienst informiert. Die Notfallzentren sollen nicht an allen, sondern nur an ausgewählten Krankenhäusern eingerichtet werden. An einem „gemeinsamen Tresen“ von ambulanten und stationärem Sektor erfolgt dann die persönliche Begutachtung der Patienten sowie die erforderliche Versorgung oder die Überweisung an den niedergelassenen Bereich bzw. die Notaufnahme der Klinik.

Das komplette Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ soll dann im 2. Quartal 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben werden. Bis dahin zusätzlich gewonnene Erkenntnisse und Anregungen könne man noch einfließen lassen, betonte der Vorsitzende des Rates Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach.

Der 1985 ins Leben gerufene Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung aufzuzeigen. Die Gutachten werden alle zwei Jahre dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Eine Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen

der Experten sind in der Vergangenheit bereits von der Politik aufgegriffen worden, etwa der Ausbau von Präventions- und Rehabilitationsleistungen oder auch die Kassenwahlfreiheit für Versicherte.

Größe bescheinigte der Grundausrichtung dieser Vorschläge im Verlauf der anschließenden Podiumsdiskussion „große Sympathie“. Bereits eingeleitete Schritte hin zu extrabudgetären Vergütungen könne man „beherzt“ weitergehen. Auch das Modell der integrierten Notfallzentren, Größe sprach von „weiterentwickelten Portalpraxen“, sei grundsätzlich durchaus bedenkenswert – an den Details müsse man allerdings noch feilen. Das vorhandene Konfliktpotenzial der vom SVR vorgeschlagenen Organisationsform der Notfallzentren, und darauf dürfte sich der erfahrene Politiker bezogen haben, wurde bereits während der Veranstaltung schnell deutlich und veranschaulicht einmal mehr die ungeheure Komplexität.

Der heikle Punkt: Wie so oft die Finanzierungs- und Zuständigkeitsfrage. Nach Vorstellung der Sachverständigen sollen die Notfallzentren als eigenständige organisatorisch-wirtschaftliche Einheiten zwar unter gemeinsamer Trägerschaft von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kliniken agieren, der Betrieb jedoch den KVn überlassen werden. SVR-Mitglied Professor Jonas Schreyögg verwies in diesem Zusammenhang auf mögliche und so auszuräumende „Interessenskonflikte“ der Krankenhäuser. Er dürfte damit auf den von verschiedenen Seiten immer wieder geäußerten Verdacht abgezielt haben, die Krankenhäuser würden die Notfallambulanzen nutzen, um bei Bedarf leere stationäre Betten zu füllen.

Der laufende Betrieb der Zentren soll mittels einer dreistufigen Grundpauschale – je nach Kapazität und Ausstattung – für die Vorhaltekosten und einer einheitlichen Vergütung je Fall finanziert werden. Der hierfür geplante extrabudgetäre Topf soll sich wiederum

aus der entsprechenden Bereinigung der ambulanten und stationären Budgets speisen. Diese Konstruktion stößt nicht bei allen betroffenen Akteuren auf Gegenliebe

Positionierung KBV/DKG/GKV-SV

Ein eigenes Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommt den Vorschlägen des Sachverständigenrates in den zentralen Punkten jedoch recht nah: Standardisierte Ersteinschätzung, gemeinsame medizinische Anlaufstellen und eine stärkere Vernetzung der bisherigen Notrufnummern des Rettungsdienstes sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes – all dies findet sich auch hier wieder. Zudem soll durch eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit der Bereitschaftsdienstnummer 116117 mit dem Angebot einer initialen medizinischen Beratung die Möglichkeit geschaffen werden, Patienten kontinuierlich einen Ansprechpartner in Notsituationen anzubieten.

Bei der Ausgestaltung der Versorgungsangebote sollen regionale Besonderheiten und Bereitschaftszeiten genauso berücksichtigt werden, wie die regionalen Möglichkeiten zur fachspezifischen Versorgung – so könne man, sofern ein regionaler Bedarf besteht, beispielsweise durchaus die Schaffung der Möglichkeit zur Ausweitung des ambulanten Notdienstes im KV-Bereich auch tagsüber in Erwägung ziehen.

Für die KBV ist jedoch klar: Die Neuausrichtung der Notfallversorgung in Richtung einer integrativen, passgenaueren und qualitativ besseren Versorgung erfordert den Aufbau und Betrieb neuer Strukturen. Dafür sei eine adäquate zusätzliche Finanzierung unerlässlich.

Beispiel Thüringen

Regional arbeiten beispielsweise bereits Kliniken in Thüringen und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringens (KVT) bei der Versorgung medizinischer Notfälle zusammen. In Sömmerda, Sondershausen und Bad Frankenhausen organisieren die örtlichen DRK-Klinken und die Kassenärzte die Versorgung von Notfallpatienten im Projekt „Ärztliche Notdienstkooperation“ gemeinsam.

Das Versorgungsmodell wendet sich gezielt an Patienten, die bei akuten Erkrankungen direkt ins Krankenhaus gehen. „Diese Patienten erhalten hier zunächst eine Ersteinschätzung“, so Axel Pleßmann, Leitender Oberarzt der Zentralen Notaufnahmen der DRK-Krankenhäuser in Thüringen. Auf Grundlage dieser Einschätzung könne man dann entscheiden, ob der Patient in der Notaufnahme behandelt werden muss oder einfach zum Arzt bzw. zum Ärztlichen Notdienst gehen kann. Gleichzeitig mit dem Beginn der Notdienstkooperation wurde auch der ambulante Notdienst an den drei Standorten neu organisiert und jeweils direkt in die Notaufnahme verlegt.

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, verwies auf die wachsende Zahl an Patienten in Thüringen, die, wenn sie krank sind, nicht zum Arzt, sondern direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses gehen: „Wir wollen dieses Verhalten nicht bewerten. Wir wollen diesen Patienten in ihrer Situation helfen und zwar dort, wo ihnen am besten geholfen werden kann. Wir wollen damit auch sicherstellen, dass sich die Notaufnahmen wieder auf die Fälle konzentrieren können, für die sie wirklich da sind: Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen und generell Patienten, die im Rettungswagen gebracht werden.“ (Siehe auch Interview mit KV-Vize Dr. med. Thomas Schröter)

Sowohl Pleßmann als auch Rommel lobten die konstruktive Zusammenarbeit. Sie zeige, dass die oft beschworenen Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor viel durchlässiger sind als angenommen, und zwar immer dann, wenn Ärzte beider Bereiche auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Die KV Thüringen verhandelt auch mit anderen Klinikträgern über ähnliche Modelle.



Volle Wartezimmer: Nicht nur der Sachverständigenrat der Bundesregierung sieht in Elementen von Patientensteuerung einen Teil der Lösung des Problems.

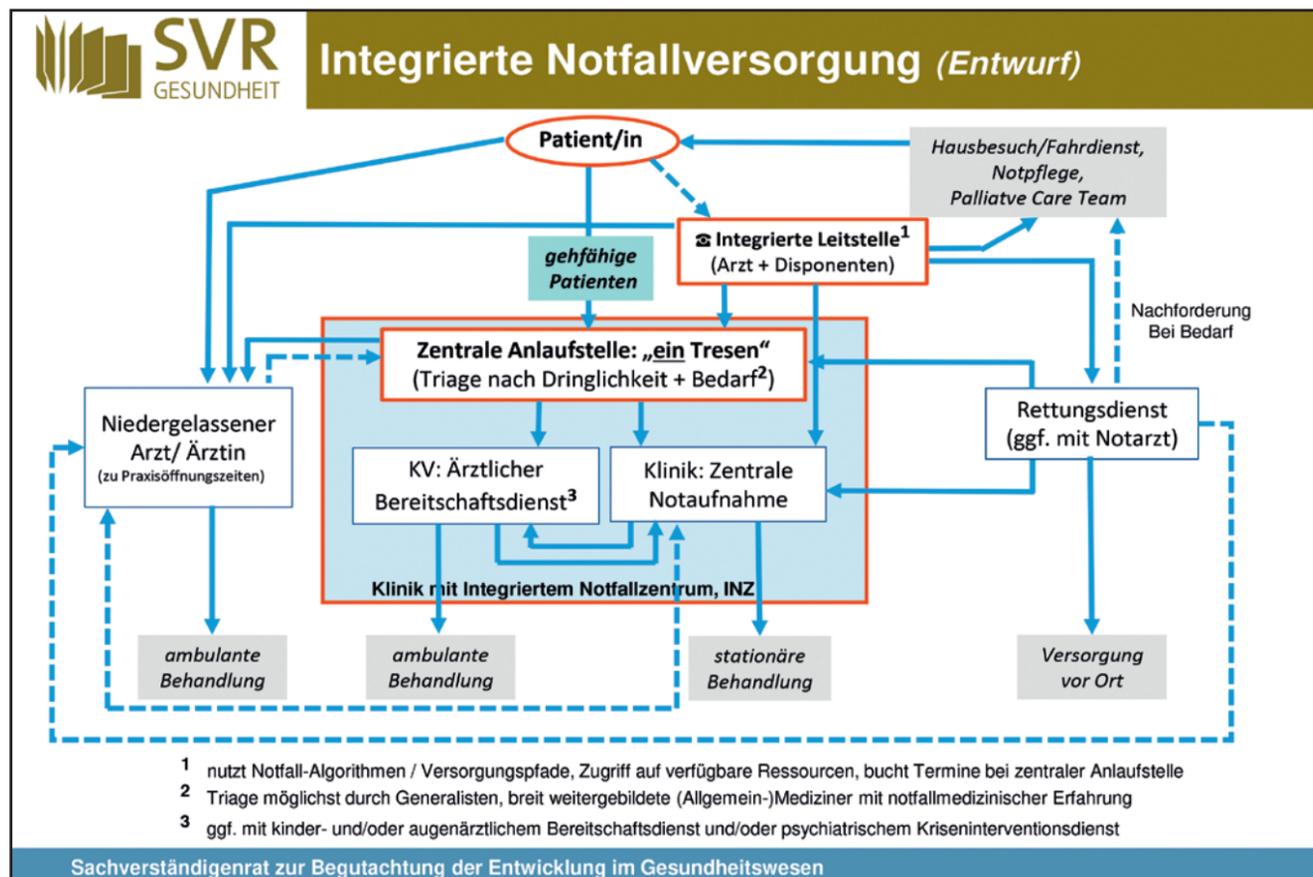
Die Position des Hartmannbundes

Der Hartmannbund befürwortet die Einrichtung von Notfallpraxen („Portalpraxen“ o.ä.), die der Notaufnahme an der Klinik vorgeschaltet sein müssen („Ein-Tresen-Lösung“). Diese Praxen sind bei nicht liegender Einlieferung zwingend zu durchlaufen und treffen eine Entscheidung über den weiteren Behandlungsweg.

Solche Notfallpraxen sollen flächendeckend, aber nur an bestimmten Zentren, in für die Notfallversorgung erforderlicher Anzahl, eingerichtet werden und mit den Praxen der niedergelassenen Kollegen zu deren Öffnungszeiten („Partnerpraxen“) eng zusammenarbeiten.

Zur Verbesserung der Notfallversorgung und um dem Hilfesuchenden den möglicherweise nicht notwendigen Weg in die Notfallpraxis zu ersparen, bietet sich als „Gatekeeper“ ein Notfalltelefon (gemeinsame Leitstelle 116117/112 oder gemeinsame Nummer) an. Ein entsprechend ausgebildeter Mitarbeiter nimmt den Anruf des Hilfesuchenden entgegen und berät über den notwendigen bzw. empfehlenswerten weiteren Weg im System. Durch IT-Vernetzung kann der Mitarbeiter den Notfallpatienten bereits in der Notfallpraxis, beim niedergelassenen Arzt oder gleich in der Klinik anmelden oder ein Rettungsmittel aktivieren.

Insgesamt plädiert der Hartmannbund zur sinnvollen Lenkung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen – nicht nur in der Notfallversorgung – für die Implementierung eines Regelwerks/Patientenleitsystems (virtueller Lotse: „Wann wende ich mich an wen/wohin?“). Bei Einhaltung aller Regeln entstehen dem Versicherten, über seinen Krankenversicherungsbeitrag hinaus, keine zusätzlichen Kosten bzw. keine Eigenbeteiligung für ärztliche Behandlung. Weicht der Patient von den bestehenden Regeln bzw. Versorgungswegen ab, überspringt er z.B. eine „Anlaufstation“, zieht dies für ihn eine Kostenbeteiligung nach sich, die nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten zu gestalten wäre.



Sektorübergreifende Lösung mit einem gemeinsamen Empfang



Eine KV-Praxis neben der Notaufnahme reicht nicht

Im Oktober 2017 stellten die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die örtlichen DRK-Kliniken ihr gemeinsames Projekt „Ärztliche Notdienstkooperation“ vor. In Sömmerda, Sondershausen und Bad Frankenhausen organisieren nun Kassenärzte und Krankenhäuser die Versorgung von Notfallpatienten gemeinsam. Dr. med. Thomas Schröter, 2. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, stand dem Hartmannbund dazu für ein Gespräch zur Verfügung.

Vor kurzem wurde von der KV Thüringen gemeinsam mit örtlichen DRK-Krankenhäusern das Versorgungsmodell „Ärztliche Notdienstkooperation“ initiiert. Könnten Sie uns kurz die Grundidee schildern?

Das Projekt basiert auf einem Auftrag der Thüringer KV-Vertreterversammlung, ein sektorübergreifendes (!) Modell der Notfallversorgung an Krankenhausstandorten zu entwickeln. Deshalb haben wir bereits im Jahr 2015, bevor Portalpraxen im Krankenhausstrukturgesetz standen, praktische Kooperationserfahrungen aus unserer Region gesammelt und rechtliche Möglichkeiten zur Überwindung der Sektorengrenzen geprüft.

Diese Form der Notdienstkooperation geht deutlich weiter als derzeit vom Gesetzgeber gefordert und



auch die eigentlich erst ab dem Jahr 2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgesehenen Portalpraxen existieren in Thüringen bereits seit 2010. Nimmt die KV Thüringen hier eine Vorreiterrolle ein? Und wenn ja, woran liegt das? Klappt die Zusammenarbeit mit den regionalen Kliniken besonders gut, ist es die Macht des Faktischen – sprich, sind die Notaufnahmen schlicht so überlastet, dass man gemeinsam handeln muss?

Die Einrichtung von KV-Notdienstzentralen, die meisten davon an Krankenhäusern, beruht auf einer Initiative des KV-Vorstandes von 2010. Diese hatte vor allem die Eindämmung einer zunehmenden Inanspruchnahme des Hausbesuchsnotdienstes und die Vergütung von Bereitschaftszeiten zum Ziel. Dadurch können wir heute auf eine Infrastruktur des vertragsärztlich organi-

sierten Notdienstes zurückgreifen, die in anderen Bundesländern erst aufgebaut werden muss. Die dramatischen Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre in den Krankenhausnotaufnahmen haben sich trotz der Existenz von Portalpraxen in Thüringen vergleichbar entwickelt wie im übrigen Bundesgebiet. Darauf beruht unsere Überzeugung, dass es nicht ausreicht, lediglich eine KV-Bereitschaftspraxis neben der Notaufnahme zu platzieren, sondern dass es einer wirklich sektorübergreifenden Betriebsorganisation mit medizinischer Vorsortierung am gemeinsamen Empfang bedarf.

Ist schon absehbar, ob auch andere Klinikträger sich diesem sinnvollen Versorgungsmodell anschließen?

Die Verhandlungen mit weiteren Klinikträgern sind im Gange. Im Gegensatz zu dem ersten Pilotprojekt mit drei DRK-Kliniken im Kyffhäuserkreis und im Landkreis Sömmerda, müssen die nächsten Kooperationen allerdings ohne zusätzliche finanzielle Förderung von den Krankenkassen und ohne rechtlichen Sonderstatus auf Basis von § 115 SGB V auskommen. Dies bedeutet, dass ein Rund-um-die-Uhr-Betrieb der Kooperationsbetriebsstätten und die Finanzierung von privilegierter vertragsärztlicher Anschlussbehandlung bei Überleitung aus dem Notdienst vorläufig nur in den drei ausgewählten ärztlichen Notdienstkooperationen realisiert werden kann. Wir hoffen, dass die Evaluation der Pilotprojekte den Nutzen der Innovationen für die Patientenversorgung belegen wird und dies zu verbesserten Rahmenbedingungen durch die nächste Gesetzgebung führt.

Über die Rufnummer des Ärztlichen Notdienstes 116117 können Patienten in Thüringen zu sprechstundenfreien Zeiten dank einer Kooperationsvereinbarung mit der Landesapothekerkammer Thüringen auch die jeweils diensthabende Apotheke in ihrer Region erfragen. Auch das erscheint aus Patientensicht sehr sinnvoll und geradezu prädestiniert für ein bundesweites Service-Angebot. Gibt es eventuell entsprechende Bestrebungen?

Die Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Lan-

desapothekerkammern ist in § 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V gesetzlich vorgeschrieben, sodass dieses Serviceangebot sicher bald bundesweit verfügbar sein wird. Allerdings wird es immer von den regionalen Partnern abhängen, wie das läuft. Wir haben darüber hinaus in Thüringen eine Kooperation mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf den Weg gebracht, so dass ab 2018 landesweit auch der jeweils diensthabende Zahnarzt über die Rufnummer 116117 erfragt werden kann.

Was halten Sie von den doch recht tiefgreifenden Reform-Überlegungen des SVR? Stichwort Ausbau der Kompetenzen der Leitstellen/Notrufnummern – auch zur besseren Patientensteuerung – oder auch der gemeinsame Tresen der angedachten Notfallzentren?

Die KV Thüringen hat mit Genugtuung registriert, dass sich die Grundzüge des eigenen Portalpraxiskonzeptes im Reformvorschlag des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen wiederfinden. Hervorheben möchte ich hier den Status der Kooperationsbetriebsstätte (SVR: „Integriertes Notfallzentrum“) als Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung – dies entspricht der bisherigen gesetzlichen Zuordnung des Sicherstellungsauftrages und dem geltenden Zulassungsrecht für Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung. Auch die Zusammenführung der Notrufnummern 112 und 116117 korrespondiert mit unserer eigenen Konzeption. In Thüringen bestehen hierfür gute Voraussetzungen, weil die KV auch den Sicherstellungsauftrag für die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst übertragen bekommen hat (Landesgesetz). Aus wirtschaftlichen Erwägungen haben wir uns für den Aufbau einer eigenen Dispatchingzentrale entschieden, welche unseren Hausbesuchsnotdienst koordiniert und zukünftig noch stärker mit den Rettungsleitstellen der kommunalen Aufgabenträger vernetzt werden soll. Wir unterstützen die Forderung der KBV an die Politik, bei den erforderlichen gesetzlichen Neuregelungen lediglich Grundanforderungen und Zuständigkeiten zu definieren und die regionale Ausgestaltung der Selbstverwaltung und den Beteiligten vor Ort zu überlassen.



Neben der DRK-Klinik Sömmerda (im Bild) gibt es die Notdienstkooperation auch in den Kliniken in Sondershausen und Bad Frankenhausen.



Für Patienten, die zu Fuß kommen, gibt es nur schätzt ein, ob der Patient zum Notdienst oder in die Anmeldung ist der Leiter der Notaufnahme, Axel

noch eine Anmeldung – eine Fachkraft Notaufnahme kommt. Der Arzt hinter der Plessmann.



Werbung für die Notdienst-Telefonnummer 116117 – Thüringens Gesundheitsministerin Heike Werner (Linke), KV-Hauptgeschäftsführer Sven Auerswald und KV-Notdienst-Leiter Markus Vogel (von rechts)



© Foto: Michael Fuchs, Remseck

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Widerstände einzelner Interessengruppen müssen beharrlich überwunden werden

Anfang September 2017 hat der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) seine bisherigen Analysen zum Status quo und die daraus abgeleiteten Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland vorgestellt. Absolutes Novum: Zum ersten Mal gab der SVR einen Vorab-Einblick in die noch laufende Gutachtenarbeit... Wie kam es zu dieser Entscheidung?

Wir arbeiten bereits seit längerem an einem umfangreichen Gutachten in dem es um eine bedarfsgerechte Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen geht. Ein wichtiger Teilbereich ist auch der Status quo und vor allem die Zukunft der Notfallversorgung. Nun haben wir zum einen wahrgenommen, dass das Thema Notfallversorgung inzwischen in verschiedensten Fachkreisen und auch in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert wird und zum anderen ist genau dieser Teil unseres Gutachtens bereits so weit gereift, dass wir guten Gewissens schon jetzt einen substantiellen Beitrag zu dieser Diskussion leisten wollten. Wir waren gespannt auf die Einschätzungen und Reaktionen und haben daher ganz bewusst den Austausch mit Po-

litik, Selbstverwaltung und Fachöffentlichkeit gesucht.

Die Realisierung der Notfallzentren als eine tragende Säule des von Ihnen vorgeschlagenen Versorgungsmodells, mittels Etablierung eines extrabudgetären Topfs und Bereinigung der bisherigen Budgets von Kliniken und KVen wurde von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ja grundsätzlich positiv aufgenommen. Aber wie sieht es denn jenseits der Finanzierungsfrage zum Beispiel mit den notwendigen Schulungen und der Aus- und Weiterbildung für qualifiziertes Personal der Leitstellen und Notfallzentren aus? Da würde es vermutlich zusätzlicher (Anschub-)Finanzierung bedürfen?

Wir gehen davon aus, dass es in Kliniken und Praxen vielfach bereits sehr gut qualifiziertes Personal gibt und es jetzt vor allem darauf ankommt, eine sektorenübergreifend einheitliche Dokumentation sowie standardisierte Prozesse in Form von einheitlichen Notfallalgorithmen und Versorgungspfaden zu etablieren. Diese Entwicklungen und auch die entsprechende Qualifizierung, etwa des Leitstellenpersonals, bedarf si-

cher einer konzertierten Anstrengung. Ob das durch Umschichtung vorhandener Mittel geleistet werden kann oder dafür der Ruf nach neuem Geld gerechtfertigt ist, muss noch im Detail geprüft werden.

Eine monetäre „Sanktionierung“ bei „Fehlernutzung“ der Notfallzentren wurde ja vom SVR verworfen, stattdessen setzt ihr Modell ja auf eher „erzieherische Maßnahmen“ durch fixe Terminvergabe per Leitstelle und ggf. Wartezeiten bei Nichteinhaltung der vorgegebenen Wege... Sehen Sie die Politik bereit für solche Instrumente?

Wir haben im internationalen Vergleich in Deutschland eine nur sehr gering ausgeprägte Selbstbeteiligung der Versicherten an den durch sie verursachten Kosten. Nachdem die Praxisgebühr ersatzlos abgeschafft wurde, wird vielen zunehmend klar, dass der weitgehende Verzicht auf jede Form der Selbstbeteiligung ein Versäumnis darstellen könnte. Wir setzen, auch (aber nicht nur) aufgrund der zu erwartenden Widerstände, zunächst auf eine intelligente Steuerung durch gezielte Anreize und möchten beobachten, inwieweit diese

wirkt. Sollten sich hier keine oder unzureichende Effekte zeigen, könnte man auch über die ein oder andere Form der Selbstbeteiligung nachdenken.

Gleiches gilt für die vorgesehene Reduzierung der Standorte von Notfallzentren an Kliniken. Dies setzt ja die Bereitschaft voraus, dem Bürger eine durchaus ungewohnte und zunächst u.U. unbequeme Umstellung zumuten. Ist nicht bezüglich der geplanten Reduzierung der Notfallstandorte durch Zentren nur an noch zu bestimmenden Standorten Widerstand von der DKG etc. zu erwarten? Im Einklang mit der internationalen Studienlage und im Interesse einer optimalen Qualität der Notfallversorgung setzen wir auf eine Zentrenbildung. Wir müssen der Bevölkerung, und auch manchem Bürgermeister oder Landrat, verdeutlichen, dass es in der Regel besser ist, wenn ein Patient mit Schlaganfall oder Herzinfarkt nicht in das nächstgelegene Krankenhaus transportiert wird, sondern – ggf. etwas weiter entfernt – in einer Stroke oder Chest Pain Unit versorgt wird. In dünner besiedelten Regionen muss im Rahmen eines gestuften Notfallsystems eine Balance zwischen Flächendeckung bzw. Wohnortnähe und Zentrenbildung gefunden werden. Widerstände einzelner Interessengruppen und sektorale Egoismen müssen, auch durch eine funktionale Neuordnung und Aufteilung der Versorgungsaufgaben insgesamt, beharrlich überwunden werden.

Und wie optimistisch sind Sie, wenn es um die Frage einer verantwortungsvollen quantitativen Festlegung solcher Standorte geht? Wenn, wie vorgeschlagen, die Länder verantwortlich sind, stellt dies gewisse Anforderungen an den Mut der politisch Agierenden – und der war schon beim Krankenhausstrukturwandel nur begrenzt zu sehen...

Ja, diese Aufgabe erfordert in der Tat Entschlossenheit und Mut. Es kommt darauf an, dass hier klare Rahmenbedingungen bzw. Anforderungen an ein gestuftes System der Notfallversorgung formuliert werden.

„Ja, diese Aufgabe fordert Entschlossenheit“

Der GBA hat ja genau dazu bereits einen Gutachtenauftrag vergeben und wird sich weiter damit beschäftigen. Auch müssen Veränderungen letztlich Teil eines umfassenden Gesamtkonzepts zu einer sektorenübergreifenden, arbeitsteilig organisierten Versorgung sein. Dazu gehört nach unserer Auffassung insbesondere auch eine verän-

derte Finanzierung. Wir werden auch deshalb in unserem neuen Gutachten einen dezidierten Vorschlag zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung machen.

Bereits bei der Podiumsdiskussion anlässlich der Vorstellung Ihres Konzeptes waren Widerstände bzgl. des sektorenübergreifenden Konzepts erkennbar. Die DKG äußerte Vorbehalte gegen den Betrieb in KV-Hand, die Kassen gegen Schaffung eines neuen Sektors generell – mit Verweis auf organisatorische Hürden die man sich „aufhalse“...!?

Wenn wir zu der Erkenntnis kommen, dass die aktuellen Strukturen nicht geeignet und vor allem nicht zukunftsgerecht sind, kann die Lösung nicht heißen, dass man alles beim Alten lässt. Im Übrigen sehen wir die Schaffung von Integrierten Notfallzentren nicht als einen komplett neuen Sektor, sondern lediglich als eigenständige organisatorisch-wirtschaftliche Einheiten mit einem eigenen extrabudgetären Finanzierungstopf.

Sie hatten auf vorhandenen Druck hingewiesen, der Ihnen Mut macht zur Bereitschaft zu Reformen. Nun bleibt natürlich die (mögliche) Koalitionsvereinbarung abzuwarten, aber: Gab es bereits Signale seitens der Gesundheitspolitik, inwieweit man gewillt ist, ein solch tiefgreifendes Konzept umzusetzen? Nach unserem Eindruck haben nahezu alle Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung verstanden, dass ein „weiter so“ in der Notfallversorgung keine Lösung ist. Es zeichnet sich ab, dass das Thema auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung eine gewisse Priorität genießen wird.

Neuordnung der Notfallversorgung hätte wohlmöglich Eisbrecherfunktion

Wir bekommen sehr viel positive Rückmeldungen zu unseren Überlegungen. Insbesondere integrierte Leitstellen (ILS) und integrierte Notfallzentren (INZ) werden nahezu einmütig begrüßt. Da es bei der konkreten Umsetzung immer auch um eine Neuverteilung von Einfluss und Geld geht, bleiben Widerstände einzelner Interessengruppen nicht aus. Es ist Aufgabe der Politik, hier dennoch wegweisende Strukturveränderungen auf den Weg zu bringen.

Der Vorschlag bspw., Anreize für Samstag-Sprechstunden zu schaffen, scheint insbesondere dann sinnvoll, wenn man Untersuchungen über Altersstruktur usw. der

„fälschlich“ in Notfallambulanzen gestrandeten Patienten näher begutachtet. Diese sind durchschnittlich eher jung und bewegen sich anscheinend oft an der Berufstätigkeit „vorbei“ zur medizinischen Versorgung... Aber auch dies wäre wohl nur mit zusätzlichen finanziellen Mitteln zu machen?

Auch die Flexibilisierung der Sprechstundenzeiten niedergelassener Ärzte kann und sollte zur Verbesserung beitragen. Wie bereits in einigen Selektivverträgen erfolgreich praktiziert, könnten zum Beispiel Abendsprechstunden für Berufstätige oder Samstagssprechstunden gezielt – auch finanziell – angereizt werden. Wir denken dabei nicht an ein Zwangssystem, das allen Praxen übergestülpt wird, sondern um eine attraktiv gestaltete Option, die von Praxen bei Interesse zusätzlich angeboten werden kann.

Wie realistisch scheint die Nutzung der von Ihnen fest eingeplanten digitalen Dokumentation und Kommunikation angesichts der Telematik-Vorgänge und mangelnder Funktionen der eGK?

Dabei handelt es sich um eine nationale Aufgabe mit hoher Priorität. Gerade weil wir im deutschen Gesundheitswesen noch nicht da sind, wo andere Länder oder Branchen zum Teil schon sind und wo wir – wenn wir den Anschluss nicht verpassen wollen – dringend hinmüssen, dürfen bestehende Hürden und Widerstände uns nicht aufhalten. Nicht nur mit Blick auf die Notfallversorgung ist eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte schlicht unverzichtbar. Spezielle Lösungen wie Tele-Notarzt-Konzepte oder Notfall- bzw. First Responder-Apps für die Bevölkerung sind bereits verfügbar und sollten baldmöglichst implementiert und unter Alltagsbedingungen evaluiert werden.

Sehen Sie hier einen Zeithorizont, welcher im Zusammenspiel mit Leitstellen und Notfallzentren einen Gesamtzeitplan deutlich werden lässt? Oder anders gefragt: Wie lange bräuchte man zur Umsetzung des SVR-Konzepts?

Unsere Vorschläge zur Neuordnung der Notfallversorgung lassen sich bei entschlossenem Handeln innerhalb der nächsten vier Jahre umsetzen. Die weitaus größere Aufgabe, eine sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand zu erreichen, dürfte aber eher zwei Legislaturperioden dauern. Hier sind mehrere dicke Bretter zu bohren. Aus unserer Sicht könnte der Neuordnung der Notfallversorgung eine Eisbrecherfunktion zukommen.



Der heimliche Stargast kam auf Rollen und begrüßte die Teilnehmer zur diesjährigen Hauptversammlung. Aktuell steht Anna Constantia noch im Forschungszentrum der HTW in Dresden.

„Nicht als Dino im Museum landen!“ Hartmannbund diskutiert Versorgung von morgen

Künstliche Intelligenz, Customer Journey, ePA, eGK, Apps, E-Health, Digitalisierung, Robotik – das sind nur einige Schlagwörter stellvertretend für viele spannende Themen, die auf der Hauptversammlung unter dem Motto „Wer versorgt uns morgen – Schlaglichter auf (neue) Strukturen und Akteure“ von Experten aus Theorie und Praxis diskutiert wurden. Weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung war die Vorstandswahl, die alle vier Jahre im Rahmen der Hauptversammlung stattfindet: An der Spitze des siebenköpfigen Gremiums steht weiterhin Dr. Klaus Reinhardt. Zum neuen Stellvertreter wurde Dr. Stefan Schröter, Klinikarzt aus Nordrhein, gewählt. Neben „alten“ Gesichtern – Klaus Rinkel und Dr. Thomas Lipp erhielten ebenfalls erneut das Votum der Versammlung – gibt es aber auch Veränderungen. So wurden Wolfgang Gradel aus Passau, Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat aus Hannover und Theo Uden, ebenfalls aus Hannover, neu in den Vorstand gewählt. Die korporativen Mitgliedsverbände des Hartmannbundes werden durch Dr. Thomas Ems im Vorstand vertreten.

[Ausführliche Informationen rund um die Hauptversammlung mit Bildern, Video und Links zu den verabschiedeten Resolutionen und der Pressemitteilung gibt es unter: www.hartmannbund.de/hauptversammlung_2017/](http://www.hartmannbund.de/hauptversammlung_2017/)

Dr. Klaus Reinhardt (links) bleibt Vorsitzender des Hartmannbundes. Sein Stellvertreter ist Dr. Stefan Schröter (rechts). (Bildmitte Hartmannbund-Hauptgeschäftsführer Dr. Michael Vogt)



Pflegebots Anna Constantia wurde von Prof. Dr. Hans-Joachim Böhme (HTW Dresden) für demenzkranke Patienten „ins Leben gerufen“. Die neue Gefährtin von Pflegebots August, dem Smarten, ist etwa mannsgroß, schlank und kegelförmig. Auf ihrem Kopf befindet sich eine Kamera, statt Armen verfügt sie über ein Display. Sie erkennt mit Hilfe von Sensoren im Sockelbereich ihre Umgebung und kann sich so selbstständig bewegen. Künftig soll der Pflegebots in Alten- und Pflegezentren zum Einsatz kommen. Anna könnte dann beispielsweise umherirrenden Patienten den Rückweg ins Zimmer erklären oder mit ihnen Gesellschaftsspiele spielen. Anna soll kein Pflegeersatz sein, sondern unterstützend tätig werden.



Prof. Dr. Boris Augurzky (Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung) beschäftigte sich in seinem Vortrag mit den „Meilensteinen in der digitalen Welt“. Mit einem Blick über den deutschen Tellerrand hinaus, beleuchtete er die Vergangenheit und setzte den Schwerpunkt auf bevorstehende Herausforderungen des Gesundheitswesens. Seine provokative Botschaft: Die Akteure des Gesundheitswesens „machen es sich bisher noch zu sehr in der Steinzeit kuschelig!“



Dr. med. Irmgard Landgraf (Fachärztin für Innere Medizin, Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus) gab Einblicke in die Möglichkeiten einer hervorragenden Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Seit 1998 ist sie Ärztin im Berliner Projekt (berlinerprojekt.de), 2001 begann die digital vernetzte Zusammenarbeit mit den Pflegekräften. Dieses Versorgungsmodell wurde 2011 mit dem Innovationspreis von Springer Medizin und 2014 mit dem Telemedizinpreis der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin ausgezeichnet.



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach (Vorsitzender des Sachverständigenrates und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt) warnte die Ärzteschaft vor einer Blockade des weltweiten Megatrends Digitalisierung.



Für Dr. Hans-Joachim Helming (Gesamtprojektleiter Innovationsprojekt Sana Kliniken BB) ist eine Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Strukturen von besonderer Bedeutung vor allem in strukturschwachen Regionen der Schlüssel zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung.



Mit Blick auf das Motto der Hauptversammlung bekräftigte Dr. Klaus Reinhardt den Anspruch des Hartmannbundes, auch künftig mit eigenen Konzepten und im kritisch-konstruktiven Dialog mit Politik, Selbstverwaltung und Kostenträgern die Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik aktiv mitzugestalten. Der wiedergewählte Vorsitzende forderte die Ärzteschaft auf, sich den Herausforderungen der Zukunft zu stellen. Hier sei ein höheres Maß an Innovationswillen erforderlich, wolle man nicht als „Dino im Museum enden“. Reinhardt warnte zudem mit Blick auf Digitalisierung und neue Gesundheitsberufe vor unbegründeten Verlustängsten. Oder wie Anna Constantia es sagen würde: „Ich kann die Zukunft nicht vorhersehen, aber ich bin sicherlich ein Teil von ihr.“

Viele offene Fragen rund um das
Arzneimittelinformationssystem

Verordnungssteuerung oder sinnvolle Unterstützung bei der Therapieauswahl?

Mit dem im Mai 2017 in Kraft getretenen GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) sollte ein Arzneimittelinformationssystem (manche bezeichnen es auch als das Arztnformationssystem) eingeführt werden, das die Ärzte besser über neue Arzneimittel und die jeweiligen Zusatznutzen informieren soll. Nun arbeitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwar noch an der Verordnung, die dann der Selbstverwaltung den Rahmen für die Vereinbarung der Einzelheiten geben soll. Angesichts der schwierigen Regierungsbildung nach der Bundestagswahl können die Vorgaben durchaus noch etwas auf sich warten lassen, schon die Grundidee sorgt jedoch für gewisses Maß an Unruhe.

Aber der Reihe nach: Mit der geplanten Einführung eines Informationssystems reagierte der Gesetzgeber auf die Tatsache, dass die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung und die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Praxis bisher oft nicht wirklich angekommen sind. Zu sperrig und zu zeitaufwändig die Lektüre – selbst für die Ärzte, die sie sich eigentlich zu Herzen nehmen, ihre Patienten nach dem neuesten Stand medizinischer Erkenntnis und zudem wirtschaftlich versorgen zu können. Das Ergebnis in der Versorgungsrealität: Bei Präparaten, denen ein Zusatznutzen zugesprochen wurde, ist keineswegs immer der erhoffte Aufschwung der Verordnungsmenge festzustellen. Zugleich werden teure Arzneimittel, für die kein Zusatznutzen festgestellt wurde, oft weiter verordnet bzw. steigern zum Teil sogar ihren Marktanteil. Besonders problematisch, weil intransparent, ist die Lage bei Präparaten, bei denen der G-BA für unterschiedliche Patientengruppen zu verschiedenen Bewertungen gekommen ist.

Damit die Mediziner künftig leichteren Zugang zu den wesentlichen Informationen erlangen, wurde im vergangenen Jahr im Rahmen des Pharmadialogs beschlossen, dass diese einheitlich in der Praxissoftware abgebildet werden. Ein

Vorhaben, das sowohl bei Krankenkassen als auch bei der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft Vorbehalte hervorruft: Die Krankenkassen fürchten, dass die Hersteller Einfluss auf die Art der Abbildung nehmen können, die Hersteller fürchten im Gegenzug, dass die Ergebnisse missverständlich bzw. nicht ausreichend differenziert dargestellt werden und die Ärzteschaft sorgt sich um eine drohende Verordnungssteuerung.

So betonte die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehrfach, es sei unbedingt darauf zu achten, dass aus Informationen nicht „faktische Verordnungs-ausschlüsse“ aufgrund von Hinweisen zur Wirtschaftlichkeit oder gar „kassengesteuerte Verordnungs-kontrolle“ mit einer nochmals erheblichen Verschärfung der Regressbedrohung der Ärzte und einer Einschränkung der Therapiefreiheit werden. Der grundsätzliche Ansatz, Ärzte besser als bisher über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur frühen Nutzenbewertung zu informieren, sei aber ausdrücklich zu begrüßen, solange damit wirklich eine bessere Information der Ärzte bezweckt und bewirkt werde.

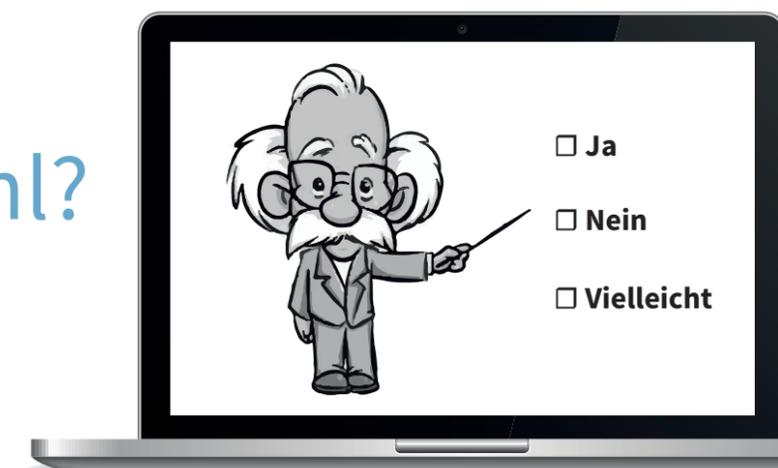
Zentraler Knackpunkt wird also sein, ob ökonomische Informationen in dem System enthalten sein sollen und ob es dadurch zu einem wirtschaftlichen Steuerungsinstrument für Ärzte werden könnte.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und auch die Pharmaverbände befürchten letzteres. Der GKV-Spitzenverband äußerte dagegen wiederholt das Versprechen, das System werde die Ärzte bei einer rationalen Entscheidung über die Verordnung der teuren AMNOG-Präparate unterstützen und ihnen gerade dadurch eine sichere Argumentationsbasis für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verschaffen („befreiendes Signal“) – insbesondere bei der Verordnung von neuen Arzneimitteln, die zum Teil sechsstellige Beträge als Jahrestherapiekosten auslösen.

Im Spannungsbogen zwischen Innovation und Finanzierbarkeit von Arzneimitteln spiele die Wirtschaftlichkeit natürlich eine wichtige Rolle. Letztlich solle die Bereitstellung von sachgerechten Informationen im Versorgungsalltag aber die Therapieentscheidungen unterstützen und so die Therapiefreiheit stärken, argumentierte auch Lutz Stroppe, beamteter Staatssekretär beim Bundesministerium für Gesundheit, in eine ähnliche Richtung. Eine bloße Steuerung hinsichtlich der Kostenentwicklung sei genau das, was man nicht erreichen wolle.

Die Hauptsorge der Pharmaverbände, nämlich dass am Ende ein System herauskommt, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss im Zusammenspiel mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die alleinige Deutungshoheit über den Zusatznutzen hat, teilt Stroppe nicht. Arzneimittel, für die kein Zusatznutzen festgestellt werden konnte, könnten für bestimmte Patientengruppen trotzdem eine Therapiealternative darstellen. Dies solle vom Informationssystem berücksichtigt werden.

Um die Interessen und den Sachverstand der Ärzteschaft gebührend bei der Ausgestaltung der kommenden Verordnung berücksichtigen zu können, führte das Bundesgesundheitsministerium im Juni diesen Jahres eine „Konsultation“ mittels eines umfangreichen Fragebogens durch. Dieser ging an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, aber auch an besonders betroffene Facharztgruppen, Softwarehersteller sowie den GKV-



Spitzenverband. Man darf davon ausgehen, dass seitens der Ärzteverbände die Chance genutzt wurde, um nochmals relevante Punkte zu adressieren.

Wie kann man neben der Bewertung des Zusatznutzens, welche ja auf einer oder mehreren klinischen Studien mit einer hochselektierten Studienpopulation basiert, auch evidenzbasierte Therapieleitlinien berücksichtigen? Wie verhält sich ein Arzt, der zwei Präparate mit Zusatznutzen zur Auswahl hat, eines mit einem Beleg für einen geringen Zusatznutzen, ein anderes mit einem Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen? Wie verhält sich ein Arzt, wenn ein Patient nicht eindeutig in eine der definierten Subgruppen fällt? Wie geht man mit den anfallenden Mehrkosten um, die in den Praxen durch die Anpassung und Aktualisierung der Praxisverwaltungssysteme entstehen? Wie vermeidet man einen verschärften Regressdruck durch eine möglicherweise drohende kassengesteuerte Verordnungs-kontrolle?

Und bei all dem bleibt zusätzlich die Frage, wieviel Zeit der Arzt aufwenden muss, wenn bei jeder Verordnung eines AMNOG-Präparats ein kompletter Durchlauf durch die Oberfläche eines Arzneimittelinformationssystems fällig wird. Wie man alle nötigen und gewünschten Aspekte, also Anwendungsgebiete eines Arzneimittels, die differenzierten Patientengruppen, die zweckmäßige Vergleichstherapie, den Zusatznutzen und Hinweise zur Wirtschaftlichkeit, alltagstauglich in der Arztpraxis auf den Bildschirm zaubert, wird die große Kunst sein. Ganz generell gesprochen zielt hier der Wunsch nach Einfachheit und Verständlichkeit auf die Vorstellung nach möglichst korrekter und differenzierter Abbildung der therapeutischen Wirklichkeit.

Darauf wies auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Stephan Hofmeister jüngst noch einmal ausdrücklich hin: Wenn über ein solches System eine Informationsflut ausgelöst werde, die eher verwirre als nütze, sei das „deutlich kontraproduktiv“.

Eigentlich soll das AIS nur über den Zusatznutzen neuer Medikamente informieren. Ob es dabei bleibt, wird von vielen Akteuren in Frage gestellt.



Belastung durch
Bürokratie: Es darf gerne
etwas weniger sein...

Bürokratieabbau mit ersten Erfolgen Zwei Schritte vor, einen zurück...

54 Millionen Arbeitsstunden müssen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten im zu Ende gehenden Jahr für administrative Pflichten aufwenden – wobei in dieser Zahl nicht einmal alle Informations- und Dokumentationspflichten voll erfasst sind. Im Durchschnitt schlägt sich damit jede Praxis rund 60 Tage im Jahr mit Bürokratie herum.

Diese Zahlen legte jüngst die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen ihres Bürokratieindex 2017 vor, den man in bewährter Zusammenarbeit mit Experten der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) erarbeitet hat. Im Vergleich zu den Vorjahreszahlen ist der Bürokratieaufwand um 0,2 Prozent gestiegen. Etwas plastischer ausgedrückt: Rechnet man den Zuwachs in Nettoarbeitszeit um, so kommt man auf rund 115.000 Stunden Papierkrieg.

KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel forderte bei der Vorstellung der Zahlen eine gesetzliche Verankerung eines Abbauziels von 25 Prozent in den nächsten fünf Jahren. Denn erstens sei die Zeit, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im Kontakt mit den Patienten verbringen kostbar und zweitens stelle der Abbau von Bürokratie immer auch eine Niederlassungsförderung im Kleinen dar. In den Befragungen von Medizinstudierenden oder auch angestellten Ärzten werde häufig die Bürokratiebelastung angegeben, die von einer Niederlassung abschrecke.

Rein rechnerisch würde im Übrigen ein erfolgreicher Abbau von bürokratischen Aufgaben im Umfang von 25 Prozent in der Größenordnung von etwa 5.400 Arztstellen landen. Angesichts der kommenden Herausforderungen spricht diese Zahl für sich.

Dem Index zufolge werden knapp 90 Prozent aller bürokratischen Belastungen für Ärzte und Psychotherapeuten durch nur

6,5 Prozent der administrativen Pflichten ausgelöst. Spitzenreiter sind das Ausstellen von Überweisungen und das Erteilen von Auskünften an die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Dafür gehen die meisten Stunden „drauf.“ Immer noch ganz vorn liegt auch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, bei der der Aufwand durch die steigende Zahl der Krankschreibungen gestiegen ist. Eine zusätzliche Informationspflicht stellt die in diesem Jahr neu eingeführte „Präventionsempfehlung“ dar, die Ärzte in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausstellen.

Bei der „Chronikerbescheinigung“ trug die Neugestaltung des Formulars zu einer deutlichen Zeitersparnis bei. Zudem kann der Vordruck nun IT-gestützt befüllt werden. Zu weniger Bürokratie hat auch eine Neuregelung bei der Abnahmeprüfung von Ultraschallgeräten beigetragen. In der Vergangenheit mussten Ärzte aufwändige Testbilder des neuen Gerätes anfertigen und einreichen. Jetzt reicht eine Gewährleistungserklärung des Herstellers aus. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie hat vor allem durch die Verschlinkung des Antragsverfahrens zu einem Abbau von Bürokratie geführt. Vereinfacht wurde beispielsweise die Antragsstellung auf Fortsetzung der Behandlung; das Gutachterverfahren bei der Kurzzeittherapie ist nicht mehr regelhaft erforderlich.

Bürokratieabbau sei natürlich kein Selbstläufer und erfordere ständigen Anlauf sowie die Unterstützung der Politik, so Kriedel. Beim Bürokratieabbau sei eben nicht nur die Selbstverwaltung gefragt. Auch die Vorgaben des Gesetzgebers würden maßgeblich über den Bürokratieaufwand in den Arztpraxen entscheiden und sollten verstärkt im Vorfeld auf ihre Auswirkungen hin geprüft werden. Zur Information: Das Statistische Bundesamt (Destatis) bezifferte 2015 die Bürokratiekosten im ambulanten vertrags(zahn)ärztlichen Bereich auf jährlich 4,33 Milliarden Euro, wovon immerhin ein knappes Viertel auf Vorgaben des Gesetzgebers zurückging.

Nun hatten sich mehrere Projektpartner – der Nationale Normenkontrollrat (NKR), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und begleitend auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die Geschäftsstelle Bürokratieabbau im Bundeskanzleramt (GBü) – im Jahr 2015 auf 20 Handlungsempfehlungen geeinigt, die im Praxisalltag unnötige Bürokratie vermeiden helfen sollten. Das Einsparpotential wurde mit einem dreistelligen Millionenbereich angegeben.

Zum Hintergrund: Der Nationale Normenkontrollrat ist ein beim Bundeskanzleramt eingerichtetes unabhängiges Beratungs- und Kontrollgremium der Bundesregierung und soll dafür sorgen, dass bei gesetzlichen Regelungen die Folgekosten für Bürger, Unternehmen und Verwaltung deutlich und nachvollziehbar ausgewiesen werden. Diese Transparenz soll Entscheidungsträgern in Regierung und Parlament helfen, sich die Konsequenzen bewusst zu machen, bevor sie entscheiden.

Im Oktober 2017 stellte der NKR dann gemeinsam mit den Projektpartnern eine Zwischenbilanz zum Projekt „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ vor. Staatssekretär a.D. Wolf-Michael Catenhusen, Mitglied des NKR und Projektverantwortlicher, betonte, die bereits erzielten Erfolge würden zeigen, dass es sich lohnt, das „Bürokratie-Übel“ in Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen gemeinsam an der Wurzel zu packen und Vereinfachungen spürbar werden zu lassen. Und in der Tat: Von den im Jahr 2015 vereinbarten Handlungsemp-



Vorschläge erwünscht!

Ärzte und Psychotherapeuten, die konkrete Vorschläge für den Bürokratieabbau in der Praxis haben, können diese der KBV über das Online-Forum „Mehr Zeit für Patienten“ mitteilen. Das Online-Forum sammelt Hinweise, mit denen sich der Verwaltungsaufwand in den Praxen reduzieren lässt und macht sie öffentlich. Das Portal ist über das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erreichbar. Die KBV setzt sich mit den Vorschlägen auseinander und prüft, inwieweit sie umsetzbar sind. Besucher des Online-Forums geben nach der Anmeldung im Sicheren Netz in das Browser-Fenster die Adresse <http://buerokratieabbau.kv-safenet.de> ein, oder gehen über das Portal ihrer KV und den dort eingestellten Link zum Online-Forum.

fehlungen konnten zehn bereits vollständig umgesetzt werden. So konnte beispielsweise bei der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit das Verfahren vereinfacht und vereinheitlicht werden.

Und man will am Ball bleiben – alle Projektteilnehmer bekräftigten das Ziel, noch nicht umgesetzte Handlungsempfehlungen, wie beispielsweise eine bessere Koordinierung der unterschiedlichen Überwachungsbehörden in den Ländern bei der Praxisbegehung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie die noch frühzeitigere Bürokratiekostenabschätzung im G-BA konsequent und systematisch weiterzuentwickeln. Konkret seien etwa die Beratungen bezüglich der Vereinfachung des Vordrucks für die Verordnung von Krankentransport weit fortgeschritten.

Ein gewisses Potenzial wurde auch darin identifiziert, Prozesse verstärkt zu digitalisieren, wiewohl ein anwesender Vertreter der geschätzten Kollegen von der Zahnärzteschaft kritisch bemerkte: „Unsinn bleibt auch digital Unsinn.“ In diesem Sinne kann man den Bemühungen im Kampf gegen die Bürokratie nur alles Gute wünschen...

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

Hygienemaßnahmen vs. Strukturmängel? Krankenhausinfektionen auf dem Vormarsch



Scheitert diese Routine immer häufiger an Zeitmangel wegen zunehmenden Arbeitsdrucks?

Die Ausmaße sind erschreckend und auch wenn die genauen Zahlen nur geschätzt werden können, steht fest: In Deutschland versterben mehr Menschen aufgrund von Krankenhausinfektionen als durch die Folgen von Verkehrsunfällen. Das Bundesgesundheitsministerium geht von Schätzungen aus, wonach etwa 10.000 bis 15.000 Menschen in Deutschland jedes Jahr an Krankenhausinfektionen sterben – im Jahr 2016 betrug die Zahl der Verkehrstoten 3.206.

In Deutschland erkranken jährlich zwischen 400.000 und 600.000 Patienten an Krankenhausinfektionen, die zu einem Teil vermieden oder beeinflusst werden könnten. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene hält gar Gesamtzahlen von bis zu einer Million Infektionen pro Jahr, bei entsprechend mehr Todesfällen, für realistisch. Unabhängig von den absoluten Zahlen geben die Experten des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen an der Berliner Charité den Anteil der vermeidbaren Infektionen mit einem Drittel an.

Ganz abgesehen von den unter Umständen dramatischen Schicksalen der Betroffenen verursachen Krankenhausinfektionen enorme Kosten. Das AQUA-Institut schätzt die Zusatzkosten durch längere Liegezeiten und zusätzliche Behandlungen pro Patient auf 4.000 bis 20.000 Euro. In deutschen Intensivstationen entfällt ein Drittel der Aufwendungen nach Berechnungen des Kompetenznetzes SepNet auf septische Patienten – die Gesamtsumme liegt allein in diesem Bereich geschätzt bei mehr als zwei Milliarden Euro jährlich.

Nun ist es nicht so, dass man hierzulande die Krankenhaushygiene dem Zufall überlässt. Es existieren zahlreiche rechtliche Grundlagen, Gesetze, Vorschriften, DIN-Normen, Richtlinien sowie Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut in Berlin. Wenn aber ein Drittel der Infektionen als potenziell vermeidbar eingestuft wird, macht dies den bestehenden Handlungsbedarf mehr als deutlich.

Und die Politik hat in den letzten Jahren bereits reagiert: So wurden mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2011 verbindliche Regelungen – auch eine Mindestausstattung mit Hygienefachpersonal – zur Sicherung der Hygiene in den Krankenhäusern getroffen. Um die Krankenhäuser bei der Erfüllung dieser Anforderungen zu unterstützen, wurde im Jahr 2013 das Hygieneförderprogramm eingerichtet. Das Programm unterstützt Personaleinstellungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Beratungsleistungen in einem Gesamtvolumen von 467 Millionen Euro und wurde mittlerweile bis 2019 verlängert. Auch die 2015

vom Bundeskabinett verabschiedete Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie „DART 2020“ enthält Maßnahmen zur Infektionsprävention.

Dass solche Maßnahmen in eine Antibiotika-Resistenzstrategie eingebunden werden, hat seinen Grund. So sieht etwa Thomas Reumann, Ex-Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in Infektionen mit antibiotikaresistenten Erregern das zentrale Problem der Kliniken und ist mit dieser Einschätzung nicht allein. In den letzten Jahrzehnten hat sich aus verschiedenen Gründen der Anteil von multiresistenten Problemerkern europaweit teils drastisch erhöht. Vor allem die MRSA-Keime (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus = MRSA) stehen hier im Fokus. Laut Daten des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, eine 2005 von der Europäischen Union geschaffene Agentur, liegt die MRSA-Rate in deutschen Kliniken bei bis zu 25 Prozent.

Eine MRSA-Infektion kann sich je nach Ort und Ausbreitung in sehr unterschiedlichen Symptomen äußern – diese sind naturgemäß durch die Antibiotika-Resistenz schwerer beherrschbar als „normale“ Keime. Die Auswirkungen können dementsprechend von Wundinfektionen, über Hirnhautentzündungen oder Lungenentzündungen bis hin zur Sepsis führen.

Nun belegen Zahlen aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern, dass eine Zunahme von MRSA-Keimen in Krankenhäusern nicht unumkehrbar ist. Hier liegt die MRSA-Rate bei ein bis drei Prozent. Die allgemeinen hygienischen Maßnahmen, die bei MRSA-Patienten ergriffen werden, sind aber in den Niederlanden und in Deutschland mehr oder weniger gleich: Isolationszimmer, Schutzkittel, Mund-und-Nasenmaske und Handschuhen für Besucher und Personal und verstärkte Handdesinfektion.

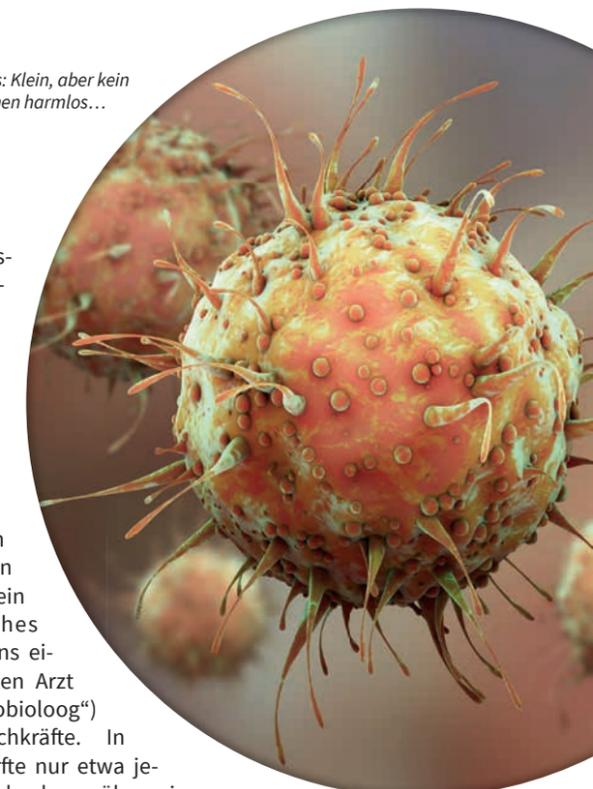
Schaut man sich das niederländische System genauer an, so kristallisiert sich vor allem ein Hauptunterschied zu Deutschland heraus: In den Niederlanden wurde bereits in den 80er Jahren eine spezielle MRSA-Strategie entworfen und umgesetzt. Im Rahmen der search-and-destroy Strategie werden Patienten bereits bei der Aufnahme in ein niederländisches Krankenhaus in MRSA-Risikokategorien eingeteilt.

Diese Kategorien bestimmen dann, welche Maßnahmen für den jeweiligen Patienten ergriffen werden. Bei hohem Risiko erfolgt die isolierte Diagnose und Versorgung, bei erhöhtem Risiko werden u.a. Screening-Maßnahmen durchgeführt. Ergibt das Screening ein entsprechendes Ergebnis, werden die Patienten gezielt gegen MRSA behandelt. Zudem werden in den Niederlanden alle medizinischen Einrichtungen zentral durch die „Inspektion für das Gesundheitswesen“, eine Einrichtung des niederländischen Gesundheitsministeriums, auf Einhaltung der Richtlinien kontrolliert und ggf. geschlossen.

Dieses effektive Modell dürfte sich allerdings in den gegenwärtigen Krankenhausstrukturen Deutschlands schwerlich etablieren lassen. Man müsse die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene durch den Ausbau von Lehrstühlen und Instituten so fördern, dass ausreichend in Krankenhaushygiene qualifizierte Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Verfügung stehen, betonte jüngst Bundesärztekammer-Präsident Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery anlässlich des Europäischen Antibiotikages.

Montgomery wies in diesem Zusammenhang auch auf das Problem hin, dass es in den hiesigen Krankenhäusern bereits bei der täglichen Patientenversorgung an ausreichend ärztlichem und pflegerischem Personal mangle. Eine hohe Arbeitsdichte stelle jedoch das größte Risiko für nosokomiale Infektionen dar: „Deshalb

Ein Virus: Klein, aber kein bisschen harmlos...



brauchen wir insbesondere in infektiologischen Risikobereichen wie Intensivstationen mehr Ärzte und Pflegepersonal.“

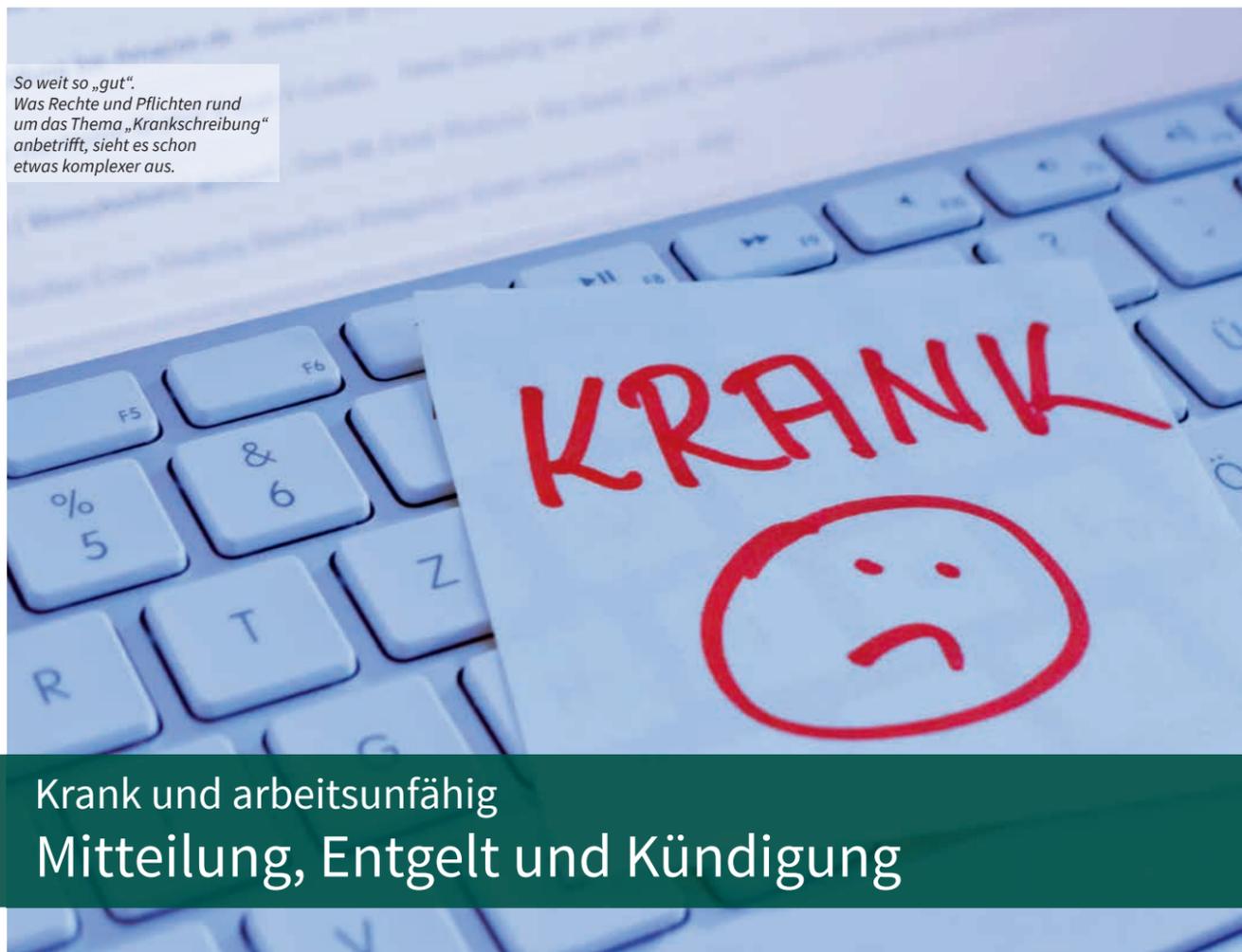
Zum Vergleich: Nahezu alle Kliniken in den Niederlanden verfügen über ein mikrobiologisches Labor, mindestens einen spezialisierten Arzt („Aarts microbioloog“) und Hygienefachkräfte. In Deutschland dürfte nur etwa jedes zehnte Krankenhaus über eine vergleichbare Ausstattung verfügen. Und während in Deutschland eine Intensivpflegekraft drei bis vier Patienten zur selben Zeit versorgt, liegt der Personalschlüssel auf den Intensivstationen unseres Nachbarlandes bei einem Verhältnis von 1:1...



Nosokomiale Infektion

Als nosokomiale Infektion (von griechisch „nósos“ = Krankheit und „komein“ = pflegen) bezeichnet man eine Infektion, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung auftritt. Etwa jeder zehnte Patient bringt die für die Infektion verantwortlichen Keime bereits selbst ins Krankenhaus mit. Nach aktueller Datenlage erleiden rund 3,5 Prozent der Patienten auf Allgemeinstationen und 15 Prozent auf Intensivstationen eine nosokomiale Infektion. Die häufigsten sechs daraus resultierenden Krankheitsbilder machen zusammen schon rund 90 Prozent der Krankenhausinfektionen aus:

- Lungenentzündung
- Harnwegsinfektionen
- Wundinfektionen
- Infektion mit dem Durchfallerreger *Clostridium difficile*
- Blutvergiftung (Sepsis)
- Neugeborenen-Sepsis



So weit so „gut“. Was Rechte und Pflichten rund um das Thema „Krankschreibung“ anbetrifft, sieht es schon etwas komplexer aus.

Krank und arbeitsunfähig Mitteilung, Entgelt und Kündigung

Winterzeit ist Erkältungszeit, doch nicht jeder kleine Infekt führt direkt zu einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Was sind die Rechte und Pflichten des Arbeitnehmers bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit und kann der Arbeitnehmer im Krankenstand eigentlich gekündigt werden?

Anzeigepflicht: Grundsätzlich hat der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber seine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen, d.h. im Regelfall am ersten Tag der Erkrankung spätestens zum Arbeitsbeginn bzw. dem Auftreten der Erkrankung. Die Form der Krankmeldung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, dies kann vertraglich konkretisiert werden. Auch kann vertraglich vereinbart werden, dass eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bereits am ersten Tag der Erkrankung vorliegen muss. Gesetzlich ist das ärztliche Attest und deren voraussichtliche Dauer erst ab einer Erkrankung, die länger als drei Kalendertage andauert vorzulegen.

Entgeltfortzahlung: Grundsätzlich ergibt sich der Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall aus § 3 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG). Das Entgelt wird für sechs Wochen vom Arbeitgeber fortgezahlt. Bei einer weiteren Erkrankung 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.

Krankheitsbedingte Kündigung durch den Arbeitgeber: Eine krankheitsbedingte Kündigung ist nicht ohne weiteres möglich. Anlass für eine krankheitsbedingte Kündigung kann entweder die dauerhafte Unfähigkeit des Arbeitnehmers sein, seinen vertraglichen Pflichten nachzukommen, eine langandauernde Erkrankung, häufige Kurzerkrankungen oder die krankheitsbedingte Minderleistung.

Die soziale Rechtfertigung einer krankheitsbedingten Kündigung (diese würde im Rahmen einer etwaigen Kündigungsschutzklage bei Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes durch das Gericht überprüft werden) erfolgt bei der krankheitsbedingten Kündigung in drei Stufen:

Zunächst ist eine negative Gesundheitsprognose zum Zeitpunkt der Kündigung erforderlich. Das heißt bei einer lang anhaltenden Erkrankung müsste die Arbeitsunfähigkeit auf nicht absehbare Zeit fortbestehen.

Die bisherigen und nach der Prognose zu erwartenden Auswirkungen des Gesundheitszustands des Arbeitnehmers müssten zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen führen. Sie können durch Störungen im Betriebsablauf oder wirtschaftliche Belastungen hervorgerufen werden.

Im dritten Schritt erfolgt eine Interessenabwägung, die zu dem Ergebnis führen müsste, dass die erheblichen betrieblichen Beeinträchtigungen zu einer billigerweise nicht mehr hinzunehmenden Belastung des Arbeitgebers führen.

Sofern diese Voraussetzungen kumulativ bejaht wurden, wäre eine Kündigung sozial gerechtfertigt und damit wirksam. Im nachfolgenden noch einige Erläuterungen zu den obigen Punkten.

Eine Kündigung bei langanhaltender Arbeitsunfähigkeit ist nur dann sozial gerechtfertigt, wenn zum Zeitpunkt des Kündigungszugangs aufgrund der objektiven Umstände auf eine Arbeitsunfähigkeit auf nicht absehbare Zeit zu schließen ist und gerade diese Ungewissheit zu unzumutbaren betrieblichen oder wirtschaftlichen Belastungen führt. Zu den vom Arbeitgeber in Erwägung zu ziehenden Überbrückungsmaßnahmen gehört auch die Einstellung einer Aushilfskraft auf unbestimmte Zeit. Der Arbeitgeber hat konkret darzulegen, weshalb ggf. die Einstellung einer Aushilfskraft nicht möglich oder nicht zumutbar sein soll.

In seiner Ausgangsentscheidung vom 21.5.1992 hatte das Bundesarbeitsgericht (BAG) festgestellt, dass dann, wenn ein Arbeitnehmer bereits längere Zeit (im entschiedenen Fall waren es 18 Monate) arbeitsunfähig krank ist und im Zeitpunkt der Kündigung die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit noch völlig ungewiss sei, diese Ungewissheit wie eine feststehende



dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu behandeln sei (BAG v. 21.5.1992- 2 AZR 399/91). In einer weiteren Entscheidung hat das BAG seine Rechtsprechung aber modifiziert. Danach soll die Ungewissheit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nur dann einer krankheitsbedingten dauernden Leistungsunfähigkeit gleichstehen, wenn in den nächsten 24 Monaten mit einer anderen Prognose nicht gerechnet werden könne (BAG v. 29.4.1999 – 2 AZR 431/98).

Krankheit im Beschäftigungsverhältnis ist ein weites Feld, daher ist eine individuelle Beratung durch die Juristen des Hartmannbundes in vielen Fällen unerlässlich. Zögern Sie nicht und melden Sie sich bei uns unter recht@hartmannbund.de C.T.

Anzeige



STAATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE



DAS MANAGEMENT-PLUS FÜR ÄRZTE

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

Hochschulzertifikate für Ärztinnen und Ärzte:

- Operative Führung
- Strategische Führung
- Controlling

Die Zertifikatskurse sind auf den neuen Master-Studiengang „Executive MBA für Ärztinnen und Ärzte“ (ab 01.06.2018) anrechenbar.

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




WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG

Bald neue Kriterien für die Studienplatz vergabe in der Medizin?

Bundesverfassungsgericht entscheidet über NC und Wartezeit

Diskutiert und gestritten wird schon lange über den Zugang zum Medizinstudium. Nun hat sich das Bundesverfassungsgericht des Themas angenommen und über den Numerus clausus (NC) für die Medizinstudienplätze verhandelt (Aktenzeichen: 1 BvL 3/14, 1 BvL 4/14). Die Entscheidung des höchsten deutschen Gerichts wird zwar voraussichtlich erst in einigen Monaten fallen, erste Signale gab es aber nach Einschätzung von Beobachtern schon bei der Verhandlung. So waren kritische Töne der Richter unüberhörbar. Es zeichnet sich ein mögliches Ende von Noten-NC & Wartezeit in der bisherigen Form ab.

Aktuell werden die Studienplätze verteilt nach 20 Prozent Abiturnote (derzeit bis 1,2), 20 Prozent Wartezeit (derzeit bis 15 Semester) und 60 Prozent nach dem sogenannten Auswahlverfahren der Hochschulen. Dabei legen die Universitäten neben der Abiturnote jedes Semester weitere Kriterien fest, wie zum Beispiel Aufnahmetests, Interviews oder Vorteile durch eine Berufsausbildung. Dies tun sie in eigener Verantwortung und ohne jegliche Kontrolle. Manch eine Uni belässt es auch einfach bei der Abiturnote, andere haben hochstrukturierte Verfahren entwickelt, wiederum andere haben Interviews vorgesehen. Und bei manchen Universitäten gibt es für erfüllte Zusatzkriterien Bonuspunkte, bei anderen wird nur bis zu einem bestimmten NC zum Test oder Interview eingeladen. Fehlende Transparenz ist die Folge. Ohne Berater und Anwälte, so der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Montgomery in seinem Statement in der Verhandlung, ist die Bewerbung für viele kaum sinnvoll möglich. Und auch die Richter sehen in dem Wildwuchs der Regelungen der Unis, die sich zum Teil auch noch von Semester zu Semester ändern, wohl ein Problem. Zudem haben die Richter kritisch gefragt hinsichtlich der nach oben offenen Wartezeit: Ob denn wirklich irgendwann nur noch „die grauen Bärte“ das Studium beginnen sollen, fragte der Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts die Hochschulstart-Vertreter. Auch die fehlende Vergleichbarkeit von Abiturnoten zwischen Schulen und Bundesländern sah das Gericht als fragwürdig an.

Doch was wird kommen? Die Wartezeitregelung scheint überholt, ebenso die Studienplatzvergabe nach der Abiturnote. Das Bundesverfassungsgericht hat sich ausführlich die sog. Medizintests erläutern lassen und nach Alternativen zum NC gefragt: Naturwissenschaftliche Tests, praktische Aufgaben, Interviews. Und es hat durchaus Sympathie für einen Mix aus unterschiedlichen Anforderungen erkennen lassen, bei dem die Abiturnote nur ein Kriterium unter vielen ist. Jedoch – und da wurde das Bundesverfassungsgericht recht deutlich – sollte ein solches System bundesweit einheitlich, klar strukturiert, für die Bewerber planbar und transparent sein. Solche Systeme werden in anderen Ländern auch mit Erfolg angewendet, so z.B. die Multiple Mini Interviews aus Kanada, an die sich auch das Auswahlverfahren der Privatuniversität in Wien/Österreich für das Medizinstudium anlehnt. Einen Entscheidungstermin haben die Richter noch nicht bekannt gegeben. Jedoch haben sie eines klargemacht: Das Bundesverfassungsgericht kann nur über die Verteilungsregeln für die der vorhandenen Medizinstudienplätze entscheiden und diese ggf. ändern. Es kann jedoch nicht das Knappheitsproblem selbst lösen, also die dringend benötigten zusätzlichen Studienplätze neu schaffen. In Zukunft werden also vielleicht andere Bewerber einen der begehrten Studienplätze bekommen, die Zahl der Ablehnungsbescheide wird aber gleich hoch bleiben. Und nach wie vor werden daher jedes Jahr hunderte deutsche Abiturienten ihr Medizinstudium im EU-Ausland beginnen, z.B. mit Vermittlungsagenturen wie dem Hartmannbund-Kooperationspartner



Auslese: Das Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium steht auf dem Prüfstand.

MediStart (www.medistart.de). Sie werden dann z.B. nach Wien/Österreich, Breslau/Polen, Rijeka/Kroatien oder Riga/Lettland in deutsch- oder englischsprachigen Studiengängen studieren und Studiengebühren bezahlen. Die Politik ist also – nach wie vor – gefragt, endlich eine signifikante Zahl zusätzlicher Studienplätze zu schaffen.

Rechtsanwalt Dirk Naumann zu Grünberg hat die mündliche Ver-

handlung des Bundesverfassungsgerichts zu NC & Wartezeit vor Ort in Karlsruhe für verschiedene Medien und Verbände, darunter auch den Hartmannbund, beobachtet. Er ist Fachanwalt für Verwaltungsrecht in Hamburg, seit Jahren auf Hochschulrecht spezialisiert und Honorarprofessor am Institut für europäisches und internationales Hochschulrecht der SFU Wien.



Interview mit Moritz Völker

„ALLES, WAS DEN NC WEITER IM VORDERGRUND LÄSST, WÄRE EINE ENTÄUSCHUNG“

Schon lange ist der Ärztemangel in Deutschland ein Thema. Allerdings gibt es viele Abiturienten, die ein Medizinstudium anstreben. Wie kann es sein, dass die Hörsäle zwar voll sind, Ärzte aber fehlen?

Wenn es hierauf einfache Antworten gäbe, dann wären die Probleme vielleicht bereits geklärt. Das Thema Ärztemangel ist allerdings sehr vielschichtig. Die Entwicklung der Demographie mit einer immer älter werdenden Bevölkerung ist sicherlich der geläufigste Erklärungsansatz – und ganz bestimmt auch nicht falsch. Aber ganz sicher spielen auch viele andere Faktoren eine Rolle. So sind zum Beispiel die medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in den letzten Jahren enorm gestiegen. Diese neuen – für Patienten und Ärzte hervorragenden Entwicklungen – binden aber selbstverständlich zusätzliche Ressourcen. Dies gilt ohne Zweifel auch für den Anspruch von uns allen, auch im Alter und im Falle von Multimorbidität noch in einer guten Lebens- und Gesundheitsqualität leben zu können. Nicht zu verkennen ist allerdings auch noch der Effekt, den neue Lebensentwürfe der sogenannten Generation Y mit sich bringen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat an Bedeutung gewonnen und wird kompromissloser eingefordert und gelebt. Teilzeitstellen sind inzwischen längst üblich und auch die Einhaltung geregelter Arbeitszeiten spielt heute eine andere Rolle, als noch vor 20 Jahren. Im Ergebnis bedeutet dies, dass selbst eine gestiegene Zahl an Köpfen im ärztlichen Bereich die erwähnten Entwicklungen im medizinischen und demographischen Bereich nicht auffängt. Im Klartext: Die Zahl der Ärzte hat sich er-

höht, die zur Verfügung stehende Arztzeit ist gesunken. Diese Analyse wird den Fakten wohl am ehesten gerecht.

Das Bundesverfassungsgericht wird nun über das Auswahlverfahren entscheiden. Welche Aspekte muss dieses beachten und welches Ergebnis erwarten Sie?

Ganz zentraler Moment für uns ist vor allem das Grundrecht der freien Wahl des Berufs. Die bisher gültigen Regeln haben ein System entstehen lassen, das den Bedürfnissen und dem Bedarf an Bewerbern offensichtlich nicht mehr gerecht wird. Während man 1999 noch mit einem Notendurchschnitt von 1,6 – 2,2 im Abitur einen Platz bekommen hat und andernfalls die Wartezeit lediglich vier Semester betrug, steht dem die heute bekannte Situation gegenüber. Ich erwarte keine Revolution des Systems von heute auf morgen, aber zumindest eine Richtungsentscheidung, die kluge Instrumente zur Auswahl der „richtigen“ Bewerber einfordert und sich nicht weiter starr an den NC klammert. Alles, was diesen weiter im Mittelpunkt belässt, wäre eine Enttäuschung.

Welches Auswahlverfahren würden Sie begrüßen?

Der Hartmannbund hat bereits vor zwei Jahren eine ausgeklügelte Variante vorgelegt, die über die weithin geforderten „Assessmentcenter“ hinausgeht. Dieses dreiteilige Modell würde zu je gleichen Teilen aus einem standardisierten schriftlichen Test, Assessmentverfahren und der Abiturnote entstehen. Zusätzliche Qualifikationen, wie fachbezogene Ausbildungen sowie Bundesfreiwilligendienste, soziales Engagement können den Punktwert zu-

sätzlich verbessern. Um den Andrang nun aber zu begrenzen und den Aufwand nicht ins Unermessliche steigen zu lassen, kann das Assessmentverfahren nur alle drei Jahre einmalig durchlaufen werden, der schriftliche standardisierte Test jährlich durchgeführt werden und die Bewerbung auf den Studienplatz jedes Semester erfolgen. Dies würde ein einheitliches Verfahren für ganz Deutschland bedeuten, welches mehrere Faktoren überprüft und weitere Qualifikationen zulässt. Wahrscheinlich würden die Bewerberzahlen sinken und damit möglicherweise auch die Abbrecherquote. Nicht zuletzt ist das Modell transparenter und würde zu weniger Frust bei Ablehnung führen, da die Kriterien komplexer und gleichzeitig nachvollziehbarer sind. Um der Innovation weiterhin Möglichkeiten zu geben, sich frei zu entfalten, sollten die Universitäten weiterhin 20 Prozent der Bewerber nach komplett eigenen Kriterien auswählen dürfen.



Moritz Völker
Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund

Hartmann-Thieding-Plakette und-Medaille für verdiente Hartmannbündler



Dr. Hans-Joachim Lutz konnte leider nicht zur Hauptversammlung nach Berlin anreisen. Deshalb nahm Wolfgang Gradel an seiner Stelle die Hartmann-Thieding-Plakette von Dr. Klaus Reinhardt entgegen. In der Laudatio würdigte der Vorsitzende das herausragende Engagement von Hans-Joachim Lutz – sowohl für die Ärzteschaft in Bayern als auch auf Bundesebene. Hans-Joachim Lutz hat sich durch berufspolitisches Engagement im Hartmannbund und in der ärztlichen Selbstverwaltung sowie durch eine besonders vorbildliche ärztliche Haltung verdient gemacht.

Für das außergewöhnliche Engagement im Hartmannbund hatte der Gesamtvorstand 2016 beschlossen, Inge Dinges, langjährige Geschäftsführerin des Landesverbands Bayern, mit der Hartmann-Thieding-Medaille zu ehren. Die Ehrung nahm nun ihr Ehemann Werner Dinges postum entgegen. Der Hartmannbund trauert um die verdiente Mitarbeiterin und wird ihr Andenken stets in Ehren halten.

Assistenzärzte im Hartmannbund



„Was ist noch besser als ein gutes Netzwerk? Gemeinsam darin Erfolg zu haben!“



Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes 2017

„Der unsichtbare Feind – Tödliche Supererreger aus Pharmafabriken“

Der Hartmannbund hat mit seinem diesjährigen Film- und Fernsehpreis den Film „Der unsichtbare Feind – Tödliche Supererreger aus Pharmafabriken“ ausgezeichnet. Die beeindruckende Reportage setzte sich gegen 35 Mitbewerber durch. Die Preisverleihung fand im Rahmen der Hauptversammlung am 17. November in Berlin statt.

Das Autorenteam des Norddeutschen Rundfunks (NDR), bestehend aus Christine Adelhardt, Christian Baars, Britta von der Heide und Elena Kuch, leistete Vor-Ort-Recherchen zur pharmazeutischen Industrie rund um Hyderabad in Indien. Mit erschreckenden Ergebnissen: In Zusammenarbeit mit PD Dr. med. habil. Christoph Lübbert, Leiter des Fachbereiches Infektions- und Tropenmedizin am Universitätsklinikum Leipzig, und dem Nürnberger Institut für Biomedizinische und Pharmazeutische Forschung konnten im Umkreis von örtlichen Pharmafirmen große Mengen von Antibiotikarückständen und Bakterien in offensichtlich ungefilterten Abwässern und auch in Umgebungsgewässern nachgewiesen werden.

In Abwasseransammlungen dieser Zusammensetzung können gefährliche resistente Erreger entstehen – und folgerichtig konnte Dr. Lübbert in den genommenen Proben solche Bakterien in großer Zahl nachweisen. Die Reportage verdeutlicht auf eindringliche Art und Weise die Folgen dieser Arzneimittelproduktion. Direkt betroffen sind natürlich in erster Linie die Anwohner, die das hoch belastete Wasser der Gegend für ihr Vieh und zur Bewässerung der Felder nutzen oder in größeren Seen direkt neben den Fabriken fischen.

Nun wären die eindringlichen Bilder der Lebensumstände vor Ort und die Szenen

von an resistenten Erregern Erkrankten und – man muss es traurigerweise erwähnen – deren Hinterbliebenen bereits Grund genug zum Handeln. Schließlich wird ein guter Teil der Medikamente für westliche Länder produziert. Von Indien nach Deutschland werden aber eben nicht nur die Antibiotika exportiert, sondern auch die gefährlichen Erreger. In einem internationalen Waren- und Personenverkehr lassen sich Risiken

und Verantwortlichkeiten nicht folgenlos auslagern, dies verdeutlichen die Autoren sehr eindrucksvoll. „Die eindrucksvollen Bilder wird man so schnell nicht vergessen. Die Hoffnung bleibt, dass es nicht bei der Betroffenheit bleibt und nun alles getan wird, um die tödliche Gefahr zu bannen“, zeigte sich so auch der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, in seiner Rede während der Preisverleihung beeindruckt.

Dies sah die Jury des Film- und Fernsehpreises, bestehend aus Dr. Annette Tuffs (Ärztin, Wissenschaftsjournalistin und Leiterin Kommunikation des Max-Delbrück-Zentrums), Ute Pauling (Journalistin, Trägerin der Hartmann-Thieding-Medaille des Hartmannbundes 2005), Egbert Maibach-Nagel (Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts), Wolfgang van den Bergh (Chefredakteur der Ärztezeitung) und Dr. Eckart von Hirschhausen (Arzt, Journalist, Autor

und Kabarettist), genauso und damit ging der seit 1967 verliehene Preis für Filme und Fernsehsendungen des Hartmannbundes an „Der unsichtbare Feind – Tödliche Supererreger aus Pharmafabriken“. Die Dokumentation zeige, was investigativer, mutiger Journalismus vermag und warum er in der globalisierten Welt nötiger denn je ist. Die eindrucksvollen Bilder von verheerenden Missständen und ihren tödlichen

Konsequenzen werde man so schnell nicht vergessen. Der Film verdeutliche eindrücklich, wie in Schwellenländern, die günstig für den weltweiten Markt produzieren, die Kontrollen versagen und so der Kostendruck auch im deutschen Gesundheitswesen zur Ausbildung von Antibiotika-Resistenzen beiträgt.

An dieser Stelle nochmals ein großes Dankeschön an die Jury für die fachkundige Begleitung. Der Siegerbeitrag kann, und dies sei jedem empfohlen, in der ARD-Mediathek abgerufen werden.



Von links: Christian Baars, Elena Kuch (Preisträger, beide NDR), Dr. Reinhardt, Prof. Christoph Lübbert (Uni Leipzig, „Mitwirkender“ im Film)

Stipendium geht nach Hannover

Den Medizinstudierenden Linda Gräßel aus Mainz und André Sitnow aus Hannover wurde im Rahmen der Hauptversammlung das erstmalig in diesem Jahr ausgeschriebene „Hartmannbund-Stipendium“ der Friedrich-Thieding-Stiftung verliehen. Dieses erhalten Sie für Ihre sehr guten Leistungen

im Medizinstudium und ihr ehrenamtliches Engagement. Vorgenommen wurde die Auszeichnung von Klaus Rinkel, Vorsitzender der Friedrich-Thieding-Stiftung und Jaqueline Krämer, Leiterin Privatkunden und stellvertretende Direktorin Bank Alpinum, Liechtenstein.



Studenten gegen Blutkrebs!

Hartmannbund LV Sachsen unterstützt AIAS Deutschland

Die Leipziger Hartmannbund-Universitätsrepretrater Isabel Ottlewski, Christian Wolfram, Simon Appel und der Landesvorstand waren von dem Projekt eines Benefiz-Treppenlaufs der AIAS Deutschland und dem Team des „Medi-Sport Leipzig“ sofort überzeugt. Es galt, unter dem Motto „Gemeinsam gegen Blutkrebs“, für die Teilnehmer des Laufs das mit 142,5 Metern höchste Bürogebäude und Wahrzeichen der Stadt Leipzig zu erklimmen. Jeder Läufer hatte sich im Vorfeld einen oder mehrere Sponsoren gesucht, die „ihren“ Läufer mit einer Spende zu Gunsten der Sache unterstützen. Die AIAS Deutschland ist ein gemeinnütziger Verein mit derzeit 24 Standorten an Hochschulen in Deutschland, der über Blutkrebs aufklärt und eine Registrierung zum Stammzellspender direkt am Campus ermöglicht. Die Vision ist, dass sich jeder Student in Deutschland in die internationale Stammzelldatenbank aufnehmen lässt. Der Hartmannbund unterstützte durch „Goodie-Bags“ für die Läufer und



mit helfenden Händen der studentischer Vertreter (siehe Foto Isabel Ottlewski und Christian Wolfram). Insgesamt wurde eine großartige Spendensumme von 2.359 Euro erlaufen. Jede Neuregistrierung als Spen-

der verursacht Kosten in Höhe von 35 Euro. Deshalb freut sich die AIAS über finanzielle Unterstützung. Spendenkonto: AIAS München e.V., IBAN: DE27 7015 0000 1003 1435 16, Verwendungszweck „Hartmannbund“.

Ausschusssitzung der Medizinstudierenden

Prüfungsformate standen im Mittelpunkt

Prüfungen im Medizinstudium sowie dem Praktischen Jahr (PJ) standen Ende September im Mittelpunkt der Arbeitssitzung von 25 Mitgliedern des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund in Berlin. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Prüfungen hin zu einer stärkeren Kompetenzorientierung und Praxisausrichtung diskutierten die Studierenden in Workshops Vor- und Nachteile von verschiedenen Prüfungsformaten (u.a. mündliche Prüfungen, Fallberichte sowie OSCEs – „Objective Structured Clinical Examinations“) und bezogen dabei diverse „best practice“ Formate aus den verschiedenen Universitätsstandorten mit ein. Dabei zeigte sich, dass zukünftige Prüfungen vor allem einen nachhaltigen Lernerfolg, klar definierte Lernzielkataloge und eine umfassende Evaluation berücksichtigen sollten. Das konnte auch die im Frühjahr durchgeführte Umfrage „Dr. med. – Heilen ohne Hut“

mit ca. 2.300 Teilnehmern eindrücklich belegen. Unter den aktuellen politischen Umwälzungen im Rahmen des Masterplan Medizinstudium 2020, verfolgt der Ausschuss das Prinzip „assessment drives learning“ und möchte durch „kluge“, nachhaltige Prüfungsformate maßgeblichen Einfluss auf die Lehrqualität an den Universitäten nehmen. Dies, so sind sich die Medizinstudierenden im Hartmannbund einig, fördert die Lernmotivation und steigert den Lernerfolg. Gleichzeitig bereiten sinnvolle, praxisorientierte Prüfungen die Studierenden besser auf ihre spätere ärztliche Tätigkeit vor. Das weitere Engagement in diesem Bereich findet außerdem in einer engen Zusammenarbeit mit dem IMPP (Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungen) Ausdruck. In Diskussionen und Tagungen mit diesem und weiteren Akteuren wird kontinuierlich an zukunftsfähigen Prüfungsformaten gefeilt.

„Luft nach oben“ sieht der Ausschuss der Medizinstudierenden weiterhin im PJ. Neben einer Verbesserung der Evaluation, der Ausbildungsbedingungen, der Mobilität und der Lehrqualität im PJ, ist auch das Thema Aufwandsentschädigung nach wie vor von großer Bedeutung. Nach den Recherchen der letzten Jahre zur Höhe der Aufwandsentschädigungen an den verschiedenen Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern Deutschlands, wurde nun überlegt, wie weiterhin Druck auf die Kliniken und Universitäten ausgeübt werden kann, um eine gerechte einheitliche Aufwandsentschädigung in Höhe des aktuellen BAföG-Höchstsatzes bundesweit zu erreichen. Aus den Ergebnissen der Ausschusssitzung konnten im Nachgang zwei Resolutionen erarbeitet werden, die von der diesjährigen Hauptversammlung verabschiedet wurden.

„AK V“ wählt neuen Vorstand

Weiter mit Elan in die Zukunft

Im Oktober trafen sich in Berlin die neu gewählten Mitglieder des Arbeitskreises V „Assistenzärzte“ zu ihrer konstituierenden Sitzung. Da sowohl die Vorsitzende, Dr. Kathrin Krome, als auch ihr Stellvertreter, Dr. Daniel Peukert, nicht mehr für eine Wiederwahl kandidierten, standen Neuwahlen des Vorstands auf der Tagesordnung. Neuer Vorsitzender wurde mit großer Mehrheit Dr. Sebastian Gassner aus dem LV Hamburg. Der 36-jährige Facharzt für Anästhesiologie steht kurz vor seiner Facharztprüfung und gehört seit vielen Jahren dem AK V an.

„Wir möchten insbesondere Themen bearbeiten für Kolleginnen und Kollegen, die – ebenso wie ich – kurz vor oder nach der Facharztprüfung stehen und sich, wie kurz nach Ende des Medizinstudiums, Fragen zum weiteren Verlauf ihrer beruflichen Karriere stellen: Lasse ich mich nieder? Will ich Karriere im Kranken-



Neue Spitze im Arbeitskreis V: Dr. Sebastian Gassner, Svenja Krück und Kristian Otte (v.l.)

haus machen? Ist eine zweite Facharztausbildung eine mögliche Idee?“, beschreibt Gassner die Zielrichtung des Ausschusses. Eine Redundanz zur Arbeit des Ausschusses Assistenzärzte sei damit weder beabsichtigt noch zweckmäßig, so Gassner. Als Stellvertreter wählten die Delegierten Herrn Kristian Otte, ebenfalls aus dem LV Hamburg. Der 30-jährige Assistenzarzt für Innere Medizin ist im vierten Weiterbildungsjahr und auch seit vielen Jahren im Hartmannbund aktiv. „Um die aktuellen Arbeitsbedingungen in den Kliniken für junge Assistenten und Fachärzte zu verbessern, braucht es einen starken Verband und einen starken AK V. Dafür möchten wir uns einsetzen“, sagt Otte. Als Schriftführerin wählten die Delegierten Frau Svenja Krück. Die 28-jährige Assistenzärztin befindet sich im ersten Weiterbildungsjahr Pädiatrie und gehört dem LV Hessen an.

Anzeige

Mitten im Markt

Messe Stuttgart



MEDIZIN

Fachmesse + Kongress
für die ambulante ärztliche Versorgung

Nutzen Sie die MEDIZIN als Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform und erfahren Sie mehr über aktuelle Trends und medizinische Innovationen.

Wir freuen uns auf Sie!

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm
- + Knüpfen Sie wertvolle Kontakte und tauschen Sie sich mit Fachkollegen aus
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte

BEZIRKSARZTEKAMMER
NORDWÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Messe Stuttgart

26. – 28. Januar 2018 | Freitag – Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

#Medizin18

www.medizin-stuttgart.de

Für Mitglieder kostenlos
**Messe Medizin
 2018 in Stuttgart**



Vom 26. bis 28. Januar 2018 findet die Messe Medizin auf dem Stuttgarter Messegelände statt. Der Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbundes wird in dieser Zeit mit einem Stand (Stand-Nr.: 4B46) vor Ort vertreten sein. Das weitere Programm:

**Für Medizinstudierende:
 Seminar „Berufsstarterseminar“**

Samstag, 27. Januar
 10.00 – 12.30 Uhr,
 Raum C 3.1 im ICS Internationales
 Congresscenter Stuttgart

**Für Ärzte:
 Workshop „Start-ups – Taktgeber
 für neue Entwicklungen
 im Gesundheitswesen?“**

Samstag, 27. Januar
 14.00 – 16.00 Uhr,
 Raum C 3.1 im ICS Internationales
 Congresscenter Stuttgart

Interessenten können sich bei dem Regionalreferat Süd melden: Für Mitglieder des Hartmannbundes stehen kostenfreie Eintrittskarten bereit.

Arbeitstagung in Berlin Ausschuss Assistenzärzte diskutierte über „Gute Weiterbildung“

Herbstsitzung des Ausschusses der Assistenzärzte im Hartmannbund und im Mittelpunkt die Frage: „Was macht gute Weiterbildung aus?“. Dazu diskutierten die Mitglieder gemeinsam mit Dr. Ellen Lundershausen (Präsidentin der Ärztekammer Thüringen) und Dr. Uwe Torsten (Vorsitzender des LV Berlin im Hartmannbund, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin). Als weiterer Gast nahm Klaus-Peter Schaps, Vorsitzender des Arbeitskreises „Aus- und Weiterbildung“ im Hartmannbund an der Diskussion teil. Besonders die Möglichkeiten zur Förderung der Weiterbildungsqualität standen hier im Mittelpunkt:

kleitungen Gehör und können so aktiv auf die Qualität einwirken, zeigte er sich sicher. Auch Frau Dr. Lundershausen betonte die Möglichkeiten einer organisierten Ärzteschaft, sich gegenüber den Klinikträgern für die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen sowie der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Speziellen einzusetzen.

Im weiteren Verlauf der Sitzung arbeiteten die Mitglieder des Ausschusses in verschiedenen Workshops zu den Themen „Physician Assistant“ und der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen. Diese neuen Entwicklungen bieten für die



Leiteten als Vorstand ein spannendes Ausschuss-Wochenende: Fabian Weykamp, Jan Deichmann, Wenke Wichmann und Ausschuss-Vorsitzender Theo Uden.

Transparentere Strukturen, eine bessere Berücksichtigung der Weiterbildung im Stellenschlüssel der Kliniken sowie die Entwicklung kompetenzbasierter Weiterbildungskataloge sind nur einige Punkte, die die Teilnehmer näher unter die Lupe nahmen.

Dr. Torsten wies zudem auf die Rolle von „Assistenzarztsprechern“ in den einzelnen Kliniken hin. Erst wenn sich die Assistenzärztinnen und -ärzte gemeinsam für ihre Interessen im Rahmen der Weiterbildung bemühen, finden sie bei den Klini-

Zukunft große Chancen – aber auch gewisse Risiken. Hier sehen sich die Assistenzärztinnen und -ärzte im Hartmannbund aber in einer mitgestaltenden Position. Sie sind sich einig: Mit Blick auf eine gute und umfassende Patientenversorgung auf hohem Niveau sind Innovationen und Veränderungen richtig und wichtig, um auf zukünftige ärztliche Herausforderungen reagieren zu können. Vor allem die kommende Generation von Ärzten sollte die Chance nutzen, und konstruktiv an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mitarbeiten.



„**Unser Netzwerk gibt
 es auch ohne Strom“**“

Die aktuell 73 Univertreter des Hartmannbundes sind bundesweit an den Medizinischen Fakultäten vertreten.

Sie sind eure Ansprechpartner für alle Fragen rund ums Medizinstudium, sie organisieren Seminare zu berufspolitischen Themen und sie kämpfen gemeinsam mit euch für faire und gute Studienbedingungen.

Für die Verstärkung unseres Teams suchen wir Univertreter an den Standorten Gießen, Düsseldorf, Erlangen, Halle, Freiburg und Münster. Wir freuen uns auch über mehrere Studierende pro Standort.

**Meldet euch gerne unter:
 hb-info@hartmannbund.de**



Braucht ihr mehr Infos oder Hilfe?

Die Univertreter des Hartmannbundes findet ihr auf www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de



Wie klassische Verhaltensmuster unsere Entscheidungen beeinflussen oder...

...warum Aktien sicherer sind als die Ehe

Dass die Welt, in welcher wir uns bewegen, voller Paradoxa ist, ist vermutlich nichts Neues. Die Irrationalität, mit welcher wir Menschen alltägliche Entscheidungen treffen, füllt mittlerweile ganze Bücher. Oftmals sind klassische Verhaltensmuster, die über Jahrtausende für das Überleben der menschlichen Spezies vorteilhaft waren und entsprechend tief in uns verankert sind, für unsere Entscheidungen verantwortlich. Ausgerechnet an den Finanzmärkten lässt uns aber unser Urinstinkt häufig im Stich – dann führen genau diese Verhaltensmuster zu Fehlentscheidungen, die uns viel Geld kosten.

Zu den klassischen Fällen zählen Tatsachen, wie die zu geringe Gewichtung von Aktien in der Finanzanlage oder die zu konservative Ausrichtung der Altersvorsorge in jungen Jahren. Der Grund ist zumeist derselbe: Aktien werden als zu riskant empfunden. Dabei gehen wir täglich größere Risiken ein – beispielsweise bei der Partnerwahl: Laut neuesten Umfragen in Deutschland geben fast 90 % der

Menschen eine dauerhafte Lebenspartnerschaft als ihr höchstes Lebensziel an. Folglich verwundert es nicht, dass 35 Mio. Deutsche verheiratet sind. Im Gegensatz dazu besitzen nur 11 Mio. Deutsche überhaupt Aktien. Da allerdings jede dritte Ehe geschieden wird und im Schnitt eine Ehe nur 14 Jahre und neun Monate hält, liegt das „Verlustisiko“ bei 33 Prozent. Wenn man aber über den gleichen Zeitraum in der Vergangenheit Aktien von großen Unternehmen gekauft hätte, wäre das Anlageisiko verschwindend klein: Über solch lange Haltezeiten sind Aktien fast immer das beste Investment und liefern auch unter Berücksichtigung von Kursschwankungen, die durch verschiedene Markteinflüsse entstehen, positive Renditen. An der Börse heißt es folglich, auch einmal die Urinstinkte abzulegen und eigene Verhaltensmuster zu hinterfragen. Vor allem für die jüngere Generation wird angesichts negativer Realzinsen und verhaltener Lohnsteigerungen in der Zukunft mehr Mut gefragt sein für eine Geldanlage mit höherer Aktienquote.

BANK ALPINUM



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

Wir haben für jede Situation die richtige Anlagestrategie. Gerne erstellen wir für Sie einen individuellen Anlagevorschlag. Wir freuen uns über ihre Kontaktaufnahme und auf das gemeinsame Gespräch mit Ihnen.

Mehr Infos unter:
www.hartmannbund.de/leistungen/wirtschaftliche-vorteile/bankalpinum

BSW: Mit Vorteil einkaufen

Durch Ihren zeitintensiven Job haben Sie wenig Zeit, Preise zu vergleichen und nach attraktiven Angeboten Ausschau zu halten. Deswegen übernehmen wir diese Aufgabe für Sie: BSW.

Als Mitglied können Sie bei über 750 Onlineshops und einem vielfältigen Angebot an BSW Partnern vor Ort mit BSW-Vorteil einkaufen und sparen.

Eine kleine Auswahl Ihrer Vorteile im Überblick:

- **Einkaufen & Geld zurückbekommen:** Keine Punkte, sondern Bargeld.
- **Reise buchen & sparen:** Ein stressiger Arbeitsalltag verlangt nach einem Ausgleich. Lassen Sie sich von unserem hauseigenen BSW.ReiseBüro beraten oder buchen Sie vergünstigt bei einem unserer zahlreichen renommierten Reisepartner vor Ort oder bequem online.
- **Vorteile rund ums Auto:** Konfigurieren Sie Ihren Neuwagen oder wählen Sie aus unseren Autoangeboten Ihr Modell mit BSW-Vorteil. Sie wollen Reifen kaufen, Ihr Fahr-

zeug betanken, es steht eine Reparatur an oder Sie möchten einfach nur ein Fahrzeug mieten – kein Problem – auch hier hilft Ihnen BSW beim Sparen.

• Mit der ganzen Familie Vorteile sammeln & noch mehr sparen:

Bei uns bekommen Sie für Ihre Familienmitglieder kostenlose Zusatzkarten, so sparen Sie gemeinsam mehr. Doch nicht nur auf die Vorteilsangebote, sondern auch auf unsere Service- und Beratungsleistung legen wir großen Wert. Wir sind erst zufrieden, wenn es unsere Mitglieder sind. Eine Floskel? Nein, unser Mitgliederservice steht Ihnen bei allen Fragen zur Seite – und das über sämtliche Kanäle.

Und nicht vergessen: Sie sparen nicht nur beim Einkauf, sondern auch beim Mitgliedsbeitrag: Genießen Sie die vollen Leis-



tungen zu einem vergünstigten Beitrag in Höhe von 34,- €/Mitgliedsjahr. Das Mitgliedsjahr richtet sich nach dem Eintrittsdatum – kein Kalenderjahr.

Testen Sie gleich das Angebot auf <http://www.hartmannbund.de/bsw/>

Hufeland-Preis 2016

Studie zu Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke ausgezeichnet

Preisträger des Hufeland-Preises 2016 wurden Professor Dr. Wolfgang Hoffmann, zusammen mit den Co-Autoren Dr. Bernhard Michalowsky und PD Dr. Jochen René Thyran. Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann ist Professor für bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald. Sie erhielten den mit 20.000 Euro dotierten Preis für ihre Arbeit „Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke – Translationale Versorgungsforschung zur Stärkung der sekundären Prävention bei Menschen mit Demenz und der primären Prävention bei pflegenden Angehörigen“.

Das Ziel der wissenschaftlichen Arbeit der Hufeland-Preisträger war die Bestimmung von Determinanten erfolgreicher Demenznetzwerke unter Nutzung qualitativer und quantitativer Methoden. In einer vergleichenden Evaluation von 13 bereits etablierten Netzwerken sollten Erkenntnisse zur soziodemografischen und klinischen Charakterisierung und der Versorgungssituation von Netzwerknutzer/-innen sowie Erkenntnisse über die Typisierung, die Finanzierung und Wissensmanagementprozessen der Netzwerke generiert werden.

In einer multidimensionalen und multidisziplinären Evaluationsstudie wurden insgesamt 13 über das gesamte Bundesgebiet verteilte regionale Demenznetzwerke



Die Übergabe des Hufeland-Preises 2016 in Berlin an die Preisträger durch Timmy Klebb, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Ärzteversicherung und Professor Dr. Erland Erdmann, Vorsitzender des Kuratoriums Hufeland-Preis (v.l.n.r. Professor Dr. Erland Erdmann, Dr. Bernhard Michalowsky, Professor Dr. Wolfgang Hoffmann, PD Dr. Jochen René Thyran und Timmy Klebb)

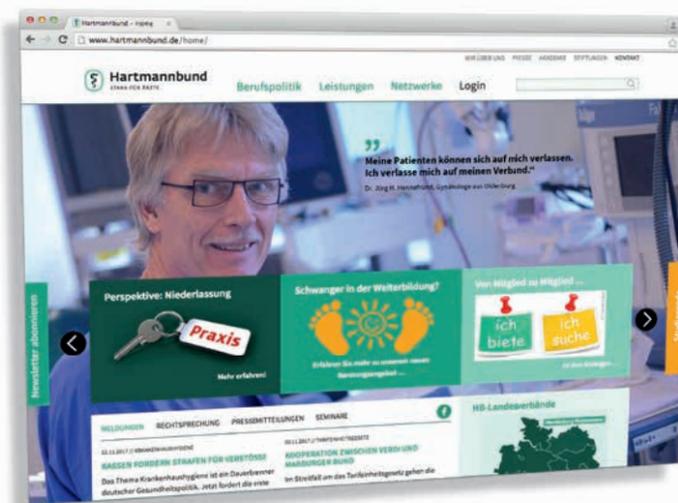
sowie 560 von diesen Netzwerken versorgten Menschen mit Demenz eingeschlossen. Innerhalb des Projektes ist es erstmals gelungen, Demenznetzwerke zu typisieren.

Der von der Deutschen Ärzteversicherung gestiftete und von der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer sowie von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. mitgetragene Preis hat das Ziel, die Präventivmedizin und Versorgungsforschung in Deutschland zu fördern. In

Anwesenheit zahlreicher Spitzenvertreter der deutschen Ärzteschaft wurde der Preis durch Timmy Klebb, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Ärzteversicherung an die Preisträger übergeben. Klebb: „Wir können heute mit Recht sagen, dass die Stiftung Hufeland-Preis in den Jahrzehnten ihres Bestehens der prophylaktischen Aufgabe in der Medizin viele Impulse gegeben hat. Seit der ersten Preisverleihung im Jahr 1960 sind bis heute über 80 Wissenschaftler geehrt worden.“

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?

www.hartmannbund.de



Das Plus für Ärzte:

Managementkompetenzen als Ergänzung zum medizinischen Fachwissen

Mediziner müssen sich immer öfter mit ökonomischen Fragen auseinandersetzen. Die SRH Fernhochschule – The Mobile University und der Hartmannbund bieten daher zukünftig maßgeschneiderte Qualifikationsmöglichkeiten: ein MBA-Studium und drei Hochschulzertifikate für Ärztinnen und Ärzte

Ob als Praxisinhaber, Führungsverantwortlicher in Kliniken oder Gestalter von Gesundheitsunternehmen, „durch ständig wechselnde Rahmenbedingungen steigen die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte“, erklärt Dr. med. Marco Halber, seit 2015 Professor im Fachbereich Health Care Management an der SRH Fernhochschule. Die Aufgaben von Medizinern beinhalten

relevanter. „Daher ist die Fachkompetenz der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zusammen mit Managementwissen die Grundlage für nachhaltigen Erfolg und damit für den Karriereweg.“

Executive MBA für Ärztinnen und Ärzte: Mit dem Master-Studiengang „Executive MBA für Ärztinnen und Ärzte“ haben die SRH Fernhochschule – seit über 20 Jahren Spezi-

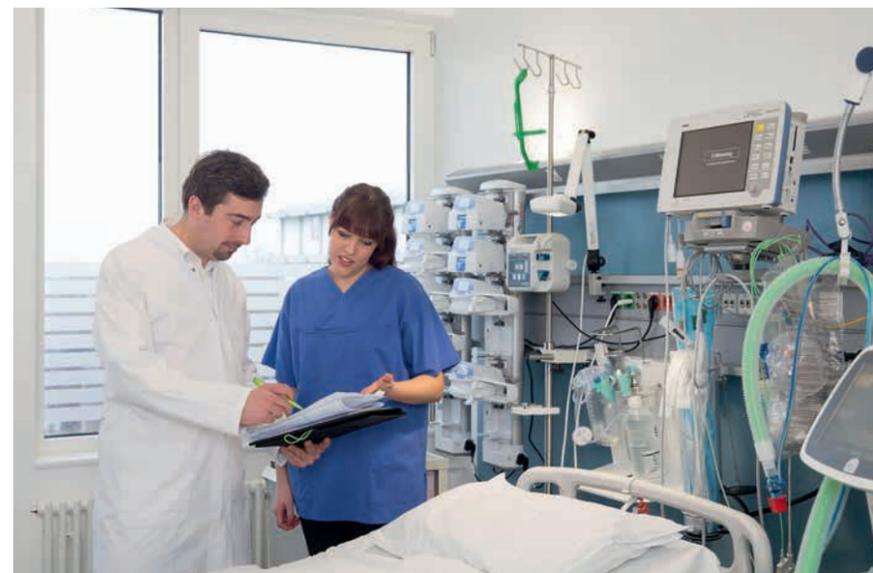
mit dem Schwerpunkt auf (angehende) Oberärzte in Kliniken und verantwortliche Ärzte in größeren Verbänden (Ärztetenzen, MVZ etc.).

Drei Hochschulzertifikate für Ärztinnen und Ärzte: Operative Führung – Strategische Führung – Controlling. Die drei Hochschulzertifikate sind genau auf die Bedürfnisse von Medizinern ausgerichtet und ermöglichen einen Ausbau der Managementkompetenzen in den Bereichen „Operative Führung“, „Strategische Führung“ sowie „Controlling“:

„Operative Führung“ bietet Grundwissen und die fachbezogene Vertiefung der täglichen Herausforderung als Führungspersonal im souveränen Umgang mit den Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Im Mittelpunkt stehen das Projekt-, Qualitäts- und Change-Management im Gesundheitsbereich. Mit „Strategische Führung“ erwerben Mediziner das notwendige Know-how im Bereich der Betriebswirtschaftslehre und der strategischen Unternehmensführung. Sie begegnen ihrem Gegenüber auf Augenhöhe und überzeugen mit fundierter Methodenkenntnis sowie dem nötigen Weitblick. Ob im großen Konzern oder im Diskurs mit der Kassenärztlichen Vereinigung: Zahlen, Daten und Fakten sind am Ende entscheidend. Durch die Qualifizierung in „Controlling“ werden Controlling-Methoden und -Prozesse verständlich und nachvollziehbar. Gegenstand sind Entgeltsysteme, Finanzierung und Controlling-Methoden.

Alle drei Hochschulzertifikate können auf das MBA-Studium angerechnet werden. Studierende des MBA für Ärztinnen und Ärzte sowie der Zertifikate profitieren vom online-basierten, flexiblen Bildungsangebot der SRH Fernhochschule, das sich optimal an jede Lebenssituation anpassen lässt.

SRH Fernhochschule – The Mobile University, Tel.: 07371-93 15-0, beratung@mobile-university.de, www.mobile-university.de



längst mehr als die medizinisch-fachliche Versorgung von Patienten: so müssen sich Ärztinnen und Ärzte immer öfter mit ökonomischen Fragen auseinandersetzen, wie beispielsweise der Abrechnung oder der Personalführung. Auf Augenhöhe mit Experten dabei verhandeln zu können, sei nach Prof. Dr. Halber entscheidend, der aus seinen Erfahrungen als früherer Geschäftsführer des Südwestdeutschen Tumorzentrums, als Krankenhausleiter und weiteren Funktionen als Aufsichtsrat und Prüfer der Ärztekammer schöpft. Betriebswirtschaftliches, steuerliches oder rechtliches Wissen werden auch im Gesundheitssektor immer

alist für berufsbegleitendes Studieren – und der Hartmannbund einen anwendungsorientierten MBA speziell für Humanmediziner mit Führungsambitionen entwickelt. Interessenten erwerben das notwendige methodische Handwerkszeug, um gesundheitsökonomische Fragen mit wissenschaftlichen Methoden zu analysieren und damit Gesundheitsunternehmen gestalten zu können. Das zeit- und ortsunabhängige Studium bietet eine Kombination aus wirtschaftlicher Methodenkompetenz, Managementwissen sowie Kenntnissen in Projekt- und Qualitätsmanagement. Zielgruppen sind berufserfahrene Ärztinnen und Ärzte

10% Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis Echt HeimatGenuss erleben und dabei Prozente sparen

Als Hartmannbund-Mitglied erhalten Sie bei den Ringhotels 10% Rabatt auf den Bestpreis. Die Hotelmarke vereinigt privat geführte Hotels im Vier- und gehobenen Drei-Sterne-Bereich. So können Sie deutschlandweit – von den Alpen bis an die Nordsee – Echt HeimatGenuss erleben. Dabei ist jedes Hotel ein Unikat und zeichnet sich neben der persönlichen Führung durch den hohen Qualitätsstandard, lokaltypisches Ambiente und eine hervorragende Küche mit saisonalen Produkten der Region aus.

Kein Wunder, denn kulinarischer Genuss hat Tradition in den Ringhotels. Mehr als ein Drittel der Restaurants verfügt über eine gastronomische Auszeichnung. Viele Ringhotels sind aus Gastronomiebetrieben entstanden, einige betreiben ein Weingut, eine Brauerei oder beziehen das Wild aus dem eigenen Jagdrevier. Alle pflegen enge Beziehungen zu den besten Lieferanten der Region.

In den Ringhotels werden Sie nicht nur kulinarisch verwöhnt, sondern finden auch vielfältige Möglichkeiten, aktiv zu werden. Speziell für Golf Freunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung auf den nahegelegenen Golfplätzen. Diejenigen, die lieber actionreich auf zwei Rädern unterwegs sind, sollten unbedingt die motorradfreundlichen Ringhotels ansteuern. Dort erwartet Sie alles, was das Motorradherz begehrt. Von Tourentipps des Hotelchefs über gesicherte Abstellmöglichkeiten bis hin zu Trockenräumen ist an alles gedacht.

Und nach einem Tag auf dem Green oder auf den schönsten Panoramarouten Deutschlands finden Sie in unseren Wellnesshotels sicher die passende Wellnessanwendung, um sich für Ihr nächstes Abenteuer fit zu machen.

Darüber hinaus bieten die Ringhotels optimale Bedingungen für Ihre Tagung oder ein Incentive mit Ihren Kollegen. Vertrauen Sie unseren Event- und Tagungsspezialisten, die sich mit Kompetenz, Engagement und langjähriger Erfahrung um die Organisation und die Durchführung Ihres Vorhabens kümmern.

www.hartmannbund.de/ringhotels/



Regionale Spezialitäten und internationale Gaumenfreuden aus frischen Ideen und saisonalen Zutaten.



Das Motto „Echt HeimatGenuss erleben“ findet sich oft in der Einrichtung der Zimmer wieder.



In unseren Wellnesshotels werden Sie von Kopf bis Fuß verwöhnt.

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

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Christina Thelen/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 Thelen

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-63

Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

PRAXISNACHFOLGE/STELLENANZEIGEN/INVENTAR

Zwei WB-Stellen in Allgemeinmedizin ab 5/2018

2 WB-Stellen Allgemeinmedizin ab 5/2018 (ideal für Paare oder gute Freunde/innen, auch Facharztquereinsteiger) mit Absicht der Praxisübernahme 2020/21, 3 Jahre Weiterbildungsbefugnis, 3 Arztsitze, jahrzehntelanger Patientenstamm, 2 NÄPa´s, kein NBD, ca. 2800 Pat/Quartal, alle Schulen am Ort, sehr gutes teamorientiertes Arbeitsklima, Stadtnähe Koblenz. Interesse?? Tel. 0171-4110772

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis sucht Fachärztin/Facharzt

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Bochum sucht Fachärztin/Facharzt, ganztags ab 1.1.2018. Chiffre: 172453

FA/FÄ für Gynäkologie in Braunschweig in Gemeinschaftspraxis gesucht:

Als Entlastungsassistent (Teilzeit) und/oder in Anstellung (Teilzeit) und/oder Nachbesetzung eines ausscheidenden Partners. Chiffre 106201

Allgemeinarztpraxis in Trier abzugeben

Etablierte, umsatzstarke Allgemeinanzpraxis in Trier, zentrale Lage, gute Parkmöglichkeiten, barrierefrei, engagiertes, erfahrenes Personal, aus Altersgründen ab 1.7.2018 abzugeben. Kontakt per Tel.: 0176-10315028

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY

Ultraschall-Abdeckung

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

info@heisig.de www.heisig.de

Verkaufe portables Ultraschallgerät Sonoscape

Verkaufe portables Ultraschallgerät Sonoscape A6, schwarzweiß-Bildschirm mit 2 Sonden: linear und konvex. Dieses Gerät wurde zum Testen für Ultraschallgesteuerte Punktionen angeschafft, die aus Zeitgründen kaum stattgefunden haben. Deswegen ist das Gerät so gut wie neuwertig. Mit Handbuch, Netzkabel und 2 Schallköpfe. **Achtung:** Aufgrund des wenigen Gebrauchs wurde noch nie eine Wartung oder STK durchgeführt. Privatverkauf: Keine Garantie, keine Gewährleistung. Preisvorstellung: 2.800,- € incl. versichertem Versand. Kontakt per E-Mail: u1schmidt@gmx.net

Alteingesessene Privatpraxis in NRW

Alteingesessene Privatpraxis in NRW-Mitte, gute Lage, ÖPNV-Anbindung, Allg. Med./NHV/Akupunktur, sucht aus Altersgründen Nachfolger/in für 2018. Chiffre: 214902

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

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

Anzeige

DIE BESTEN INFOS AUSSERHALB DIESER SEITEN.

ETL Gesundheitsbrief

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

IMPRESSUM

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

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

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

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

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

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

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

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

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

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

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

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

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

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

Titelfoto: © 123rf.de: Ilona Yurys

Icons: © venimo – Fotolia.com



Was sonst noch wichtig war, ist ein ...

... Brief des Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt an
die Bundestagsabgeordneten der SPD-Fraktion in Sachen Bürgerversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

der stellvertretende Fraktionsvorsitzende Prof. Karl Lauterbach hat im Zu-
sammenhang mit den eventuell zu führenden Koalitionsgesprächen bezüglich
einer großen Koalition die Einführung der Bürgerversicherung zur Bedingung
gemacht. Dazu erlauben wir uns einige kurze sachliche Einlassungen aus
Sicht der Ärztinnen und Ärzte im Hartmannbund:

Die Feststellung, die Bürgerversicherung Sorge für mehr Gerechtigkeit im
Gesundheitswesen, halten wir für völlig unzutreffend. Eine medizinisch-
inhaltlich unterschiedliche bzw. geringwertigere Behandlung gibt es – neben
gelegentlichen Komfortunterschieden zum Beispiel bei der Terminflexibilität
– für gesetzlich Versicherte im Vergleich zu Privatpatienten nicht. Die PKV
trägt vielmehr durch höhere Deckungsbeiträge – im Übrigen nicht nur in
Arztpraxen, sondern auch in Krankenhäusern, bei Physiotherapeuten, Logo-
päden, Ergotherapeuten etc. – dazu bei, dass im deutschen Gesundheitswe-
sen ein so reichhaltiges und differenziertes Angebot für alle Menschen in
unserem Land gewährt werden kann. Darüber hinaus besteht zwischen GKV
und PKV zumindest um die Versicherten, die Einkommen oberhalb der Bei-
tragsbemessungsgrenze haben, ein gesunder Wettbewerb. Dieser Wettbewerb
ist im Sinne der Innovationsförderung für alle Patientinnen und Patienten
hilfreich.

Wir stellen somit fest, dass eine tatsächliche Zwei-Klassen-Medizin in
Deutschland nicht existiert. In anderen europäischen Ländern, in denen es
Einheitsversicherungen gibt (wie z.B. Skandinavien oder Großbritannien) lässt
sich allerdings beobachten, dass sich neben diesen zumeist staatlichen
Strukturen hochdifferenzierte private Zuzahler-Ebenen entwickeln. Warte-
zeiten und Leistungsrationierung sind in diesen Systemen im Übrigen er-
heblich ausgeprägter als bei uns in Deutschland. Eine solche Entwicklung
würden wir tatsächlich als eine Zwei-Klassen-Medizin ansehen.

Das gesetzliche Krankenversicherungssystem ist in den letzten Jahren an-
gesichts wirtschaftlicher Prosperität und rückläufigen Arbeitslosenzahlen
glücklicherweise in einer relativ stabilen Situation. Nichtsdestotrotz wird
das sich in den kommenden 10 Jahren durch die Verrentung der Baby-Boo-
mer-Generation verschlechternde Verhältnis zwischen Beitragszahlern und
Leistungsempfängern den Druck auf das System spürbar erhöhen. Die Fest-
stellung, dass das System der PKV mit Altersrückstellungen von rund 233
Mrd. Euro wegen der aktuellen Niedrigzinsphase seine Existenzberechtigung
eingebüßt habe, ist für uns absolut nicht nachvollziehbar.

Wir hielten es für fahrlässig, durch die Überführung der PKV in das GKV-
System den demografischen Druck bestenfalls um einige Jahre zu verschie-
ben.

Wir sind selbstverständlich der Auffassung, dass auch im PKV-System
Reformbedarf besteht. So sollte darüber nachgedacht werden, inwieweit
die Unternehmen Überforderungssituationen bei älteren Versicherten durch
entsprechende Tarife abfedern.

Die Hans-Böckler-Stiftung des DGB hat im Übrigen in ihrer 2016 aktu-
alisierte Studie zur Beschäftigungswirkung der Umwandlung des dualen
Versicherungssystems in eine Bürgerversicherung je nach Modell drastische
Arbeitsmarkteffekte für die Gesundheitswirtschaft festgestellt.

Wir bitten Sie daher, den innerparteilichen Diskurs zur Zukunftsfähigkeit
des deutschen Gesundheitswesens auch vor dem Hintergrund der hier von
uns aufgeführten (bei weitem nicht abschließenden) Argumente zu führen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Klaus Reinhardt



Berufsunfähigkeitsschutz mit FamilyPlus.

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

Jetzt beraten lassen: 0221 148-22700
www.aerzteversicherung.de/schon-gehoert



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de

Ausgezeichnete Leistungen für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung.

**NEU: ab
50.000 Euro*.**

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

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



*Wir informieren Sie gern über dieses neue Produkt!