

04/2018



Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Einsammeln
und Umverteilen

Von der Komplexität
eines ökonomisierten Systems

Über Geld spricht man ~~nicht!~~



Jetzt bis zu
5.000 €
Depotwechsel-
Prämie sichern!*

*0,5 % für das Depotvolumen bei
Depotübertrag. Max. 5.000 €
als Bargeldprämie.

Lassen Sie uns über Ihre Geldanlage reden:
apobank.de/wir-reden-ueber-geld

 **apoPrivat**
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen,*

über die Frage, ob Medizin eine Wissenschaft ist, wird seit Jahren trefflich gestritten – kein Ende in Sicht. Unbestreitbar dagegen ist, dass die Finanzströme in unserem Gesundheitssystem, das das „Einsammeln und Umverteilen“, wie wir es etwas provozierend auf unserem Titel genannt haben, inzwischen eine echte Wissenschaft geworden ist – für so manchen von uns längst mit viel zu vielen Unbekannten. Es ist nicht zuletzt die Komplexität dieses ökonomisierten Systems, die uns Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Akteure des Gesundheitswesens immer mehr von unserem Beruf entfremdet. Natürlich sind wir nicht so naiv zu glauben, man könne uns immer noch mit Hühnern, Eiern oder Käse „bezahlen“, keiner von uns ist in der „guten alten Welt“ verfangen. Was aber keineswegs weltfremd ist, ist die Vorstellung, in der ärztlichen Honorierung – egal ob in der Klinik oder in der Praxis – wieder einen Leistungsbezug herzustellen. Davon sind wir in Zeiten von DRG, Morbi-RSA, Budgetierung und HVM in der Tat Lichtjahre entfernt.

Ganz wesentliche Ursache für diese Entwicklung ist ohne Frage die Budgetierung und die ihr immanente unüberwindbare Diskrepanz zwischen quasi unbegrenztem Leistungsanspruch auf der einen – und begrenzten Ressourcen auf der anderen Seite. Bei allem Verständnis für die Sorge vor unbegrenzter Mengenausweitung gilt es, diesen Knoten zu durchschlagen. Seien wir ehrlich, auch die Selbstverwaltung hat an dieser Stelle noch manche Hausaufgabe zu machen – weniger beim Einsammeln, aber um so mehr beim Umverteilen. Gefragt sind vor allem aber die Krankenkassen. Wird auf dieser Seite auch weiterhin jegliche Diskussion um sinnvolle Reformen mit ängstlichem Blick auf kurzfristige Kosteneffekte im Keim erstickt, dann bleibt das Ringen um eine sinnvolle Reform des Systems ein zähes Unterfangen, dann werden Parameter wie Leistungsgerechtigkeit oder Angemessenheit auch weiterhin Fremdworte bleiben. Dann wird das Korsett immer enger, in dem wir gezwungen sind, uns in einem Maße mit ökonomischen Aspekten unserer Berufsausübung zu befassen, dass nichts mehr damit zu tun hat, wofür wir eigentlich einmal angetreten sind: Arzt zu sein, um so gut wie möglich zu helfen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, nicht nur mit Blick auf die Finanzströme unseres Gesundheitssystems, sondern auch bei der Betrachtung der Gesetzesinitiativen der vergangenen Monate sei uns wenige Tage vor Weihnachten abschließend ein kleiner „Wunschzettel“ an den Gesundheitsminister erlaubt: Freiheit, Deregulierung, Eigenverantwortung. Fürs Erste und in aller Bescheidenheit.

Frohe Weihnachten,

Ihr

Klaus Reinhardt

”



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Ärzte helfen Ärzten“



© suedok1 - fotolia.com

Jede Spende hilft!

Kollegiale Hilfe in Notsituationen

Wir helfen:

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

Wir bieten:

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



Online-Spende unter
www.aerzte-helfen-aerzten.de

Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX

Inhalt



Einsammeln und Umverteilen:

Von der Komplexität eines ökonomisierten Systems

Einsammeln und Umverteilen. Von dieser bewusst etwas provokativen Darstellung der Finanzströme unseres Gesundheitssystems sind wir weit – um nicht zu sagen Lichtjahre – entfernt. Der Weg des Geldes vom Beitragszahler oder aus dem Steuersäckel bis hin in die Kliniken und Praxen ist mittlerweile ein hochkomplexes Verfahren rund um Begriffe wie DRG, Morbi-RSA, Budgetierung oder etwa HVM. Inwieweit in einem solchen System Parameter wie Leistungsgerechtigkeit oder Angemessenheit zum Tragen kommen können, bleibt dahingestellt.

Ein Erklärungsversuch.

6

11

Standpunkt

Dr. Klaus Reinhardt:

Gutes ärztliches Handeln wird in diesem System nicht gefördert



18

Arbeitszeiten und Arbeitsverdichtung in deutschen Kliniken

Ärzte am Rande der Erschöpfung

12

Politik

Reform der Bedarfsplanung nimmt an Fahrt auf

Doch ohne Ärzte bleibt vieles Makulatur



20

Medizinstudium

Vielfalt? Ja! Trotzdem von Allem zu wenig?

14

Politik

Sachverständigenrat stellt Gutachten vor

Einige dicke Bretter sind noch zu bohren



17

Berufspolitik

Svenja Krück über eine erfolgreiche Kammerwahl

HB-Intern 24

Hauptversammlung zwischen KI und TSVG: „Ob hip oder nicht, unsere Haltung ist gefordert.“

Service 28

Kooperationspartner
Ansprechpartner 32
Impressum 34

Einsammeln und Umverteilen

Von der Komplexität eines ökonomisierten Systems

Einsammeln und Umverteilen. Von dieser bewusst etwas provokativen Darstellung der Finanzströme unseres Gesundheitssystems sind wir weit – um nicht zu sagen Lichtjahre – entfernt. Der Weg des Geldes vom Beitragszahler oder aus dem Steuersäckel bis hin in die Kliniken und Praxen ist mittlerweile ein hochkomplexes Verfahren rund um Begriffe wie DRG, Morbi-RSA, Budgetierung oder etwa HVM. Inwieweit in einem solchen System Parameter wie Leistungsgerechtigkeit oder Angemessenheit zum Tragen kommen können, bleibt dahingestellt. Ein Erklärungsversuch.

Natürlich spielt sie auch in den gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren der aktuellen Legislaturperiode eine – wenn nicht die – Hauptrolle: Die Finanzierung der Gesundheitsvorsor-

Davon wurden knapp 218 Milliarden Euro allein von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.

Nun gilt für die gesetzliche Krankenversicherung das im Sozialgesetzbuch V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot – die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Und auch die anderen Kostenträger des Systems, wie die privaten Krankenversicherer oder auch die Pflegeversicherungen, sind verpflichtet, eine nachhaltige Kostenstruktur im Blick zu behalten.

Zugleich muss aber auch die die patientenversorgende Seite des Systems, also etwa niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken sowie die diversen Therapeuten, eine angemessene Vergütung erhalten. Nur so kann langfristig eine medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung auf dem gewünschten, am anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten Niveau gesichert werden.

Die Grundidee der Finanzierung, qualitativ minderwertige Leistungen zu verhindern aber zugleich auch ausufernde Kosten zu vermeiden, ist einleuchtend. Jedwede Zweck-Mittel-Relation ist naturgemäß geeignet, für Reibereien bei den um Zweck und Mittel Ringenden zu sorgen: So wird die Kompromissbereitschaft der verschiedenen Akteure folgerichtig des Öfteren bis zur Belastungsgrenze, und manchmal darüber hinaus, gefordert. Das Ziel muss sein, die Möglichkeiten der Selbstregulation des Systems so zu justieren, dass das bestmögliche (im Sinne der Versorgung) und zugleich machbare (im Sinne der Finanzierung) Gesamtergebnis erzielt wird. In der Realität ist die in Deutschland gewachsene Finanzierungsstruktur der Gesundheitsversorgung ein komplexes und leider auch vielfach irrationales Gebilde.

Der folgende Parforceritt führt durch die komplexe Struktur der für die Versorgung in Deutschland relevantesten Finanzströme – und diskutiert vorhandene Schwachstellen wie auch kritikwürdige Regelungen.

Finanzströme der gesetzlichen Krankenversicherung

Kernelement der heutigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der 2009 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Gesundheitsfonds. In diesen vom Bundesversicherungsamt in Bonn verwalteten Fonds fließen zunächst alle Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen sowie ein (schwankender) Bundeszuschuss. Dieser aus Steuermitteln finanzierte Zuschuss soll bestimmte gesamtgesellschaftlich relevante Leistungen, wie etwa die beitragsfreie Familienversicherung, ausgleichen. Zwar nehmen die Krankenkassen die genannten Beiträge ein, führen sie

aber an den Fonds ab. Darüber hinaus erheben bisher nahezu alle Kassen Zusatzbeiträge unterschiedlicher Höhe, die aber nach neuester Gesetzgebung künftig auch paritätisch finanziert werden und auch an den Fonds abgeführt werden.

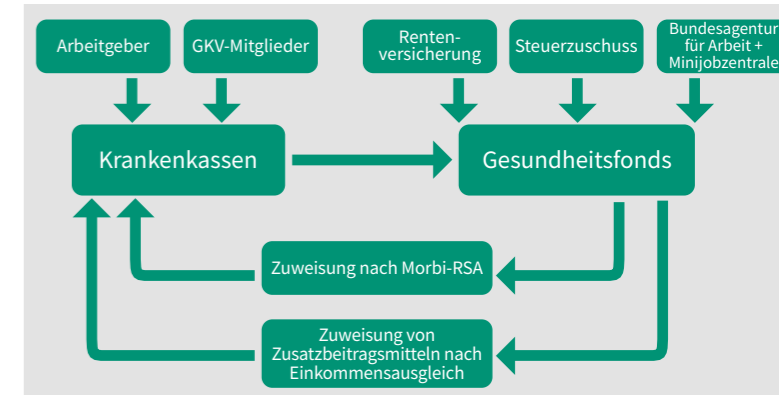
Der Gesundheitsfonds ist „Geldsammelstelle“ und „Umverteilungsmaschinerie“. Die Mittel aus den „Zusatzbeiträgen“ fließen den betroffenen Krankenkassen zu, nachdem ein Einkommensausgleich durchgeführt wurde. Zudem erhalten alle Krankenkassen die finanziellen Mittel, um die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben und die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Diese Zuweisungen lassen sich grob in eine einheitliche Grundpauschale für jeden Versicherten und gewisse Zu- und Abschläge, die von verschiedenen Faktoren wie beispielsweise dem Alter, dem Geschlecht und vorliegenden Erkrankungen abhängen, gliedern. So soll die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten in den einzelnen Kassen berücksichtigt und ein fairer Wettbewerb ermöglicht werden. Dieses System des Ausgleichs von Risikounterschieden zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen nennt sich morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Dieses hochkomplexe Konstrukt sorgt seit einiger Zeit für Debatten unter den Krankenkassen, die man unter dem Begriff Streit um „Verteilungsgerechtigkeit“ zusammenfassen könnte. Die Diskussion um zugewiesene Deckungsbeiträge, uneinheitliche Aufsichtsregularien (für bundesweite Kassen führt das BVA Aufsicht, für regionale Kassen die betroffenen Länder) und die Ursache der unterschiedlich hohen Zusatzbeiträge der Kassen führte dazu, dass das Bundesgesundheitsministerium Ende 2016 beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes umfassende Gutachten zur Wirkung des Morbi-RSA und der verschiedenen Reformvorschläge in Auftrag gegeben hat – nun soll der Ausgleichsmechanismus laut dem jüngst beschlossenen GKV-Versichertenentlastungsgesetz bis 2020 reformiert werden. Man sieht: Die ersten Fallschlingen der Finanzierung existieren bereits auf der Ebene bzw. innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vergütung der Krankenhäuser

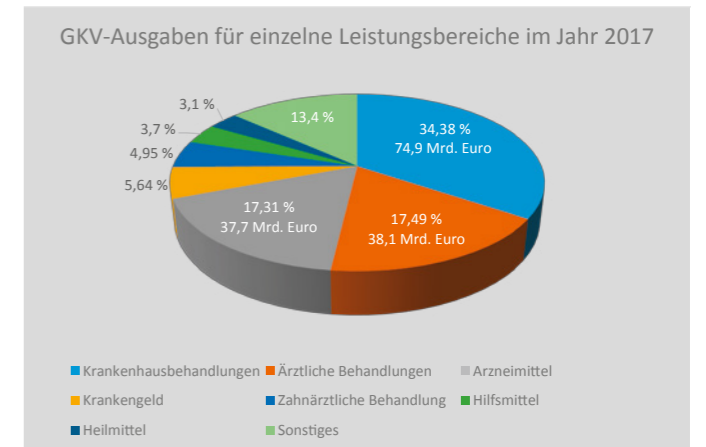
Wie die GKV-Gelder zur Vergütung der Leistungserbringer bereitgestellt werden, soll im Folgenden näher beleuchtet werden – mit der Konzentration auf die zwei größten Finanzierungsblöcke: Die Krankenhausleistungen und die Leistungen der Vertragsärzte. Der Bereich der Arzneimittel mit den komplexen Verfahren der Nutzenbewertung und Preisfindung stellt ein ganz eigenes Thema dar.

Knapp 75 Milliarden Euro wurden 2017 seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen für Leistungen in den deutschen Kliniken bereitgestellt – damit ist dieser Bereich der mit Abstand kostenintensivste. Wobei hier natürlich beachtet werden muss: Neben den Kosten für die knapp 200.000 Ärztinnen und Ärzte sind hier unter

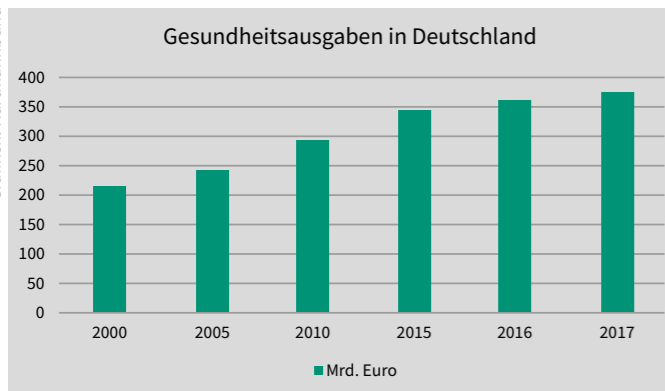


anderem auch die Kosten für die aufwendige pflegerische und medikamentöse Versorgung enthalten.

Die voll- und teilstationären Leistungen der aktuell rund 1.600 allgemeinen Krankenhäuser werden über das sogenannte DRG-System vergütet, welches nunmehr seit 15 Jahren angewandt wird. Neben den gesetzlichen Vorgaben im Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie dem Krankenhausentgeltgesetz sind die maßgeblichen Akteure für die nötigen Verhandlungsrunden (dazu gleich mehr) und die Weiterentwicklung des Systems die hier zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene: Also die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sowie, obwohl nicht Teil der Selbstverwaltung, der Verband der privaten Krankenversicherung. Da die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen, anders als beispielsweise im ambulanten Bereich, für alle Versicherten einheitlich sind, ist die Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen an dieser Stelle folgerichtig.



Grafiken: Hartmannbund



gung. Insofern ist Gesundheitspolitik neben Sozialpolitik auch immer Wirtschaftspolitik.

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben im Jahr 2017 erstmals die Marke von einer Milliarde Euro pro Tag überschritten. Insgesamt, so die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes, lagen die Ausgaben im Jahr 2017 bei etwa 374 Milliarden Euro.



Das DRG-System („DRG“ = engl. „diagnosis-related groups“) ist ein Abrechnungssystem, bei dem die Krankenhausbehandlungen über Fallpauschalen abgerechnet werden. Dabei werden die Behandlungsfälle zu Gruppen (den DRGs) zusammengefasst, die Zuordnung eines zu behandelnden Patienten zu einer Fallpauschale erfolgt durch eine bundesweit einheitliche Software aufgrund verschiedener Kriterien wie beispielsweise Hauptdiagnose, eventuelle Nebendiagnosen, Patientenalter oder Beatmungstunden. Die Detailinformationen aller DRGs werden im Fallpauschalenkatalog zusammengetragen. Dieser wird jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) – Gesellschafter sind die oben genannten Akteure – aktualisiert.

Zur Berechnung der eigentlichen Vergütung trägt jede Fallpauschale (im Jahr 2018 gibt es 1.292) ein individuelles Relativgewicht. Dieser Wert ergibt in Multiplikation mit dem jeweils für ein Jahr gültigen regionalen Landesbasisfallwert den entsprechend durch die Kostenträger an die Krankenhäuser zu zahlenden Betrag. Dieser bezieht sich ausschließlich auf die Betriebskostenfinanzierung, die Investitionskosten sind (eigentlich) von den Bundesländern zu tragen.

Im Zusammenhang mit den politischen Bestrebungen zur Stärkung der Pflege sollen künftig die Pflegepersonalkosten aus den DRG ausgegliedert und gesondert finanziert werden. Ab dem Jahr 2020 sollen dazu die Krankenkassen und Krankenhäuser auf Ortsebene ein Pflegebudget auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegestellen sowie der krankenhaushausindividuellen Pflegekosten verhandeln. Die Fallpauschalen sollen dann um die Pflegepersonalkosten bereinigt werden (mehr zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im Politikteil dieser Ausgabe).

Um eine Kostenkontrolle und eine gewisse Planungssicherheit für die Kliniken und vor allem die Krankenversicherungen zu gewährleisten, finden jährliche Budgetverhandlungen zwischen ebendiesen statt. Hierbei werden für das jeweilige Folgejahr im Voraus mit jedem einzelnen Krankenhaus, beziehungsweise Krankenhausträger, die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen sowie diverse Zu- und Abschläge (bspw. im Fall von Mehrleistungen) festgelegt.

Für dieses Verhandlungsverfahren sind, genau wie für die ebenfalls in Verhandlungslösungen festzulegenden Landesbasisfallwerte, im Falle des Scheiterns der Kompromissfindung Schiedsstellen vorgesehen. Da es naturgemäß beim Ringen um finanzielle Mittel mitunter zäh werden kann, werden diese Schiedsstellen auch regelmäßig tätig. Für die 2018 gültigen Landesbasisfallwerte galt dies für Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.

Vergütung in der ambulanten Versorgung

Auch die Finanzierungsgrundlagen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen sind durch begrenzte Budgets, restriktive Mengensteuerungen auf verschiedenen Ebenen und die komplexe Verteilung der vorhandenen Geldmittel über die abgerechneten Leistungen so kompliziert geworden, dass sie nur noch schwer durchschaut werden können.

Im Zentrum des Vergütungssystems der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung durch die rund 172.000 Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland steht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser ist im Grunde ein großes Verzeichnis der innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnungsfähigen Leistungen, welches durch den Bewertungsausschuss nach gewissen gesetzlichen Maßgaben aktualisiert und beschlossen wird. Im Falle einer Stimmgleichheit in dem aus je drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung zusammengesetzten Gremium wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (Erweiterter Bewertungsausschuss).

Die Abrechnung der erbrachten Behandlungsleistungen läuft dann über die jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Denn die Krankenkassen leisten keine direkten Zahlungen an den einzelnen Vertragsarzt, sondern zahlen eine sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie (in geringerem Umfang) gewisse extrabudgetäre Mittel, etwa für besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen, an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, der alle Vertragsärzte einer Region als Mitglieder angehören.

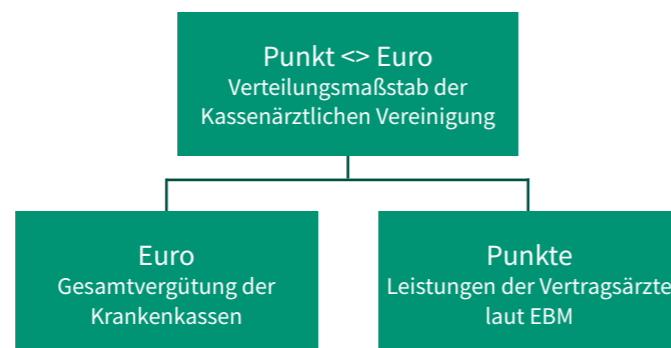
Nicht pro Arzt, sondern pro Versicherten

Bis zum 31. Oktober jeden Jahres vereinbaren KVen und Krankenkassen jeweils für das Folgejahr die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen. Diese wird gezahlt für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung und berechnet sich anhand der Zahl dieser Versicherten und des Behandlungsbedarfs je Versicherten im Vorjahr, zuzüglich der auf Bundes- und Landesebene verhandelten jährlichen Steigerungsraten. Der so vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß SGB V.

Zusätzliche Vertragsärzte werden nicht berücksichtigt, ein gesteigerter Behandlungsbedarf nur, soweit er gegenüber dem Vorjahr ein vorgegebenes Maß überschreitet.

Diese verteilt dann die Geldmittel der Gesamtvergütung mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs, welcher wiederum diversen eigenen Regularien unterliegt, und der im EBM definierten Leistungen bzw. den zugeordneten relativen Punktwerten an die in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Die auszahlenden Mittel errechnen die Kassenärztlichen Vereinigungen, indem sie die den erbrachten Leistungen jeweils zugeordnete Punktzahl mit dem auf Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungswertes vereinbarten jeweiligen regionalen Punktwert multiplizieren.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten von den Krankenkassen also vereinfacht ausgedrückt im Rahmen des sogenannten Kollektivvertrages ein festes Budget für die Versorgung der Versicherten, mit dem sie, beziehungsweise die Vertragsärzte und Psychotherapeuten, dann auskommen müssen. Werden mehr oder



kränkere Patienten behandelt, als im Rahmen der vereinbarten Gesamtvergütung vorgesehen, wird dies nur noch abgestaffelt oder gar nicht vergütet. Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung führt diese Budgetierung dazu, dass bundesweit rund sechs Prozent der hausärztlichen Leistungen und rund 15 Prozent der fachärztlichen Leistungen nicht vergütet werden.

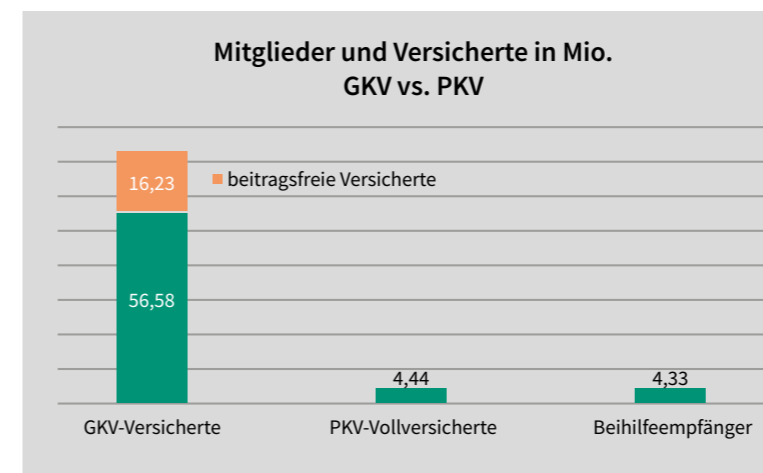
Dies sorgt verständlicherweise für zunehmenden Unmut unter den niedergelassenen Ärzten. Seit längerem gibt es Forderungen, zumindest Teilleistungen aus der Deckelung zu lösen, um so die Attraktivität der Niederlassung auch in Zukunft zu gewährleisten – insbesondere da die finanziellen Reserven der Krankenkassen aufgrund der guten wirtschaftlichen Lage stetig steigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung macht sich seit geraumer Zeit für die Ausbudgetierung von Grundleistungen wie der Versicherten- und Grundpauschale, der hausärztlichen Vorhaltpauschale sowie der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung stark – dies würde etwa 450 Millionen Euro betragen.

Vereinzelte gibt es bereits politische Unterstützung für diese Bestrebungen, bislang konnte jedoch noch kein Durchbruch erzielt werden (siehe dazu den Beitrag zur Gesundheitsministerkonferenz in dieser Ausgabe).

Immerhin soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“, auch diese hat im September 2018 ihre Tätigkeit begonnen, bis 2020 unter anderem Vorschläge zur Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgung im Hinblick auf die Bedarfsplanung, Zulassung, Kooperation der Gesundheitsberufe und eben auch Honorierung vorlegen.

Finanzierung durch die private Krankenversicherung

Neben der Vergütung für die Behandlung gesetzlich Versicherter können niedergelassene Ärzte weitere Einnahmen über die Abrechnung per Gebührenordnung für Ärzte erzielen. Wenn zwar auch so genannte individuelle Gesundheitsleistungen über die GOÄ abgelingen werden, so dürfte der weit größere Anteil durch private Krankenversicherer erzielt werden. Diese schwanken allerdings naturgegeben je nach Praxisstandort und Sozialstruktur des Einzugsgebietes deutlich. Die Aufwendungen für ambulante Behandlungen



beliefen sich 2016 über alle PKV-Unternehmen insgesamt auf 11,6 Milliarden Euro.

Seitens der Niedergelassenen wird immer wieder betont, dass die wiederholten Vorwürfe von Teilen der Politik, man leiste einer „2-Klassen-Medizin“ Vorschub – etwa weil Privatpatienten bevor-

Messe Stuttgart
Mitten im Markt

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

BEZIRKS ARZTEKAMMER
NORDWÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Messe Stuttgart

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

25.-27. Januar 2019 | Freitag-Sonntag

#Medizin19 www.medizin-stuttgart.de



zugt Termine erhalten – so nicht haltbar seien. Dafür spricht in der Tat schon allein die zahlenmäßige Verteilung der Versicherten.

Allerdings hat das Bundesgesundheitsministerium mittlerweile trotzdem 13 Professorinnen und Professoren für die im Koalitionsvertrag der Großen Koalition angekündigte „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen“ berufen. Diese Kommission soll bis zum 31. Dezember 2019 einen Bericht zu möglichen Problemen der geltenden unterschiedlichen Honorarordnungen im vertrags- und privatärztlichen Bereich und mögliche Lösungsansätze bis hin zu einer gemeinsamen Honorarordnung vorlegen.

Gewisse Probleme ergeben sich zudem aus der Blockade der von mehreren Seiten als notwendig erachteten Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen der PKV-Unternehmen seitens der SPD – diese verfolgt politisch weiterhin das Ziel der Einführung einer Bürgerversicherung und ist deshalb kaum an einem Entgegenkommen interessiert.

Trotz allem läuft die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte weiterhin auf Hochtouren.

Fazit

Man kann also festhalten, dass trotz der großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Vergütungsstrukturen, durchaus Gemeinsamkeiten des stationären und des ambulanten Sektors bezüglich der bestehenden Kritikpunkte zur Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung bestehen.

Neben gewissen, euphemistisch als Schwierigkeiten zu bezeichnenden Hürden bei den regelmäßigen Verhandlungsrunden mit den Krankenkassen, welche natürlich vorwiegend an Kostendämp-

fung interessiert sind, treten vor allem zwei Aspekte immer stärker in den Vordergrund. Da wäre zum einen die zunehmende und oft kritisierte Ökonomisierung der Versorgung. Immer stärker wurden und werden, politisch gewollt, die Anreize und Zwänge, Patientinnen und Patienten möglichst „leistungsbezogen“ – also schnell, mit möglichst wenig Personal und kostengünstig – zu versorgen. Die Kritik an dieser gefährlichen Entwicklung sowie Forderungen, die Prioritäten neu zu justieren, sind den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen seit längerem gemein.

„Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist ein politisches Ziel, aber kein den Versorgungsnotwendigkeiten angemessenes Kriterium zur Steuerung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen.“

– Beschluss des 97. Deutschen Ärztetages 1994 in Köln

Zudem, und auch das gilt für Kliniken und Praxen, stellt sich verstärkt die Frage, ob grundsätzlich noch das Verhältnis zwischen den von der Politik gemachten Leistungsversprechungen und den dafür bereitgestellten Mitteln stimmt. Schaut man sich die mangelnde Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer bei den Krankenhäusern oder die Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich an, lässt sich dies im Grunde nur noch verneinen. Um das System langfristig in der Balance zu halten, müssen die „bestellten“ Leistungen und gewünschten niedrigschwelligen Zugänge zur Versorgung aber eben auch bezahlt werden – den schwarzen Peter Kliniken und Praxen zuzuschieben, kann jedenfalls keine Dauerlösung sein...

*„Jedem das Seine geben:
das wäre die Gerechtigkeit wollen und das Chaos erreichen.“*

– Friedrich Wilhelm Nietzsche

Dr. Klaus Reinhardt: Gutes ärztliches Handeln wird in diesem System nicht gefördert

Anfang der 70er Jahre wurde jede von Vertragsärzten erbrachte Leistung im Rahmen eines Einzelleistungssystems, damals noch in Mark und Pfennig, vollständig vergütet. Im Krankenhaus wurden im Sinne eines Kostendeckungsprinzips Tagespflegesätze für jeden Liegetag eines Patienten gezahlt. Die Länder kamen ihren Investitionsverpflichtungen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung zuverlässig nach. Von leistungsbegrenzenden Maßnahmen, Budgets und einer allgemeinen Ökonomisierung ärztlichen Handelns war noch lange nicht die Rede. Aus ärztlicher Sicht war die Welt des Gesundheitswesens in Ordnung.

In der ambulanten Medizin blieb die Dynamik der Leistungsentwicklung jedoch ungebremst und die durchschnittliche Liegezeit in deutschen Krankenhäusern war im internationalen Vergleich mit vergleichbaren Ländern deutlich am längsten. Die Krankenkassenbeiträge stiegen entsprechend rasant an und seit Mitte der 70er Jahre begann eine beispiellose, bis heute anhaltende Serie von Kostendämpfungsgesetzen. Die vom damaligen Gesundheitsminister Seehofer eingeführte Gesamthonorarbegrenzung und deren Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme waren der honorartechnische Gipfel dieser Entwicklung.

Da spätestens ab diesem Zeitpunkt das Thema innerärztliche Honorarverteilung bei endlichem Verteilungsvolumen zum zentralen Thema ärztlicher Berufspolitik wurde, produzierten die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von KBV und Spitzenverband der GKV, sekundiert vom Gesetzgeber, einen sogenannten Honorarverteilungsmaßstab, der nur noch von einem kleinen Kreis derer, die damit seit Jahren sozusagen täglich umgehen, in allen Teilen verstanden wird. Der in diesem System tätige Arzt kann das Zustandekommen seines Honoraranspruches im Grundsatz überhaupt nicht mehr überblicken und muss die Honorarzahllungen mehr oder weniger als Zuteilung schicksalsergeben akzeptieren. Einen Einfluss auf die Höhe seines Honorars hat er im Wesentlichen nur durch intelligente Anpassung an dieses System sowie über Steigerung der Fallzahlen, d.h. durch Arbeitsverdichtung.

Gutes ärztliches Handeln, dass sich tatsächlich und im Wesentlichen am Bedürfnis von Patienten orientiert wird in diesem System sicher nicht gefördert. Und ob eine solche Form der Honorierung eines freien Berufes wirklich würdig ist, hinter diese Frage darf ein großes fettgedrucktes Fragezeichen gesetzt werden. In diesem System, in dem Ärztinnen und Ärzte durch Budgetierung in Teilen das Morbiditätsrisiko mittragen, in dem sie durch Regressandrohung die Differenz zwischen dem uneingeschränkten Leistungsversprechen der im Wettbewerb stehenden gesetzlichen Krankenkassen und dem tatsächlichen sozialrechtlichen Anspruch (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig) in täglichen Diskussionen aushalten und erklären sollen, in einem solchen System kann ein gewisses Maß an grundsätzlicher Frustration nicht überraschen. Dass die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die die Bereitschaft haben, sich in einem solchen System wirtschaftlich selbstständig zu betätigen, stetig nachlässt, kann eigentlich für Niemanden tatsächlich überraschend sein.

Für die in den Kliniken angestellten Kolleginnen und Kollegen stehen die Dinge allerdings auch nicht wirklich besser. Mit der Ein-

führung der DRG entwickelten die Krankenhausträger und ihre kaufmännischen Geschäftsführer eine in Teilen industrielle Mentalität, in der Ärzte in der Wertschöpfungskette genau dort zu stehen haben, wo sie den meisten „Mehrwert“ garantieren. Eine möglichst hohe Anzahl von DRG-auslösenden Prozeduren pro Zeiteinheit, hinterlegt in einer optimierten Kodierung zur Erhöhung des Case Mix Index sind die betriebswirtschaftlichen Schlüsselstrategien. Eine zuwendende, individuelle Medizin mit dem Patienten im Mittelpunkt in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit kompetentem und motiviertem Pflegepersonal, bei der auch interdisziplinäre ärztliche Aspekte in der Betreuung des Einzelnen ausreichend Zeit finden, ist unter diesen Bedingungen kaum noch möglich.

Während Pflegestellen seit Einführung der DRG (auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen praktisch regelhaft nicht nachkommen) massiv abgebaut worden sind, wird in einem großen Teil der Kliniken für Ärzte noch immer keine manipulationsfreie elektronische Zeiterfassung vorgenommen und unbezahlte Überstunden werden eingepreist. Die Gesellschaft wäre entsetzt und empört, wenn wir bei der Verkehrssicherheit die Zeiterfassung bei Busfahrern oder Piloten ähnlich nachlässig behandelten.

Es ist allerhöchste Zeit, diese Vergütungssysteme – die ja übrigens zu allem Überfluss auch noch negativ aufeinander einwirken (Frühentlassung versus Budgets) – grundsätzlich in Frage zu stellen. Ein auf dieser Basis kleinteiliges Weiterentwickeln wird die Frustration der im System Tätigen weiter befördern und mittelbar auch Patienten betreffen.

Wir müssen uns die Frage stellen, wie Ärztinnen und Ärzte, aber auch stationäre Einrichtungen mit ausreichend ärztlichem und pflegerischem Personal angemessen und attraktiv honoriert werden. Gleichzeitig müssen wir uns darüber Gedanken machen, wie die Honorierungssysteme – neben anderen zu berücksichtigenden Aspekten – dazu beitragen können, dass ärztliches Handeln sich primär auf das sinnvolle, medizinisch Richtige und nicht das ökonomisch Nötige konzentrieren kann.

Eine solche Anstrengung ist ohne Frage ein großes Unterfangen. Sie erfordert von allen Beteiligten, die Scheuklappen einmal tatsächlich abzunehmen. Aber erstens ist es ein Armutszeugnis, wenn eine so hoch technisierte und kultivierte Gesellschaft nicht die Phantasie aufbringen sollte, sich mit guten Ideen einem solchen Thema konstruktiv zu nähern und zweitens prophezeie ich die Implosion dieses Systems, sollten wir uns zwischen allen Beteiligten nicht bald zumindest einmal über die Notwendigkeit einer solchen Anstrengung geeinigt haben.



Dr. Klaus Reinhardt ist Vorsitzender des Hartmannbundes, Stellv. Präsident der ÄK Westfalen-Lippe und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

Reform der Bedarfsplanung nimmt (endlich) an Fahrt auf Doch ohne Ärzte bleibt vieles Makulatur

Was wird aus der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung? Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jetzt die Inhalte des bei einem Konsortium rund um die Ludwig-Maximilians-Universität München in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Gutachtens zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vorgestellt. Das Gutachten sei ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, ist sich Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA sicher. Ein entsprechender Beschluss soll laut Hecken bis Mitte 2019 erfolgen.

Die bereits mehrfach überarbeitete Bedarfsplanung existiert in der jetzigen Form seit Anfang der 1990er Jahre. Politisches Ziel war es ursprünglich, einen Anstieg der Zahl von Ärztinnen und Ärzten vor allem in als überversorgt identifizierten Gebieten zu verhindern. Mit dem 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz änderte sich die grundsätzliche Zielsetzung: Angesichts von zunehmenden Problemen bei der Nachbesetzung von Arztpraxen, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, geht es seitdem darum, allen GKV-Versicherten einen möglichst gleichmäßigen Zugang zur ambulanten Versorgung zu sichern. Im Rahmen dieser Maßgabe gab der Gesetzgeber dem G-BA mehr Spielräume, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu einem flexibleren Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln. Eine umfassende Reform wurde mit dem 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz initiiert – demzufolge hätte der G-BA die Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits 2017 ändern sollen, nach einigen Verzögerungen soll diese Frist mit dem geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz nun auf den 30. Juni 2019 verschoben werden.

Per Gesetz war der G-BA beauftragt worden, die Bedarfsplanung künftig auch an der Sozial- sowie Morbiditätsstruktur auszurichten. Um hierfür eine Grundlage zu haben, hatte man sich im G-BA entschieden, mittels eines Gutachtens zunächst die wissenschaftliche Basis für die dann neu zu justierenden Verhältniszahlen zwischen Einwohnern und Ärzten bzw. Psychotherapeuten zu schaffen – die daraus folgende Verzögerung hatte Hecken frühzeitig angekündigt.

In dem nun vorliegenden Gutachten fänden sich zahlreiche gut strukturierte Vorschläge zur korrekten Darstellung der Morbidität und der Versorgungsbedarfe, konstatierte Hecken im Rahmen der öffentlichen Präsentation. Die alles entscheidende Herausforderung werde jedoch sein, die nach einer Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie als „frei“ vermerkten Planstellen auch tatsächlich mit Ärzten und Psychotherapeuten besetzen zu können. Bereits nach der aktuell geltenden Planung seien über 3.000 Arztsitze nicht besetzt. Bei Umsetzung aller Empfehlungen des Gutachter-Konsortiums werde man „deutlich über 10.000“ Ärzte mehr brauchen als aktuell in der Versorgung befindlich. Angesichts der Rahmenbedingungen sei insbesondere die Politik gefragt, geeignete Maßnahmen gegen die drohende „Mangelverwaltung“ zu ergreifen.

Hecken verwies unter anderem auf die Altersstruktur der Ärzteschaft, hier seien „dramatische Altersabgänge“ zu erwarten, und den immer stärker wahrnehmbaren Wandel der Arbeitsmodell-Präferenzen des nachrückenden Mediziner Nachwuchses – begründete Hinweise, die ja seit einiger Zeit so auch von ärztlichen Verbänden vorgebracht werden, verknüpft mit Forderungen nach einer deutlichen Erhöhung der Medizinstudienplätze.



Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA

Solange die Probleme bei der Personalfrage bestünden, könne auch das Gutachten und jede darauf fußende neue Bedarfsplanung nur eine „Zwischenstation“ darstellen, betonte Hecken. Auch die Gutachter unter Konsortialführung von Professor Dr. Leonie Sundmacher, neben der Ludwig-Maximilians-Universität München waren auch Wissenschaftler des WIG2-Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig, der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, der Universitätsmedizin Greifswald, des Max-

● 50/75 %
Unterversorgung,
Förderung möglich

● 100 %
Reguläre
Zulassung

● 110 %
„Sperrung“

● 140 %
„Soll“-Regelung
zum Sitzaufkauf

Planck-Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik München sowie der 37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln beteiligt, verweisen darauf, dass durch die bloße Bedarfsplanung an sich noch nicht gewährleistet werden könne, dass Ärzte die benötigten Leistungen auch dort anbieten, wo sie gebraucht werden. Hier seien weitere Reformen der Vergütung von Leistungen, der Aus- und Weiterbildung der Ärzte, Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Gebieten sowie effektive Anreize zur Niederlassung und innovative Versorgungsmodelle in unterversorgten Gebieten gefordert.

Professor Dr. Leonie Sundmacher, Leiterin des Fachbereiches Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München, skizzierte im Rahmen der Präsentation wesentliche Empfehlungen des mehrere hundert Seiten starken Gutachtens:

Es sollen mittels eines „Zugangs-Monitorings“ Standards für Erreichbarkeit und Wartezeiten definiert und in die Planung einbezogen werden.

Im Sinne einer vorausschauenden Planung sollen künftige Entwicklungen (z.B. bzgl. der Altersstrukturen) mittels einer bundes einheitlichen Methodik einbezogen werden.

Zwischen benachbarten Planungsbereichen sollen künftig Mitversorgungsbeziehungen stärker beachtet werden – hierzu haben die Gutachter ein komplexes „Gravitationsmodell“ entwickelt.

Ein neues Konzept zur Berechnung der Verhältniszahlen und der Versorgungsgrade soll diese noch näher an die realen Versorgungsbedarfe heranführen – unter Beachtung regionaler Besonderheiten.

Ausnahmeregelungen, die dem Abbau der Überversorgung entgegenstehen und sich nicht am Bedarf der Patienten orientieren, sollen abgebaut werden.



Auswirkungen der Bedarfsplanung

Für Ärzte und Psychotherapeuten, welche an einer eigenen Niederlassung interessiert sind, spielt es eine große Rolle, ob die für sie in Frage kommende Region im Bedarfsplan als „offen“ oder „gesperrt“ aufgeführt wird. Grundsätzlich gilt: Ausgehend von bestimmten Verhältniszahlen, also Einwohnerzahl pro Arzt je Arztgruppe, werden Ist- und Soll-Niveau verglichen. Bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ist eine Niederlassung möglich. In einem gesperrten Planungsbereich können sich Ärzte und Psychotherapeuten nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein anderer Arzt oder Psychotherapeut seine Zulassung zurückgibt und so ein Sitz in der jeweiligen Fachgruppe frei wird. Regional haben die Zulassungsausschüsse allerdings die Möglichkeit, in bestimmten Einzelfällen weitere Zulassungen auch in gesperrten Gebieten auszusprechen. Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent soll die zuständige Kassenärztliche Vereinigung nach dem Willen des Gesetzgebers einen frei werdenden Arztsitz nicht neu besetzen, den Praxisinhaber dafür aber im Rahmen einer Aufkaufregelung entschädigen.

Anzeige

» Ein starker Partner an Ihrer Seite und ein ausgezeichnetes Preis-Leistungs-Verhältnis.

Mit einem Höchstmaß an Qualität, Kompetenz und Durchsetzungskraft.

Ganz nah, ganz sicher.

IHRE PERFEKTE PRIVATABRECHNUNG

beste Konditionen, die sich immer rechnen

Unverbindliches Angebot anfordern: www.ihre-pvs.de/angebot

PVS holding
GEMEINSAM BESSER.

Sachverständigenrat Gesundheit stellt aktuellen Gutachten zur Diskussion Einige dicke Bretter sind noch zu bohren

Bereits seit 1985 erstellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen regelmäßig Gutachten, um die Politik bei der Entscheidungsfindung bezüglich nötiger Reformen im Bereich der medizinischen Versorgung zu unterstützen. Inklusive Sondergutachten legten die Experten – Mitglieder, Organisationsform und auch Name des Rates wechselten im Laufe der Jahrzehnte – bereits 20 Gutachten vor. Das Anfang Juli 2018 dem Bundesgesundheitsministerium übergebene aktuelle Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ genießt besonderes Gewicht, da die multidimensionalen komplexen Folgen und Begleiterscheinungen des demografischen Wandels auch und gerade im Gesundheitswesen mit voller Stärke anrollen.

Wenngleich auch zuvor schon Empfehlungen und Vorschläge der Ratsmitglieder von der Gesundheitspolitik aufgegriffen wurden, wie zum Beispiel die Kassenwahlfreiheit oder die Einführung eines Risikostrukturausgleichs, könnte, der auch politisch wahrgenommene Handlungsdruck, diesmal zu einem recht breiten Aufgreifen der aktuellen Ratsempfehlungen in mehreren Bereichen führen. Der Sachverständigenrat hat dies wohl selbst auch wahrgenommen, wie aus folgendem Beispiel hervorgeht: Zum Bereich der Notfallversorgung hatte er bereits weit vor Veröffentlichung des Gesamtgutachtens erstmals ein Werkstattgespräch organisiert. Die Analysen zum Status quo und die Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland konnte er damit zur Diskussion stellen und etwaige, aus dem Diskurs gewonnene Erkenntnisse, einfließen lassen (Das Hartmannbund Magazin berichtete in Ausgabe 4/2017). Zudem werden Themen mit besonders starkem Bezug zur Länderpolitik, beispielsweise die Krankenhausfinanzierung, auf Regionalkonferenzen dem interessierten Fachpublikum näher gebracht – ebenfalls ein Novum. Ein Gutachten „für die Ablage“ soll offensichtlich, schaut man sich die detailreichen Analysen und umfangreichen Empfehlungen an, zu Recht vermieden werden.

So organisierte der Sachverständigenrat Ende

September 2018 in Berlin ein überaus gut von hochrangigen Vertretern aus Politik, Selbstverwaltung, Praxis und Wissenschaft besuchtes Symposium, um auch in der Hauptstadt eine gesundheitspolitische Diskussion zu den Inhalten des Gutachtens zu forcieren – der Ansatz schien richtig gewählt, denn auch das fachkundig besetzte Publikum beteiligte sich lebhaft.

Intensiv wurde auch die virulente Frage nach der Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Umsetzung vom Ge-

setzgeber initiiertem Vorgaben diskutiert. So seien ihre Lösungsansätze bezüglich der Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung in der Vergangenheit oftmals „nicht ausreichend“ gewesen, kritisierte der ranghohe Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit Dr. Ulrich Orłowski. Seitens des Bundesgesetzgebers habe man beispielsweise mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) oder auch den Regelungen zum ambulanten Operieren bereits Initiativen im „schwierigen und komplexen“ Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung angestoßen – hier bestünde allerdings deutlicher „Nachholbedarf“ der Selbstverwaltung in Bezug auf diese politischen Lösungsansätze. So sei etwa die ASV im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), auch aufgrund der divergierenden Interessen, „überbürokratisiert“ worden.

Ideen, so betonte Orłowski, die Politik könne und solle stattdessen Details regeln, halte er aber trotzdem für „grundfalsch“. Dies liege aus guten Gründen grundsätzlich im Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Selbstverwaltungsakteure. Allerdings werde man gegebenenfalls die Strukturen und Rahmenbedingungen anpassen, wie etwa mit dem im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgesehenen neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremium.

Der stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrates Professor Dr. Eberhard Wille verwies in diesem Zusammenhang nachdrücklich darauf, dass eine rein politisch und zentral gestaltete Versorgungslandschaft ebenfalls diverse und nicht zu vernachlässigende Mängel erzeugen würde. Das Selbstverwaltungssystem sei rein staatlichen Lösungen überlegen, bilanzierte Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK). Logischerweise seien aber innerhalb der Selbstverwaltung gewisse unterschiedliche Interessenlagen vorhanden. Unter Umständen müsse eben bei besonders strittigen Fragen die politische Erwartungshaltung „stringenter vorgegeben“ werden.

Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sach-



Die aktuellen Mitglieder des Sachverständigenrates bei der Vorstellung des Gutachtens

(Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Stellvertretender Vorsitzender Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Vorsitzender Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann, Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg v. li.)

verständigenrates, äußerte sich bereits im Rahmen der Vorstellung des Gutachtens recht konkret zu möglichen Zeithorizonten für die (zumindest teilweise) Umsetzung von Vorschlägen des Expertengremiums. Insbesondere für den Bereich der Notfallversorgung geht Professor Gerlach von einem schnellen Vorgehen aus. Stichworte wie integrierte Leitstellen und Notfallzentren seien explizit im Koalitionsvertrag genannt und es gebe deutliche Signale aus der Politik hierzu zeitnah auf den Feldern Gesetzgebung bzw. Rahmenbedingungen tätig werden zu wollen. Bei anderen Themenfeldern, wie beispielsweise die Krankenhausfinanzierung oder auch die sektorenübergreifende Versorgung, sei zwar der Handlungsbedarf ebenfalls seitens der Politik erkannt worden, hier wären aber noch „dickere Bretter“ zu bohren – hier sei erst in der nächsten Legislaturperiode mit möglichen Umsetzungsschritten zu rechnen.

Folgend werden nun wesentliche Inhalte des Gutachtens zusammenfassend vorgestellt, aufgrund des schieren Ausmaßes des auf über 800 Seiten vorgelegten Materials wird allerdings auf drei Bereiche fokussiert.

Patientensteuerung im Versorgungsalltag

Die Sachverständigen weisen darauf hin, dass auch eine zunehmende Kritik an der allgemeinen Steuerung der Patienten in der Regelversorgung festzustellen sei. Die Ratsmitglieder verweisen hierbei auch auf die Kritik des Hartmannbundes, dass eine fehlende Patientensteuerung zu Termin- und Kapazitätsproblemen sowie oftmals zu unnötigen Doppeluntersuchungen führt. Den wachsen-

den Steuerungsdefiziten könne man mit einem Bündel an denkbaren Maßnahmen entgegenwirken:

- Gatekeeping-Modelle könnten zu einem effizienten Informationsfluss zwischen Haus- und Fachärzten beitragen, zudem könnten Patienten im Facharztsektor effizienter und effektiver versorgt werden, wenn sie durch den Hausarzt bereits vorselektiert wurden. Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif für die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) könne finanzielle Anreize für die Teilnahme an einem HzV-Modell sein – dies solle dann aber mit einer sorgfältigen Evaluation verbunden werden.
- Neben gesetzgeberischen Erweiterungen der Spielräume für die HzV könne man auch die Erhebung einer Kontaktgebühr diskutieren, die bei einer Direktanspruchnahme von Fachärzten der nächsthöheren Versorgungsebene ohne Überweisung durch einen Hausarzt erhoben werden würde. Vor Einführung jeglicher Form der Selbstbeteiligung müsse allerdings kritisch überprüft werden, ob der finanzielle Aufwand, die neue Regelung einzuführen und administrativ durchzuführen, der Kostenersparnis in einem ausgewogenen bzw. positiven Verhältnis gegenübersteht.
- Evidenzbasierte, verständliche und neutrale Informationen würden eine unabdingbare Voraussetzung darstellen, um die Bürgerinnen und Bürger in Gesundheitsentscheidungen einzubeziehen und so eine bedarfsgerechte Versorgung gemäß ihren Präferenzen zu erreichen. Modelle wie Gatekeeping oder Selbstbeteiligung seien zudem ohne ausreichende Patienteneinbindung und -beteiligung nicht umsetzbar.

• Auch die Digitalisierung könne potenziell zu einer verbesserten Patientensteuerung beitragen. Insbesondere die Vernetzung durch eine elektronische Patientenakte (ePA) stelle dabei eine Grundvoraussetzung dar, da auf ihr weitere digitale Anwendungen aufbauen könnten.

Ambulante Versorgung

Ein durch den Rat identifiziertes Kernproblem stellt in diesem Bereich der demografische Wandel dar, und zwar in doppelter Hinsicht: Die zu erwartende steigende Nachfrage an medizinischer Versorgung trifft auf eine immer ungünstiger werdende Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Das Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden ist von 51,4 Jahren im Jahr 2007 auf 54 Jahre im Jahr 2016 gestiegen – ein Fakt, auf welchen die ärztlichen Verbände bereits immer wieder nachdrücklich hinwiesen. Laut der Analyse des Sachverständigenrates müssten, will man die Versorgung auf heutigem Niveau sicherstellen, bis zum Jahr 2025 fast 50 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden ersetzt werden. Hinzu kämen weitere wichtige Trends, deren Auswirkungen sich teilweise gegenseitig verstärken würden: So leisten jüngere Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt eine geringere Wochenarbeitszeit als ältere – die Zunahme des Anteils der Ärztinnen (mit einem höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigungen) an der Gesamtärzteschaft sowie der steigende Anteil angestellter Ärztinnen und Ärzte kommen hinzu. Deshalb werde die angebotene Arbeitsleistung je Arzt bzw. Therapeut voraussichtlich weiter abnehmen, grundsätzlich sei dieser Trend bereits seit dem Jahr 2000 zu beobachten. Wesentliche Empfehlungen des Rates:

- Für das bestehende System der ambulanten Bedarfsplanung seien einige Weiterentwicklungen denkbar, die die Planung noch zielgerichteter machen könnten, ohne sie zu kleinteilig zu gestalten – etwa durch eine Morbiditäts- und Leistungsorientierung.
- Zur im Koalitionsvertrag 2018 vereinbarten Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden äußert sich der Sachverständigenrat zurückhaltend. Eine Prognose über die Auswirkungen und somit Versorgungsrelevanz einer solchen gesetzlichen Änderung sei sehr schwierig, insbesondere sei von Bedeutung, auf welchen genauen Parameter sich die „Sprechstundenzeit“ überhaupt bezieht.
- Es sollten deutlich stärkere Anreize geschaffen werden, um die ärztliche Tätigkeit und Niederlassung in von Unterversorgung be-

drohten oder betroffenen Regionen zu fördern.

Stationäre Versorgung

Einer der Dreh- und Angelpunkte der Analyse der Sachverständigen für den Bereich der Krankenhäuser stellt die Verflechtung von Krankenhausplanung und Investitionsförderung der Bundesländer dar. Das duale Finanzierungssystem führe zu Anreizproblemen, die eine Mengenausweitung und eine Ausweitung der Planbetten begünstigen könnten. Zudem sei die pauschale Investitionsförderung der Länder sowohl in ihrer Höhe als auch in ihrer Organisation sehr heterogen. In diesem Zusammenhang stelle sich die Frage,

ob der Bund bei der stationären Planung verstärkt Zuständigkeiten erhalten sollte – dies würde zur Lösung vieler Schnittstellenprobleme beitragen und die länderübergreifende Planung von Spezialeinrichtungen ermöglichen. Ein solches Mitspracherecht – der Rat schlägt eine permanente Bund-Länder-Kommission vor – bei der Krankenhausplanung solle mit einer Beteiligung des Bundes an der Investitionsförderung einhergehen.

- Basierend auf einer Nachfrageprognose könne eine auf Leistungen und Geräte- und Personalausstattung ausgerichtete Krankenhausplanung, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt berücksichtigt, den tatsächlichen Bedarf genauer prognostizieren und einer Unter- oder Überversorgung entgegenwirken. Zudem könne durch kürzere Planungsintervalle ermöglicht werden, mit einer Kapazitätssteuerung schneller auf medizinische Innovationen zu reagieren.
- Um den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten zu forcieren, sollte für einen definierten Katalog an ambulanten Leistungen eine einheitliche Vergütung kalkuliert werden.
- Für Indikationen, bei denen die Versorgung in spezialisierten Strukturen vorteilhaft ist, sollten formale Strukturvorgaben festgelegt werden. Darüber hinaus sollte beim Vorhandensein klarer Evidenz für den Zusammenhang zwischen der Fallzahl und der Versorgungsqualität für entsprechende Leistungen eine sanktionsbewehrte Mindestmenge festgeschrieben werden.
- Da Universitätskliniken aufgrund der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine Sonderrolle in der Krankenhausversorgung einnehmen, sollten sie bei einer Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung besondere Berücksichtigung finden – etwa durch eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System.

Svenja Krück über eine erfolgreiche Kammerwahl Eine Liste für junge Ärztinnen und Ärzte lag einfach nah

Sie engagierte sich im Ausschuss der Medizinstudierenden des Hartmannbundes und in den Gremien der Assistenzärzte. Dann entschied sich Svenja Krück für eine Kandidatur bei den Kammerwahlen in Hessen. Mit Erfolg. Ein Gespräch über Motivation, Zweifel und Ziele.

Motivation: Junge Ärztinnen und Ärzte in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung sollten eine Selbstverständlichkeit sein. Viele der Entscheidungen, die dort getroffen werden, betreffen uns unmittelbar, so zum Beispiel die Umsetzung der novellierten Musterweiterbildungsordnung in den Landesärztekammern. Ich persönlich halte es für eine wunderbare Möglichkeit den eigenen Beruf mitzugestalten. Die Frage ist also eher, warum nicht bereits mehr junge Listen existieren. Dies liegt vor allem daran, dass viele junge Kolleginnen und Kollegen nicht um die Möglichkeit wissen, teilzuhaben. Weiterhin ist man in den ersten Jahren des Berufslebens noch in einer Orientierungsphase, in der das rein Berufliche stark im Fokus steht und zusätzliche Aufgaben abschreckend wirken. Da die Wahlperioden in den Kammern in der Regel vier bis fünf Jahre dauern, hat man jedoch während der Facharztweiterbildung meistens nur eine Chance sich zur Wahl zu stellen. Bei mir kam diese Gelegenheit im ersten Weiterbildungsjahr. Da ich zu diesem Zeitpunkt seit mehreren Jahren im Hartmannbund aktiv war, hatte ich eine hohe Motivation die Berufspolitik aktiv mitzugestalten. In Hessen gibt es zwar keine eigene HB-Liste, aber zwei Vorstandsmitglieder des Landesverbandes waren bereits mit eigenen Listen vertreten. Da lag es für mich nah, eine Liste junger Ärztinnen und Ärzte zu gründen.

Wie war der Ablauf? Zur Gründung einer Liste bedarf es natürlich zu allererst noch weitere Listenmitglieder. Da ich in Hessen relativ neu war, habe ich andere interessierte Kolleginnen und Kollegen unter den HB-Mitgliedern über den Mailverteiler gesucht und gefunden sowie in der Klinik direkt angesprochen. Die Liste besteht aus sechs Personen, sowohl ambulant als auch stationär tätig. Besonders gefreut hat mich, dass vier der sechs Listenmitglieder Frauen sind, was die Realität widerspiegelt. In der Vorbereitung auf die Kammerwahl haben wir uns gefragt, wo wir Verbesserungsbedarf sehen und daraus Listenziele erarbeitet. Weiterhin waren einige Formalia einzuhalten, bis wir uns Ende Mai zur Wahl stellen konnten. Dass gleich zwei von uns in die Delegiertenversammlung gewählt wurden, ist ein großer Erfolg.

Probleme und Hürden: Selbstverständlich gab es die. Einige waren formaler Natur, so fordert die Kammer zur Anmeldung einer Liste zur Wahl 30 Unterstützererklärungen, die im Vorfeld gesammelt werden mussten. Ganz davon abgesehen, dass verschiedene Fristen und formale Voraussetzungen einzuhalten waren. Für uns als Anfänger war das nicht einfach, jedoch stand uns Dr. Born, der Vorsitzende des Hartmannbund Landesverbandes Hessens, jederzeit zur Seite. Weiterhin gab es die Herausforderung überhaupt Mitstreiter zu finden sowie die Liste bekannt zu machen. Dabei hatte ich jedoch jederzeit Unterstützung von den Hauptamtlichen des Hartmannbundes, wenn es notwendig wurde. Die Kammer in Hessen zeigte sich sehr offen und freundlich. So sind trotz einiger

Herausforderungen in der Vorwahlzeit keine unüberwindbaren Hürden entstanden.

Zweifel an dem Vorhaben: Anfangs habe ich mich gefragt, ob ich das Gründen und Führen einer Liste nebenbei zeitlich überhaupt schaffen kann. Da stand auch noch nicht fest, ob sich überhaupt Kolleginnen und Kollegen finden, die mitmachen. Während der Wahl waren wir uns jederzeit sicher, dass sich unsere Generation durch die Liste aufgrund ihres Profils und der zuvor fehlenden Präsenz junger Ärztinnen und Ärzte in der hessischen Berufspolitik angesprochen fühlen. Doch es blieb die Frage, ob die Motivation auch zur Stimmabgabe reichen würde. Nach der Wahl ins Präsidium wurde ich von vielen beglückwünscht. Das war wunderbar. Einige Wenige hielten es jedoch auch für notwendig ihr Erstaunen über meine steile Karriere in der Berufspolitik zum Ausdruck zu bringen, verbunden mit der Frage, wer mir das denn ermöglicht hätte. Eine Frage, die Männern in dieser Form niemals gestellt werden würde und die mich weiterhin sehr ärgert.

Ziele: Die Ziele, die wir als Liste verfolgen, lassen sich zu drei großen Gruppen zusammenfassen: Verbesserung der Weiterbildung, umsichtige Digitalisierung im Gesundheitssystem und Fortschritte in der Familienfreundlichkeit. Besonders zu den ersten beiden Themenkomplexen hat der letzte DÄT mit der novellierten Musterweiterbildungsordnung sowie der Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes zwei Meilensteine vorbereitet, deren Umsetzung in den Kammern nicht ohne Mitarbeit junger Kolleginnen und Kollegen erfolgen darf. Dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eines der wichtigsten Themen sein muss, versteht sich von selbst. Nicht nur für die Entlastung der jungen Eltern ist das essenziell, sondern auch um den Ärztemangel nicht weiter zu aggravieren. Als besonders wichtig empfinde ich das implizierte Ziel meine Generation für die Selbstverwaltung zu interessieren und eine Grundlage zu schaffen. Die Selbstverwaltung ist ein Privileg, das, um es zu erhalten, einer Identifikation der gesamten Ärzteschaft mit ihm erfordert.

Fazit: Insgesamt hat sich der Aufwand sehr gelohnt, da wir nun in der Delegiertenversammlung und dem Präsidium vertreten sind. Retrospektiv gesehen würde ich es jederzeit wieder machen und auch anderen jungen Kolleginnen und Kollegen dazu raten sich zu trauen! Da inzwischen in anderen Landesärztekammern andere junge Listen zur Wahl antreten, darf man hoffen, dass bald flächendeckend die nachwachsende Generation in die Selbstverwaltung drängt und dort erfolgreich Berufspolitik betreibt.



Svenja Krück, 29 Jahre, Weiterbildungsassistentin in der Pädiatrie an der Universitätsklinik Gießen im 2. Weiterbildungsjahr, seit 2009 im HB, von 2010 bis 2015 Univertreterin an der Ruhr-Universität Bochum, seit 06/18 in der DV der LÄK Hessen, seit 08/18 im Präsidium

Arbeitszeiten und Arbeitsverdichtung in deutschen Kliniken Ärzte am Rande der Erschöpfung

Die Ökonomisierung der Kliniken führt zur Ausdünnung der Belegschaft und zu Dienstbelastungen am Rand der Erschöpfung. Das beeinträchtigt in erheblichem Maß die Versorgungsqualität aller Patienten.

Das Rollenbild des Arztes als wohlwollender Helfer in der Not prallt in der klinischen Realität auf ein Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen und Kräfte. Die ärztliche Funktion im Krankenhaus wird für immer mehr Ärztinnen und Ärzte zu einem Job am persönlichen Limit: 24h-Dienste ohne richtige Pausen, ausgedünnte Personaldecken und unterfinanzierte Bereiche führen zu einer schädlichen Arbeitsumgebung weit über den Rand der persönlichen Überlastung. Genauso sieht die Arbeitsrealität der Kliniken in Deutschland oftmals aus. Aber wie kommt es überhaupt dazu, dass sich klinisch-kurative Arbeit unter solchen Bedingungen vollzieht?

Systematisch unterversorgt: Seit der Gesundheitsreform in 2002 ist das Bedürfnis der Kliniken gestiegen, die Zahl der Krankenhausentlassungen pro Mitarbeiter maximal zu steigern. Und somit die Verweildauer von Patienten nahe an der unteren Grenzverweildauer zu orientieren. Es ist also ganz im Sinne der Klinik, dass die Arbeitskraft von Ärzten maximal effektiv genutzt wird. Erzielt wird diese, nachweislich herausragende Produktivität auf dem Rücken

der Menschen, die als Ärzte und Pflegekräfte arbeiten. Für die Versorgung der Patienten ist diese Arbeitsverdichtung und konsequente Funktionalisierung der medizinischen Akteure gleichwohl schädlich, Fürsorge entfällt aufgrund des Zeitdrucks. Die unfreiwillige, hohe Produktivität ist die wesentliche Ursache für die trägerunabhängige Arbeitsverdichtung und die schlechten Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken.

Arbeitszeitgesetz und „Opt-out“: Das deutsche Arbeitszeitgesetz begrenzt die höchstzulässige tägliche Arbeitszeit, setzt Mindestruhepausen und Mindestruhezeiten zwischen Beendigung und Wiederaufnahme der Arbeit sowie die Arbeitsruhe an Sonn- und Feiertagen fest. Zudem enthält es Schutzvorschriften zur Nacharbeit. Das Gesetz ist für Arbeitgeber und Arbeitnehmer verbindlich und verfolgt den Zweck, den Arbeitnehmer (und gleichsam den Patienten!) vor Überarbeitung und etwaigen Gefahren infolge Überlastung zu schützen. Diese Regelung gilt natürlich auch für Ärzte in Kliniken. Eigentlich. Denn mit dem Arbeitsvertrag als Zutritt in die Lebenswelt Klinik wird jungen Ärzten oft sofort ein weiteres Dokument gereicht, das unterschrieben werden soll: Die Opt-out-Vereinbarung. Jeder, der es unterschreibt, willigt ein, aus der gesetzlich definierten Höchstarbeitszeit auszusteigen.

Klinken agieren bewusst intransparent: Zahlreiche Kliniken kommen hierzu ihrer Aufklärungspflicht nicht nach. Eine Opt-out-Vereinbarung ist eine gesonderte Nebenabrede, die keinesfalls notwendige arbeitsrechtliche Bedingung zur Aufnahme eines Arbeitsvertrags ist. In der Realität wird sie einfach dem ausgereichten Arbeitsvertrag beigelegt und die Unterschrift ohne Aufklärung verlangt. Ein weiteres Instrument der Klinikleitung, um die Arbeitszeit des Arbeitnehmers maximal auszudehnen, versteckt sich hinter dem Wort „Bereitschaftsdienst“. Dieser erlaubt Anwesenheitszeiten von bis zu 24 Stunden in der Klinik. Hierbei kommt es regelmäßig vor, dass die Definition von Bereitschaftsdienst (<50% der Anwesenheitszeit ist Arbeitszeit) nicht eingehalten wird. Der Arzt allein kann sich hiergegen kaum wehren oder weiß schlichtweg nicht, was er juristisch tun kann. Hinzu kommt, dass gerade junge Kolleginnen und Kollegen Arbeitszeitverstöße aus falsch verstandenem Pflichtbewusstsein gegenüber dem Arbeitge-

– Risiko auch für Patienten

ber als normal ansehen und Angst haben, dass das Ansprechen dieser Missstände als Schwäche oder fehlende Leistungsbereitschaft interpretiert werden könnte.

Die Rolle der Aufsichtsbehörde am Beispiel von Berlin: Der Jurist Dr. Robert Rath, Direktor des Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAGeSi) war Gast des Arbeitskreises V „Assistenzärzte“ bei der Herbstsitzung in Berlin. In der Diskussion um Arbeitszeiten und das Recht auf angemessene Arbeitsbedingungen warb er für die Rolle seiner Behörde. Laut seiner Aussage bekomme das LAGeSi wenig Klagen von Ärzten. Insgesamt reagiert LAGeSi nur reaktiv auf Zuruf, dies jedoch auch bei anonymen Hinweisen oder Anzeigen. Schwerpunkt einer Prüfung ist die Überwachung der Ablaufstrukturen anhand der Dokumentation,

also ob in den jeweiligen Betrieben die entsprechenden Strukturen da sind und für Arbeit- und Gesundheitsschutz Mitarbeiter benannt sind. In ganz Berlin regeln lediglich zwei Sachbearbeiter die Überwachung des Arbeitszeitgesetzes ALLER Angestellten in Berlin. Rath erklärte hierbei, dass er beim Senat längst mehr Mitarbeiter für die Behörde gefordert habe und hier ein Umdenken stattfände. Weswegen dieses Denken seit nunmehr 16 Jahren offenbar in den Köpfen der Verantwortlichen immer die gleichen Runden dreht, ohne eine Verbesserung zu erwirken, erklärte Rath allerdings nicht. Er plädierte nachdrücklich dafür, dass die Diskussion über Arbeitszeiten und Patientensicherheit von den Berufsverbänden ausgehen müsse. Und deren Initiative viel eher über eine Verbesserung der Sachlage entscheide, als der Wirkungsbereich und die Schlagkraft seiner Behörde.



Interview mit Dr. Sebastian Gassner,
Vorsitzender des Arbeitskreises V „Assistenzärzte“:

Beim Thema Arbeitszeitverstöße ist die Dunkelziffer hoch!

Ist das Thema Arbeitszeit denn immer noch relevant für die Ärzteschaft?

Klares Ja. Zum einen spricht unsere Befragung aus dem Jahr 2016 eine eindeutige Sprache: Überstunden und Arbeitszeitverstöße sind in vielen deutschen Krankenhäusern leider die Regel. Dies spiegelt sich auch in den Anfragen wieder, die unsere Rechtsabteilung beim Hartmannbund täglich bearbeitet, der Leidensdruck der Kolleginnen und Kollegen insbesondere in der Weiterbildung ist dabei enorm. Dass überarbeitete Ärzte ein großes Sicherheitsrisiko in der Patientenversorgung darstellen, ist ein Aspekt, der in der Diskussion um Arbeitszeitverstöße bislang leider viel zu kurz gekommen ist.

Warum ist das Thema aus Ihrer Sicht in der öffentlichen Wahrnehmung nicht so präsent?

Leider ist die Anzahl der Beschwerden bei den Gewerbeaufsichtsamtern häufig verschwindend gering. Es gibt bei den betroffenen Ärzten offenbar eine klare Tendenz, lieber still zu leiden, zumal die Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung natürlich in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen und auf entsprechende Weiterbildungszeugnisse und Fallzahlen angewiesen sind. Da werden viele geleistete Arbeitsstunden entweder nicht aufgeschrieben oder nicht gegengezeichnet. Kurz gesagt: Wir müssen bei diesem Thema leider von einer hohen Dunkelziffer ausgehen!

Welche Möglichkeiten haben betroffene Ärztinnen und Ärzte, gegen Arbeitszeitverstöße vorzugehen?

Wichtig ist vor allem, diese zu dokumentieren und den verantwortlichen Vorgesetzten zu informieren. Das sollte idealerweise schriftlich, zum Beispiel per E-Mail, geschehen. Vieles sollte sich auf diesem Wege klären lassen. Als nächste Stufe ist der Betriebs- / Personalrat zu sehen, der für die Genehmigung der Soll- und die Überwachung der Ist-Dienstpläne verantwortlich ist. Falls beides nicht zu einer Änderung der Problematik führt, ist – vor allem in schwerwiegenden Fällen – eine (ggf. anonyme) Anzeige bei der jeweiligen Gewerbeaufsichtsbehörde möglich. Diese hat in der Folge die Möglichkeit ein Ordnungswidrigkeits- oder ein Strafverfahren auf den Weg zu bringen. Aber auch als Team kann man viel erreichen. Der kollektive Widerruf von Opt-out-Vereinbarungen kann beispielweise einen enormen Druck auf Arbeitgeber ausüben und für ein klares „Nein“ für die Verhältnisse auf der jeweiligen Station stehen.

Welche Forderungen stellt der Arbeitskreis V zum Thema Überstunden und Arbeitszeit?

Der Arbeitskreis V setzt sich seit langem für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes ein und hat auch in diesem Jahr auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes sowie dem Deutschen Ärztetag entsprechende Resolutionen eingebracht. Wir verstehen das Thema als dringlich und unbedingt änderungsbedürftig, weswegen wir unser Engagement in der Sache erst dann reduzieren, wenn im Sinne aller Kolleginnen und Kollegen eine spürbare wie sichtbare Verbesserung der Verhältnisse eingetreten ist.



Foto: Sebastian Gassner

Medizinstudium

Vielfalt? Ja! Trotzdem von Allem zu wenig?

Vielfältig ist sie – die Studienlandschaft in Deutschland. Dies gilt unbestreitbar auch für das Medizinstudium. Neben den zahlreichen Standorten, welche einen „herkömmlichen“ Regelstudiengang Humanmedizin anbieten, verfügt eine mittlerweile stattliche Anzahl von Universitäten über Reform- bzw. Modellstudiengänge. Diese wurden in den letzten Jahren peu à peu mit dem Anspruch eingeführt, ein praxis- und patientennäheres Studium anbieten zu können – als Vorreiter lässt sich auf die Charité Universitätsmedizin in Berlin verweisen, hier lief bereits im Wintersemester 1999/2000 parallel zum Regelstudiengang ein Reformstudiengang an.

Laut der zuständigen Stiftung für Hochschulzulassung beläuft sich der Anteil der Medizinstudierenden, welche für das Wintersemester 2018/19 eine Zulassung ergattern konnten, in reformierten Studiengängen auf ein gutes Viertel.

Allen Reform- bzw. Modellstudiengängen im Fach Medizin liegt – bei allerdings teilweise erheblichen Abweichungen in der Ausgestaltung – die Idee der gleichberechtigten Einbindung von Theorie und Praxis zugrunde.

Als Grundkonzept lässt sich die Einheit von Vorklinik und Klinik identifizieren: Hierbei wird das Ziel verfolgt, dass die Studierenden schon möglichst früh in den klinischen Alltag und klinische Fragestellungen einbezogen werden. Das vormals geltende Konzept „erst Theorie, dann Praxis“ wird also weitestgehend aufgelöst. Durch Unterricht am Krankenbett, sogenanntes „Bedside Teaching“, sollen die Studierenden bereits in den ersten Semestern praktisch in die Arbeitsweisen im Berufsleben (wie z.B. Anamnese, Stellen einer Diagnose usw.) eingeführt werden. Bereits 1992 hatte der Wissenschaftsrat in seinen Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums empfohlen, die Trennung von Vorklinik und Klinik aufzugeben und durch eine vollständige Integration beider Studienabschnitte zu ersetzen.

Wesentliches gemeinsames Merkmal dieser Studiengänge ist zudem das problemorientierte, fallbezogene Lernen in (optimalerweise) kleineren Gruppen. Auch sind die Prüfungen im Vergleich zu den Regelstudiengängen neu strukturiert und ausgestaltet – auch die Prüfungsformen sollen so erlerntes Wissen mit praktischen Fertigkeiten und diagnostischem Denken verknüpfen. Trotz mehr oder weniger unterschiedlicher Curricula der Reform- und Modellstudiengänge an den verschiedenen Hochschulen lassen sich weitere Gemeinsamkeiten bei den angewandten Methoden finden. So konzentriert sich der Unterricht stärker auf einzelne Körperteile bzw. einzelne Organe. Statt also die Themen histologisch, anatomisch, funktional und pathophysiologisch über mehrere Semester aufzuteilen, werden die Körperteile in Blöcken gelehrt und zusammenhängend in ver-

schieden Aspekten besprochen – diese Art der Lehre wird „Organ-zentriertes Lernen“ genannt.

Nach erfolgreichem Abschluss des 10. Semesters folgt, wie auch im Regelstudiengang, das Praktische Jahr (PJ) sowie die abschließende Ärztliche Prüfung. Das Zulassungsverfahren unterscheidet sich zwischen Modellstudien- und Regelstudiengängen nicht.

Alle Bewerbungen für die Humanmedizin



laufen online über die Plattform „Hochschulstart.de“ der Stiftung für Hochschulzulassung. Zu beachten ist aber: Ein Studienortswechsel kann sich schwierig gestalten, wenn man in einem Modellstudiengang studiert. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Studiengänge erschweren zunehmend die Möglichkeit, direkt in ein bestimmtes Semester an einer anderen Universität einzusteigen.

Nun mögen die reformierten Studiengänge zwar eine zeitgemäße Ausbildung ermöglichen, mehr Kapazitäten schaffen aber auch sie nicht automatisch. Dabei wären diese angesichts des sich immer stärker abzeichnenden Arztmangels dringend nötig (siehe auch Beitrag zur Bedarfsplanung auf Seite 12) Und das Interesse ist vorhanden: Zum Wintersemester 2018/19 bewarben sich auf die verfügbaren 9.232 Studienplätze über 43.000 potenzielle Nachwuchsmediziner.

Leider wird wohl auch der „Masterplan Medizinstudium 2020“ in absehbarer Zeit wenig an diesem Missverhältnis ändern. Dieser Masterplan wurde nach längerem Vorlauf im März 2017 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), der damaligen Bundesforschungsministerin Professorin Johanna Wanka (CDU) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder (GMK bzw. KMK) und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages beschlossen. Vorgehen sind unter anderem Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten, welche die Lehre stärker an der Vermittlung arztbezogener Fähigkeiten ausrichten und das besondere Augenmerk dem Arzt-Patienten-Gespräch widmen sollen.

Bezüglich der Kapazitätsfrage heißt es allerdings im Masterplan, man verzichte „zum gegenwärtigen Zeitpunkt darauf, die Forderung nach einer generellen Erhöhung der Studienplatzkapazität aufzugreifen“. Aktivitäten einzelner Länder, zusätzlich zu den Maßnahmen des Masterplanes an ausgewählten Hochschulen neue oder zusätzliche Kapazitäten für Studienanfängerinnen und -anfänger der Humanmedizin zu schaffen, begrüße man jedoch. Zudem wurde mit der Verabschiedung des Masterplans auch eine Expertenkommission eingesetzt, die insbesondere auch den strittigen Punkt der Finanzierung der Studienreform klären soll. Denn: Beim Beschluss des Masterplans hatten die Kultusminister der Länder ihre Zusage zur Reform einschränkend unter einen Finanzierungsvorbehalt gestellt. Diese Reformkommission soll noch dieses Jahr eine Analyse der Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten sowie einen Vorschlag zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorlegen.

Der politische Verzicht auf ein verpflichtendes Mehr an Studienplätzen wird unter anderem von der Bundesärztekammer äußerst kritisch gesehen. In der Tat hat sich bislang wenig getan: Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich im laufenden Wintersemester ein Plus bei den Studienplätzen von recht bescheidenen 0,6 Prozent – somit

konnten 56 Nachwuchsmediziner mehr ihr Studium antreten. Die Zahl der Bewerber stieg um 447.

Die Bundesärztekammer fordert deshalb, genau wie auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Hartmannbund, nachdrücklich, die Zahl der Studienplätze deutlich zu erhöhen – im Rahmen des 121. Deutschen Ärztetages im Mai dieses Jahres forderte das Ärzteparlament die Bundesländer auf, die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin um bundesweit mindestens zehn Prozent bereitzustellen.

„Arztstunden, ja Ärzte insgesamt sind knapp geworden. Das ist eine Tatsache. Wir fordern deswegen die Einrichtung weiterer Studienplätze. Hier sind die Länder in der Pflicht, nicht der Bund“, betonte Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.





Neue Muster in Sachen Schweigepflicht Der schweigsame Dritte – Teil II

Im HB-Magazin 01/2018 haben wir über die Einführung des „Gesetzes zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen“ berichtet und damit über die Klarstellung des Gesetzgebers, ob und in welchem Umfang Berufsgeheimnisträger Dritte für bestimmte Tätigkeiten in Anspruch nehmen und diesen Dritten

Zugang zu geschützten Daten gewähren können. Eine Befugnis zur Offenbarung gegenüber Dritten besteht dann, wenn deren Einbeziehung oder Mitwirkung für die ordnungsgemäße Durchführung der Tätigkeit von Berufsgeheimnisträgern erforderlich ist. Um diese Verringerung des Geheimnisschutzes zu kompensieren, wurden auch die mitwirkenden Personen selbst in die Strafbarkeit nach § 203 StGB einbezogen. Darüber hinaus wurden jedoch auch den Berufsgeheimnisträgern besondere Sorgfaltspflichten auferlegt.

Ärztinnen und Ärzte müssen nunmehr auch nachweislich dafür Sorge tragen, dass einbezogene Unternehmen oder Mitarbeiter in angemessenem Umfang schriftlich und detailliert zur Geheimhaltung verpflichtet wurden.

Um im Rahmen dieser durchaus anspruchsvollen Verpflichtungen praktische Hilfestellungen zu bieten, hat der Hartmannbund gemeinsam mit dem Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (Bitkom), der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), dem Bundesverband Gesundheits-IT e.V. (bvitg) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) entsprechende Muster entwickelt.

Hartmannbundmitglieder haben fortan die Möglichkeit, folgende Muster zur Umsetzung der veränderten rechtlichen Vorgaben in Sachen Schweigepflicht und Datenschutz abzurufen:

Muster für die Verpflichtung von Unternehmen (bei Auftragsverarbeitung)

Muster für die Verpflichtung von Unternehmen

Muster für die Verpflichtung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Muster Vertraulichkeitsverpflichtung nach Art. 28 Abs. 3 lit. b DSGVO

Bei Fragen hierzu wenden Sie sich gern an die **Rechtsabteilung des Hartmannbundes** recht@hartmannbund.de!

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



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



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTE.

Das innovative alfapump®-System Effektive Therapie des refraktären Aszites

Eine der häufigsten Komplikationen der Leberzirrhose ist die Entstehung von Aszites. Bei etwa 50–60 % der Leberzirrhose-Patienten entwickelt sich innerhalb von zehn Jahren Aszites, bei 10 % ein refraktärer Aszites. Therapieansätze bei Aszites sind je nach Schweregrad orale Diuretika, Parazentese, transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt (TIPS) und eine Lebertransplantation. Daneben kann die alfapump® implantiert werden. Dies wird bei Patienten empfohlen, bei denen TIPS nicht indiziert ist. Die Europäische Lebergesellschaft EASL (European Association for the Study of the Liver) hat das alfapump®-System zur Aszitestherapie nun auch in die EASL Clinical Practice Guidelines aufgenommen.

Es wird angenommen, dass die Anzahl von Patienten mit Leberzirrhose und Aszites deutlich zunehmen wird. Dies wird vielfach auf die zunehmende Prävalenz von nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung (NAFLD) und nicht-alkoholischer Steatohepatitis (NASH) zurückgeführt. Nicht alle Patienten erhalten jedoch rechtzeitig eine Lebertransplantation oder sind geeignete Kandidaten für TIPS. In den aktualisierten EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis wird daher gefordert, dass innovative Therapieansätze dringend erforderlich sind, um die Prognose dieser Patienten zu verbessern. Hier hat sich in den letzten Jahren die alfapump® etabliert.

Bauchwasserpumpe als neuartiger Therapieansatz

Die alfapump® ist eine innovative Option zur Behandlung des refraktären Aszites. Die operative Anlage der Bauchwasserpumpe ermöglicht die selbsttätige und kontinuierliche Abführung der Aszites-Flüssigkeit mittels Katheter aus der Bauchhöhle über die Harnblase. Das Verfahren bietet eine schonende Alternative zur wiederholten Para-

zentese. Das Aufladen der Pumpe erfolgt mithilfe des Smart Chargers und nimmt täglich nur ca. 20–30 Minuten in Anspruch, weitere Aktionen von Seiten des Patienten sind nicht erforderlich, da das Pumpensystem vollautomatisch arbeitet. Durchschnittlich fördert die Pumpe 1.000 ml/Tag (450–2.000 ml).

Anwendung des alfapump®-Systems in der Klinik

Dr. med. Nicolas Richter, Oberarzt der Klinik Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Medizinische Hochschule Hannover, implantiert die alfapump® seit 2012. Es werden vor allem Patienten behandelt, bei denen sich ein Aszites aufgrund einer Leberzirrhose entwickelt hat, die unter malignem Aszites leiden oder bei denen TIPS oder eine Lebertrans-



plantation kontraindiziert sind. Dabei wird häufig die Frage gestellt, wie lange die alfapump® eingesetzt werden kann. Die alfapump® kann das Fortschreiten einer Zirrhose nicht verhindern; bei einer stabilen, noch nicht dekompensierten Zirrhose kann ein Patient jedoch einige Jahre mit der Pumpe leben und die Zeit bis zu einer Lebertransplantation damit überbrücken, lautet hier die Antwort von Dr. Richter.

In Hannover wurde für das alfapump®-System zudem ein alternativer Peritoneal-Katheter entwickelt, der einige Vorteile bietet. So gewährleistet der Katheter durch sein „gekrümmtes“ Ende eine bessere Fixierung im Douglas-Raum und verhindert damit eine Dislokation. Das neue Schlauchsystem konnte auch bereits erfolgreich CE-zertifiziert werden und liegt inzwischen allen Pumpensets bei. Im Rahmen der Implantation der alfapump® gibt Dr. Richter zu bedenken, dass die Zirrhose für eine erfolgreiche Therapie noch nicht zu weit fortgeschritten sein darf, und auch bei einer deutlich eingeschränkten Nierenfunktion sei die alfapump® nicht indiziert. Auch die EASL Guidelines weisen darauf hin, dass im Rahmen einer Therapie mit dem alfapump®-System die Nierenwerte und kardiovaskulären Parameter regelmäßig untersucht werden müssen und auch die Technik hinsichtlich ihrer Funktion regelmäßig überprüft werden muss.



Das alfapump®-System wird durch einen minimalinvasiven Eingriff implantiert und pumpt überschüssiges Bauchwasser automatisch und kontinuierlich aus der Bauchhöhle in die Blase. Von dort wird es auf natürlichem Wege ausgeschieden.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.alfapump.com

Hauptversammlung zwischen KI und TSVG „Ob hip oder nicht, unsere Haltung ist gefordert.“

Der Dialog mit fachkundigen Exponenten der digitalen Zukunft des Gesundheitssystems und die kritische Auseinandersetzung mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik prägten die diesjährige Hauptversammlung des Hartmannbundes*. Klare Botschaft mit Blick auf beide Themenfelder: Die Ärzteschaft kann ihren Einfluss auf das Gesundheitssystem vor allem dann erfolgreich geltend machen, wenn sie sich den Herausforderungen kritisch und konstruktiv stellt und eigene Lösungsvorschläge entwickelt.

„Ob hip oder nicht, ob wir begeistert sind oder auch nicht, die Digitalisierung wird stattfinden und erfordert unser Know-how und die richtige Haltung“, zog der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, nach einer spannenden Diskussion mit Digitalexperten und Startups ein klares Resümee. Man müsse die Entwicklungen um Gesundheits-Apps und Künstliche Intelligenz gemeinsam mit Experten analysieren und sich mit den bevorstehenden Entwicklungen befassen, wolle man tatsächlich noch zum Mitgestalter werden. „Die Antworten auf diese Zukunftsfragen werden aller Voraussicht nach nicht von der Selbstverwaltung oder von den Kassen kommen, sondern von den weltweit agierenden Unternehmen. Patienten werden die Treiber der Entwicklung sein, und wir dürfen uns nicht abhängen lassen“, appellierte Rein-



hardt für eine aktive und konstruktive Position der Ärzteschaft. Auch wenn Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf die Entwicklung Künstlicher Intelligenz voraussichtlich ihr Wissensmonopol verlieren würden, so Reinhardt, sei die hier und da verbreitete Sorge eines Bedeutungsverlustes unbegründet. „Die individualisierte Anwendung von Wissen braucht auch weiterhin unverzichtbar den Arzt“, zeigte sich der Hartmannbundvorsitzende sicher.

Im Zentrum der aktuellen berufspolitischen Diskussion der Hauptversammlung stand zunächst die Auseinandersetzung mit

dem Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG). Völlig jenseits der zweifelhaften Sinnhaftigkeit vieler dort enthaltenen Regelungen – wie beispielsweise der Erhöhung der Praxisstunden auf 25 Wochenstunden – stelle das geplante TSVG vor allem einen erheblichen Eingriff in die ärztliche Selbstbestimmung und die wirtschaftliche Selbständigkeit in freiberuflicher Berufsausübung dar, kritisierte Reinhardt scharf. Das Gesetz schließe mit seinen kleinteiligen Regelungen nahtlos an die Tradition jahrelanger regulierender Ein- und Übergriffe des Gesetzgebers über das Sozialgesetzbuch V an. Die einzig angemessene Antwort auf Jahrzehnte derartiger Überregulierung könne nur eine Deregulierungsinitiative im Gesundheitswesen sein, für die das Bundesgesundheitsministerium unter Einbezug der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften und großer sektorenübergreifender freier Verbände die Federführung übernehmen müsse.

Einig waren sich die Delegierten der Hauptversammlung auch in ihrer Kritik an der zunehmenden Ausbildung konzernartiger Strukturen in der medizinischen Versorgung. Diese schränke die freie Arztwahl durch den Patienten und die Freiheit ärztlicher Berufsausübung ein, gefährde das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis und führe zur Fehlallokation der knappen und innerhalb des Solidarsystems aufgebrauchten Ressourcen.

*Während der Hauptversammlung haben wir Sie per Newsletter zeitnah informiert. Eine Übersicht über alle von der Hauptversammlung beschlossenen Resolutionen finden Sie [hier](#).

Hartmannbund-Stipendium 2019 vergeben



Jacqueline Krämer, Leiterin Privatkunden und Stellvertretende Direktorin der Bank Alpinum mit Cihan Atila und Johanna Sophie Ellensohn sowie Klaus Rinke, Vorsitzender der Friedrich-Thieding-Stiftung (v.l.)

Die Friedrich-Thieding-Stiftung hat während der Hauptversammlung des Hartmannbundes, das „Hartmannbund-Stipendium“ für sehr gute Leistungen im Medizinstudium und einem gleichzeitig außerordentlichen ehrenamtlichen Engagement an Johanna Sophie Ellensohn und Cihan Atila verliehen. Die Förderzeit beträgt ein Jahr. Die Vergabe des Stipendiums erfolgt mit freundlicher Unterstützung der Bank Alpinum, Liechtenstein.

Weitere Informationen unter www.hartmannbund.de/stiftungen/fts/aktuelles

Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes vergeben „Sterben verboten? Wie Hightech-Medizin den Tod verändert“

Der Hartmannbund hat den Film „Sterben verboten? Wie Hightech-Medizin den Tod verändert“ der Autorin und Regisseurin Renate Werner mit seinem diesjährigen Film- und Fernsehpreis ausgezeichnet.

Der Film, erstmalig ausgestrahlt im Dezember 2017 in der ARD, wurde vom WDR produziert und aus 45 eingesandten Beiträgen ausgewählt. Er greift ein hochaktuelles Thema auf, die Behandlung von schwerstkranken Patienten – zwischen Ethik und Ökonomie, zwischen Übertherapie und Mangel an gemeinsamen Gesprächen, an Aufklärung und an Entscheidungen, und er stellt die Rolle der Hochleistungsmedizin mit vielen Details in Frage. Der Film macht aber auch Mut, zeigt an verschiedenen Beispielen Alternativen auf, auch, was engagierte Ärzte und Patientenbetreuer erreichen können, wenn sie den absurden Kreislauf zwischen Altenheimen und Akutkrankenhäusern unterbrechen und übliche Vorgänge hinterfragen. Und er ermutigt zu einem „liebvollen Unterlassen“, zu einer Medizin, die das Zuhören wiederentdeckt.

Die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und die wachsende Bedeutung ökonomischer Vorgaben führen zunehmend dazu, dass Ärztinnen und Ärzte

in ihrem Arbeitsalltag in einen Konflikt zwischen Patientenwohl und ökonomischen Anforderungen und Rahmensetzungen geraten. Dieser Konflikt zwischen Berufsethos und Berufsalltag ist für jede Ärztin, jeden Arzt nur schwer zu ertragen. Wie schwer wiegt er aber für die Betroffenen und deren Angehörige? Es geht nicht nur um Evidenzbasiertheit und Ressourcennutzung, es geht auch um Menschlichkeit“, so der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt.

Der Film hat die Jury zudem durch seine gelungene Dramaturgie und seine Bilder sowie durch die außergewöhnlich sensible Kameraführung von Hubert Schick, zusammen mit Sabine Filser, überzeugt. Die Jury stellt berührt fest: Dieser Film geht unter die Haut, er löst viele Gedanken und Gespräche aus, die wichtig und notwendig sind, aber meistens verdrängt oder aufgeschoben werden. Dieser Film war überfällig. Er geht uns alle an. Der Autorin ist mit dem Film ein

weiteres Meisterwerk gelungen. Renate Werner ist eine exzellente Kennerin des Gesundheitswesens. Sie beleuchtet die verschiedenen Facetten und falschen Anreize, die zu Fehlentwicklungen geführt haben. Dazu gehört auch der Druck von Angehörigen auf Ärzte, nichts unversucht zu lassen. Ihr Film ist nie einseitig, nie anklagend. Und sie scheut keine heiklen Fragen und klaren Aussagen.

Der Film- und Fernsehpreis wurde im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes an die Autorin Renate Werner verliehen.



Dr. Klaus Reinhardt im Gespräch mit Preisträgerin Renate Werner

LDV in Nordrhein Tour d'Horizon und Resolutionen



Der engere Vorstand des Landesverbandes Nordrhein mit Hartmannbund-Mitgliedern, die für ihre langjährige Mitgliedschaft geehrt wurden.

Auf der diesjährigen Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein in Düsseldorf stand neben einer Tour d'Horizon durch die aktu-

elle Gesundheitspolitik durch den Landesvorsitzenden und Stellvertretenden Bundesvorsitzenden Dr. Stefan Schröter auch die Verabschiedung von fünf Resolutionen im Mittelpunkt.

Die Delegierten begrüßten u. a. die Initiierung des sog. „Klinik-Codex“, aus dem nun der „Arzt-Codex“ als Wegweiser ärztlichen Handelns sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung in der Medizin entwickelt werden soll. Ebenso begrüßten die Delegierten die Bemühungen der nordrhein-westfälischen Landesregierung, die Bereitstellung von Krankenhausinvestitionskosten durchgreifend zu verbessern und den stationären Sektor im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung weiterzu-

entwickeln, und zwar gezielt und schwerpunktbildend unter Vermeidung eines kanibalisierenden Wettbewerbs zwischen den einzelnen Krankenhäusern bei redundant vorgehaltenen Leistungsangeboten.

Außerdem forderten die Delegierten Personaluntergrenzen nicht nur für das Pflegepersonal, sondern auch für den ärztlichen Bereich im Krankenhaus, da bei der Bemessung von Stellenplänen und Personalbudgets Pfleger und Ärzte nicht in Konkurrenz zueinander gebracht werden dürfen. Weiterhin wurde die zunehmende Ausbildung konzernartiger Strukturen in der medizinischen Versorgung in Form nicht-ärztlich getragener MVZ abgelehnt, da sie die freie Arztwahl und die Freiheit ärztlicher Berufsausübung einzuschränken drohe.

Nahtkurs für Studierende Erfolgreichstes Elective feiert sein 40. „Jubiläum“



Erfolgreiches Team: Dr. Sören Könniker (l.) und Dr. Martin Panzica

Als Dr. Sören Könniker aus der Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie 2008 seinen ersten Nahtkurs für Studierende in der MHH

derherstellungschirurgie 2008 seinen ersten Nahtkurs für Studierende in der MHH

Caféte (heute „Wohnzimmer“) gab, war er selber noch Student. Heute findet das Angebot monatlich im SkillsLab der MHH mit Möglichkeiten zur Vor- und Nachbereitung über die ILIAS Plattform der MHH statt und wird dabei mittels EvaSys über das Studierendekanat durch die Teilnehmer evaluiert. In diesem Herbst fand nun der 40. Nahtkurs mit 15 Studierenden statt.

Damit haben inzwischen bereits rund 600 Studierende an Knotenbrettern, Kunsthaut und Schweinepfoten die ersten chirurgischen Fertigkeiten gelernt und üben können. Dabei wird Dr. Könniker seit 2015 auch von Dr. Martin Panzica aus der Unfallchirurgie unterstützt.

Neben dem Angebot an der MHH fanden mit Unterstützung des Hartmannbundes ebenfalls Nahtkurse für Studierende aus dem Universitätsklinikum Göttingen und Oldenburg sowie auf dem Chirurgenkongress in München statt.

Hartmannbund-Preis für Dr. Matthias Lukas Zuchowski und Dr. Robin Thomas Hohe Bedeutung für die ärztliche Berufsausführung

Im April 2008 wurde der Hartmannbund-Preis im Rahmen der Akademischen Abschlussfeier der SRH Fernhochschule – The Mobility University zum ersten Mal verliehen – Dr. Kuno Winn, damaliger Vorstandsvorsitzender des Hartmannbundes übernahm damals die Preisübergabe. In der Zwischenzeit wurden zahlreiche Absolventinnen und Absolventen für die innovativste Abschlussarbeit im Bereich Gesundheitsmanagement in deren Abschlussjahr prämiert. So zum Beispiel Dr. med. Bastian Oliver König für seine Master-Thesis mit dem Titel „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Spannungsfeld struktureller Gegebenheiten – Eine Untersuchung zu Erfolgsfaktoren am Beispiel der Arzt-Patient Kommunikation im Gesundheitswesen Österreich“ oder 2015 Johannes Braun und Mathias

Kubek für ihre Gemeinschaftsarbeit „Positionierung von Managementgesellschaften in der Integrierten Versorgung.“

In diesem Jahr ging der mit 500 Euro dotierte Preis an Dr. Matthias Lukas Zuchowski und Dr. Robin Thomas, Absolventen im Master-Studiengang Health Care Management (M.A.).

Das Thema ihrer gemeinsamen Master-Thesis war: „Evaluation der Vernetzung von operativ und konservativ tätigen medizinischen Versorgungszentren durch systematische Stakeholderanalyse – ein praxisorientierter Ansatz zur Entwicklung eines Managementinformationssystems für die

strategische Unternehmenssteuerung eines MVZ“ und wurde aufgrund der hohen Bedeutung für die ärztliche Berufsausführung ausgewählt.

Im Rahmen der akademischen Abschlussfeier der SRH Fernhochschule wurde der Preis von Klaus Rinkel, Mitglied Geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes und Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg verliehen.

Der Hartmannbund beglückwünscht die Preisträger zu ihrer herausragenden Leistung und zum erfolgreichen Abschluss ihres Masterstudiums!



Prof. Dr. Marco Halber, Studiengangsleiter Health Care Management, Klaus Rinkel, Mitglied des GFV des Hartmannbundes, Dr. Matthias Lukas Zuchowski, Preisträger des Hartmannbund-Preis 2018, Prof. Dr. Ottmar Schneck, Rektor der SRH Fernhochschule (v.l.)

Ehrung für Dr. Dietrich Banzer



Der Hartmannbund hat Dr. Dietrich Banzer mit der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet und damit sein großes Engagement für die deutsche Ärzteschaft und für den Hartmannbund gewürdigt. Dietrich Banzer ist ein berufspolitisch noch immer sehr engagierter Arzt, der sich mit Sachkompetenz und Einsatz um sein Fachgebiet Radiologie, um die ärztliche Weiterbildung und die ärztliche Fortbildung verdient gemacht hat. Sein Engagement für die Interessen und die Einheit der Ärzteschaft ist beispielgebend, heißt es in der Laudatio. Die Urkunde übergab HB-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt.

Mehr auf www.hartmannbund.de.

Hamburg: HB-Spitze jetzt in der Kammer- versammlung

Hamburg ist für den Hartmannbund bei den Wahlen zur Kammerversammlung traditionell ein schwieriges Pflaster. Vor diesem Hintergrund dürfen die 3,62 Prozent für den HB durchaus als respektabel gesehen werden, ist es immerhin eine Verdoppelung des letzten Ergebnisses. Auch die Zahl der Sitze konnte auf zwei erhöht werden. Für den Hartmannbund sitzen jetzt sein Hamburger Vorsitzender Dr. Clemens Rust (oben) und sein Stellvertreter Prof. Dr. Volker Harth in der Versammlung.



Spannende Einblicke ins „Digitale Lernen“

Spannende Einblicke ins „Digitale Lernen“, intensive Diskussionen zum Thema (mehr) Studienplätze, Erfahrungsberichte der Univertreter des Hartmannbundes und ein etwas außergewöhnliches Fotoshooting prägten (kurz vor Redaktionsschluss) die Herbstsitzung des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Den letzten Schliff erhielt zudem mit „Mission and Vision“ die Agenda für die künftige Arbeit des Ausschusses. Mehr Details zu den Projekten der Medizinstudierenden gibt es demnächst an dieser Stelle, auf der Homepage, per Newsletter oder bei Facebook!



Ein Fotoshooting der etwas anderen Art. Die Ergebnisse gibt's im neuen Jahr



STAATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE



MANAGEMENT-KNOW-HOW IM FERNSTUDIUM

KOOPERATION MIT DEM HARTMANNBUND




Durch ständig wechselnde Rahmenbedingungen steigen die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte. Kombinieren Sie Ihre Fachkompetenz mit Managementwissen als Grundlage für nachhaltigen Erfolg und den Karriereweg nach ganz oben.

Hochschulzertifikate für Ärztinnen und Ärzte:
Operative Führung | Strategische Führung | Controlling

Master-Studiengang für Ärztinnen und Ärzte:
Executive MBA

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

IHRE TRÄUME. UNSER ANTRIEB.

Willkommen bei MSG – Ihrem Anbieter für Medizintechnik und Praxisbedarf

Die MSG, Medizinische Geräte, Handel und Service Gesellschaft mbH ist seit 35 Jahren kompetenter Fachhändler für Praxisbedarf, Sprechstundenbedarf, Notfallausrüstung und Medizinprodukte aller Art und bietet Ihnen die Komplettprogramme mit der damit verbundenen hohen Qualität namhafter Marken und Hersteller, wie z. B. Littmann, B.Braun, BSN medical, Heine, Erka, Haerberle oder Hartmann und viele mehr.

Bei uns arbeiten engagierte Mitarbeiter die mit sich viel Fachwissen um Ihre Belange kümmern. Unser Einkauf ist permanent auf der Suche, für Sie neue, Innovative Produkte zu entdecken um sie Ihnen vorzustellen und altbewährtes und bekanntes noch preisgünstiger zu beschaffen. „Gemeinsam sind wir stark“ – so lautet unsere Einkaufsphilosophie, denn durch intensive, deutschlandweite Kooperationen mit verschiedenen Partnerfirmen und namenhaften Herstellern sind wir in der Lage, Ihren medizinischen Materialbedarf in einer großen Einkaufsgemeinschaft zu besonders günstigen Konditionen zu beziehen.

Diesen Preisvorteil geben wir gerne an Sie weiter. Durch unser hauseigenes Lager verfügen wir über eine hohe Lieferfähigkeit.

Wir verfügen im Rahmen unserer Großhandelserlaubnis für Arzneimittel über ein eigenes QM-System. Dies gewährleistet einen gleichbleibend hohen Standard bei der Bearbeitung und Auslieferung Ihrer Bestellungen. Sie finden bei der MSG einen qualifizierten Beratungsservice, der Sie bei der Auswahl der Produkte unterstützt, technische Fragen beantwortet und zu Fragen des Hygienemanagements (kostenlos) berät. Das bestätigen weit über 25.000 zufriedene Kunden.

Unser Shopsystem, mit dem wir 2006 als einer der Pioniere unserer Branche den Online-Verkauf von Medizinprodukten gestartet haben, hat sich stetig weiterentwickelt und sich den sich ständig ändernden Anforderungen angepasst. Es zeichnet sich durch höchstmögliche Sicherheit und eine hohe Zuverlässigkeit und Geschwindigkeit aus. Unsere Versandpartner sind UPS und DHL. Sie haben die Möglichkeit anzugeben, welcher

Paketdienst Sie beliefern soll.

Unser Angebot für Hartmannbund-Mitglieder:

Als Mitglied des Hartmann-Bundes erhalten Sie auf Online-Bestellungen 10% Rabatt auf unsere ausgewiesenen Preise. Profitieren Sie nochmals durch einen Rabatt auf unsere günstigen Preise ohne auf einen guten Service zu verzichten.

Es ist ganz einfach. Am Ende einer Bestellung müssen Sie nur einen Gutscheincode aktivieren, welcher dauerhaft für Sie zur Verfügung steht. So können Sie online immer und überall die Preisvorteile ausschöpfen. Testen und fordern Sie uns. Wir versprechen unser Bestes zu geben, damit Sie zufrieden sind.

www.msg-praxisbedarf.de

MSG
MED. GERÄTE, HANDEL
UND SERVICE GMBH



PVS holding – Ein starker Partner für die Abrechnung in Praxis und Klinik

PVS holding
GEMEINSAM BESSER.

Spezialisiert auf die Abrechnung im Gesundheitswesen steht die Unternehmensgruppe PVS holding für eine korrekte Abwicklung privater und gesetzlicher Forderungen für niedergelassene Ärzte, Chefärzte und Kliniken. Seit über 90 Jahren sorgt sie mit ihren Tochterunternehmen PVS rhein-ruhr, PVS berlin-brandenburg-hamburg, PVS bayern und PVS pria bundesweit in 14 Geschäftsstellen mit rund 10.000 Kunden für eine rechtskonforme und leistungsgerechte Abrechnung ärztlicher Honorare und bietet damit die Sicherheit, die dieser Bereich erfordert.

Daneben fungiert die PVS holding entsprechend der Entwicklung im Gesund-

heitssystem zunehmend als strategischer Partner, der umfassende Beratungs-, Service- und Finanzdienstleistungen bietet. Neben gewinnbringenden Services wie der Vorfinanzierung der Honorare, dem umfangreichen Seminar- und Coaching-Angebot oder dem Patientenportal setzt die Unternehmensgruppe mit ihrem Online-Kundenbereich neue Maßstäbe.

Digitale Herausforderungen sicher bewältigen mit PVS dialog – dem Online-Portal für den gesamten Abrechnungs-Prozess

Mit PVS dialog bietet die PVS holding ein innovatives Kommunikations- und Auswertungsportal, in dem alle Informationen zur Abrechnung jederzeit abrufbar sind: von der Übertragung der Abrechnungsdateien, über die Visualisierung von Rechnungsstellung und Forderungsmanagement, bis zur

Übersicht der Zahlungsströme.

Darüber hinaus liefert das Online-Portal fundiertes Zahlenmaterial rund um den gesamten Abrechnungs-Bereich und sorgt damit für maximale Transparenz. So wird z. B. in der Controlling-Sicht die aktuelle und prognostizierte Geschäftsentwicklung im Vergleich zum Vorjahr visualisiert. Mit dieser Gegenüberstellung können Abweichungen in den Erlösen frühzeitig aufgedeckt und Bereiche für eine tiefer gehende Analyse identifiziert werden. Aussagestarke Management-Reports ermöglichen es dabei, Potenziale zu erkennen und so die Wirtschaftlichkeit der Praxis oder Klinik zu verbessern.

Nutzen Sie das Kooperations-Angebot!

Als Mitglied des Hartmannbundes profitieren Sie von attraktiven Vorzugskonditionen für den umfassenden Service.

Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 1025300.



Was beschäftigt derzeit die Finanzmärkte Vermögensverwaltung war nie anspruchsvoller als heute. Die Liechtensteinische Bank Alpinum nimmt diese Herausforderung gerne an.

BANK ALPINUM

Deutschland ist für Liechtensteins Banken, Versicherungen, Vermögensverwalter, die Fondsindustrie und den Treuhandsektor ein wichtiger Markt. Als Mitglied des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) setzt Liechtenstein europäische und globale Standards in Aufsicht und Regulierung um. Mit der FMA-Finanzmarktaufsicht Liechtenstein – verfügt Liechtenstein über eine international anerkannte und auf globaler und europäischer Ebene voll integrierte Finanzmarktaufsichtsbehörde. Anfangs Oktober 2018 fand in Berlin zwischen Vertretern der Bundesministerien der Finanz-

wirtschaft des deutschen Bundestags und hochrangigen Vertretern der FMA sowie der Liechtensteinischen Regierung ein Gespräch über die Entwicklungen im Finanzmarktsektor statt. Neben regulatorischen und aufsichtsrechtlichen Themen der Finanzmärkte wurde auch über FinTech und Digitalisierung gesprochen. Die Bank Alpinum setzt auf individuelle Ansprache der Kunden und pflegt einen konservativen Anlagestil, verwaltet die Vermögen kundenorientiert und risikobewusst und agiert transparent. Unser Anlageprozess ist eine Synthese der gesamtwirtschaftlichen und

der unternehmensspezifischen Entwicklungen.

Frau Jacqueline Krämer – Leiterin Privatkunden – steht Ihnen für eine unverbindliche Beratung zur Verfügung.

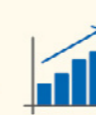
Sie erreichen Sie unter Tel.-Nr. 00423 239 62 33 oder unter jacqueline.kraemer@bankalpinum.com.

Die Bank Alpinum freut sich auch dieses Jahr wieder einen Beitrag an die Stipendiaten zu leisten welche im Rahmen der Friedrich-Thieding-Stiftung durch das Hartmannbund-Stipendium gefördert und unterstützt werden.

STABILITÄT UND SICHERHEIT



Mit dem Schweizer Franken als Währung und seiner politischen Stabilität wurde das Land mit dem höchsten Länderrating von AAA ausgezeichnet.



21.3% beträgt die durchschnittliche Tier 1 Capital Ratio der liechtensteinischen Banken – damit zählen sie zu den bestkapitalisierten Banken in Europa und weltweit.

VORTEILHAFTES UMFELD FÜR UNTERNEHMEN



Direkter Zugang zu zwei Wirtschaftsräumen: Schweiz (Zoll- und Währungsunion) und zum EWR. Mit dem EWR-Marktzugang können über 500 Millionen potenzielle Kunden erreicht werden.

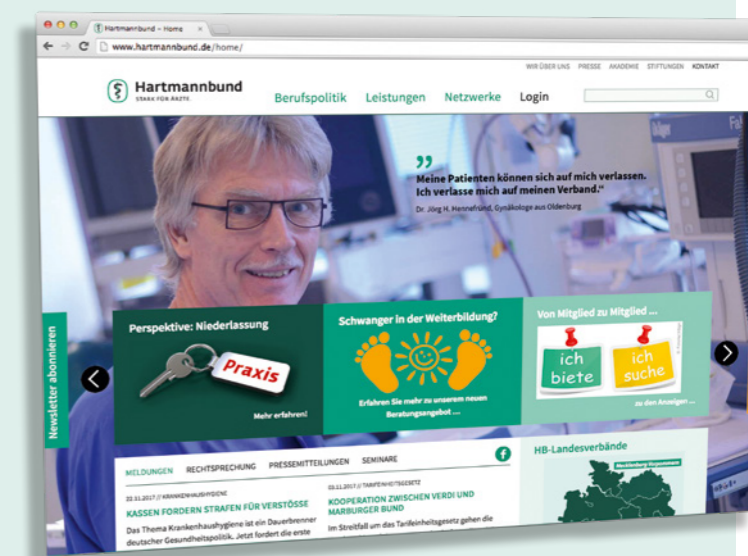


Für alle liechtensteinischen Finanzmarktteilnehmer gelten dieselben rechtlichen Voraussetzungen wie in der EU. Mit einer 98.9%igen Umsetzungsquote von EU-Binnenmarkt Richtlinien nimmt Liechtenstein eine Vorbildfunktion ein.

Quellen: Medienmitteilung FMA vom 11.10.18 sowie Liechtensteinischer Bankenverband 2016

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?

www.hartmannbund.de



Den Rücken frei von rechtlichen Sorgen

Ärzte tragen jeden Tag eine große Verantwortung – einen Rechtsstreit kann also kein Mediziner gebrauchen. Doch die rechtlichen Risiken sind zahlreich: Ob Auseinandersetzungen mit Angestellten, Streit wegen Honoraren oder Vorwürfe wie fahrlässige Körperverletzung. Seit Mai 2018 gibt es zudem eine weitere Unsicherheit: Mögliche Verstöße gegen die neue europäische Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Die gute Nachricht: Mitglieder des Hartmannbundes können sich vor all diesen Risiken schützen – zu exklusiven Vorteilsbedingungen.

Dr. Paul K. ist Allgemeinmediziner mit eigener Praxis in Köln. Im September 2018 erhält er ein Schreiben der Landesdatenschutz-Behörde: Ein Patient habe sich beschwert, dass sein Antrag auf Löschung seiner personenbezogenen Daten von K.'s Praxis nicht bearbeitet worden sei. Die Behörde nimmt daraufhin die Ermittlungen auf und stellt fest, dass der Arzt tatsächlich gegen das „Recht auf Löschung“ nach Artikel 17 der EU-DSGVO verstoßen hat. Sie erhebt Klage gegen ihn.

Exklusiver Rechtsschutz für Mitglieder des Hartmannbundes: Fälle wie dieser zeigen, dass rechtliche Risiken für Mediziner allgegenwärtig sind. Viele Ärzte werden im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit mindestens

einmal in einen Rechtsstreit involviert. Mit Inkrafttreten der DSGVO hat sich die Situation nochmals verschärft: Wenn unerlaubt sensible Patientendaten weitergeben oder unbewusst die Pflichten der Datenschutzbestimmung verletzt werden, drohen empfindliche Bußgelder. Diese belaufen sich auf bis zu 20 Millionen Euro oder bis zu vier Prozent des Vorjahresumsatzes. Daher zahlt es sich aus, mit einem passenden Versicherungsschutz für diese Situation gewappnet zu sein.

Mitglieder des Hartmannbundes nutzen dafür vielfach die Versicherungslösungen der DÄF Deutsche Ärzte Finanz (Berufshaftpflicht) und ihres Partners ROLAND Rechtsschutz. Im Rahmen ihrer langjährigen Kooperation haben die Versicherer Lösungen entwickelt, die optimal auf den Bedarf von Ärzten abgestimmt sind. Verbandsmitglieder profitieren zudem von exklusiven Vorteilsbedingungen: Der Rahmenvertrag zwischen DÄF, Hartmannbund und ROLAND beinhaltet einen Rabatt von 10 Prozent und passt sich immer automatisch auf die aktuellen Tarife an.

Rechtliche Absicherung für Ärzte – auch vor den Rechtsrisiken der DSGVO: Grundsätzlich können sich Ärzte bei ROLAND die ideale Absicherung für ihre Bedürfnisse aussuchen – ob für ihre berufliche oder die private Risikosituation. Sowohl für niedergelassene als auch für angestellte Ärzte gibt es unterschiedliche Bausteine,



die in der Basis-Absicherung oder im Premium-Schutz abgeschlossen werden können. Die Rechtsrisiken der EU-DSGVO sind in weiten Teilen bereits durch den Baustein „Ärzte“ abgesichert. Dieser beinhaltet einen Daten-, Verwaltungs-, Ordnungswidrigkeiten- und Straf-Rechtsschutz. Daneben bietet das Produkt „Jurdata“ eine erweiterte Deckung. So greift der enthaltene Versicherungs-Vertrags-Rechtsschutz zum Beispiel, wenn die Praxis Opfer eines Hacker-Angriffs wurde und Deckungsansprüche aus einer bestehenden Cyber-Police rechtlich durchsetzen möchte. Zudem unterstützt Jurdata, wenn ein Arzt selbst Schadenersatz verlangen möchte, weil seine personenbezogenen Daten einem Dritten zugänglich gemacht wurden.

Noch mehr Vorteile im Bausteintarif: Dieses modulare und bewährte Bausteinangebot ist neu für Ärzte: In diesem Jahr hat ROLAND das bisherige Versicherungsangebot mit den Produkten Kompakt bzw. KompaktPlus darauf umgestellt. Der neue Bausteintarif bietet den Versicherten zahlreiche Vorteile: Ab sofort ist noch mehr durch den Versicherungsschutz abgedeckt. Unter anderem sind eine gelegentlich selbstständige Tätigkeit (Gutachter- sowie Beratungstätigkeiten bis 36 mal pro Jahr, Bereitschafts- und Notdienste bis 48 mal pro Jahr), Rechtsstreitigkeiten rund um die Einrichtung und Erhaltung der Praxisräume (z. B. Auseinandersetzungen mit Handwerkern oder Reinigungsdiensten) sowie Arbeits-Rechtsstreite, sofern dafür keine andere Versicherung greift (subsidiärer Arbeits-Rechtsschutz), mit versichert. Dank der neuen Niederlassungsklausel gilt der Versicherungsschutz auch bei nicht erfolgter Niederlassung. Und für niedergelassene Ärzte ist der Steuer-, Sozial- und Verwaltungs-Rechtsschutz bereits in der Standard-Absicherung enthalten. Mitglieder des Hartmannbundes, die in der Vergangenheit einen Kompakt- oder KompaktPlus-Tarif abgeschlossen haben, können diesen einfach auf das neue Modell umstellen lassen.

Denn ganz gleich, ob mit einer „alten“ oder „neuen“ ROLAND-Police: Mit einem passgenauen Rechtsschutz bleibt der Rücken frei für die verantwortungsvolle Aufgabe als Mediziner.

Leistungsarten	ÄRZTE	STANDORT-GEWÄHR	JURDATA
Daten-Rechtsschutz ▪ Ihr Patient beantragt die Löschung seiner personenbezogenen Daten ▪ Sie übermitteln persönliche Daten Ihres Patienten an einen Arztkollegen zur Weiterbehandlung	✓		✓ (BDSG & DSGVO EU)
Verwaltungs-Rechtsschutz ▪ Die Datenschutz-Aufsichtsbehörde stellt anhand einer Patientenbeschwerde einen Verstoß gegen die DSGVO fest und erhebt Klage	✓		✓
Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz ▪ Die Datenschutzerklärung auf der Website und auf den Plattformen von sozialen Netzwerken der Praxis ist nicht korrekt dargestellt und formuliert	✓	✓	✓
Straf-Rechtsschutz ▪ Ein Mitarbeiter aus der Praxis gibt Patientendaten unberechtigt weiter und es drohen durch diesen Verstoß eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren	✓		✓

Jetzt neu: Absicherung vor Rechtsrisiken der DSGVO

Ärzte haben täglich mit sensiblen Patientendaten zu tun – und können damit auch gegen die neuen Auflagen und Pflichten der DSGVO verstoßen. ROLAND Rechtsschutz bietet dafür den rechtlichen Rundum-Schutz. Ihr DÄF-Repräsentant und Ihr ROLAND-Kundenservice beraten Sie gern dazu.

Interview mit Prof. Marco Halber Die Ökonomie ist der Co-Pilot des modernen Arztes

Ob als Praxisinhaber, Führungsverantwortlicher in Kliniken oder Gestalter von Gesundheitsunternehmen, Mediziner müssen sich immer häufiger mit ökonomischen Fragen auseinandersetzen. Im Medizinstudium allerdings deutlich zu kurz und entsprechen nicht mehr den heutigen Anforderungen: Die Krankenkassen werden zunehmend zu Gestaltern des Gesundheitsmarktes, und Begriffe wie „Pay-For-Performance“ machen die Runde.

Mit diesen Herausforderungen kennt sich auch Prof. Dr. med. Marco Halber, Studiengangsleiter „Executive MBA für Ärztinnen & Ärzte“ an der SRH Fernhochschule, aus. Als ehemaliger Geschäftsführer eines Tumorzentrums und eines Krankenhauses verfügt er über langjährige Praxiserfahrung. Für seine Kollegen hat er eine klare Empfehlung: Wer den Durchblick behalten will, muss das System verstehen, damit die enorme Arbeit auch wirtschaftliche Früchte trägt.

Im Interview stellt Prof. Halber den speziell für Mediziner entwickelten Studiengang vor, der Ärzten das nötige betriebswirtschaftliche Know-how vermittelt.

Skizzieren Sie uns doch bitte mit ein paar kurzen Worten den Studiengang.

Prof. Halber: Der „Executive MBA für Ärztinnen und Ärzte“ ist ein zweisemestriger Master-Studiengang, der nach Abschluss den international anerkannten Titel „MBA“ verleiht. Durch das flexible Fernstudienkonzept der SRH Fernhochschule ist es gut möglich, das Studium neben Beruf und Familie zu bewältigen.

An wen genau richtet sich der Studiengang?

Prof. Halber: Jeder, der ein Humanmedizin-Studium bewältigt hat und Fachkompetenz im Bereich der Gesundheitsökonomie erwerben oder ausbauen möchte, kann sich mit dem Studiengang weiterbilden.

Der Executive MBA wurde speziell für Ärzte entwickelt. Welche Inhalte werden dabei konkret vermittelt?

Prof. Halber: Unser Studiengang vermittelt die wirtschaftswissenschaftlichen Grundkenntnisse für eine erfolgreiche Ma-

nagement-Tätigkeit im Gesundheitswesen. Wir vermitteln unter anderem Wissen zu den Themen: Managementlehre, Entgeltsysteme, Projekt- und Changemanagement, Controlling sowie Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Zu meinen Studierenden sage ich immer: Nur wer weiß, was ein Deckungsbeitrag ist, hat die Chance, aus dem Mehrleistungs-Hamsterrad auszubrechen.

Der Studiengang ist auf zwei Fachsemester angelegt. Warum wurde dieser so kompakt konzipiert?

Prof. Halber: Ganz einfach: Ärzte haben vergleichsweise wenig Zeit, aber hohe analytische Intelligenz. Daher können wir die Inhalte kompakt anbieten.

Der Studiengang ist in Kooperation mit dem Hartmannbund entstanden. Wie passt dies zusammen?

Prof. Halber: Der Hartmannbund ist für uns ein erfahrener und starker Partner – schon in der Konzeption. Als private Hochschule stehen wir der freien ärztlichen Berufsausübung sowieso sehr positiv gegenüber. Das passt zur Management-Ausrichtung des Studienganges.

Und welche Vorteile haben die Mitglieder des Hartmannbundes von der Kooperation?

Prof. Halber: Jedes Hartmannbund-Mitglied genießt einen Rabatt von 20 Prozent auf die Studiengebühren. Aus Sicht der Hochschule ist das ein großzügiges Entgegenkommen und für die Mitglieder ein großer finanzieller Vorteil.

Welche Karrieremöglichkeiten eröffnet das Fernstudium nach dem Abschluss?

Prof. Halber: Das Studium ermöglicht den Absolventen eine Karriere als Entscheider im Gesundheitswesen. Viele unserer Absolventen verbessern sich beruflich oder nehmen die Chance auf einen Wechsel ihrer Karrieren wahr. Manche sehen die vielfältigen Inhalte des Studiums auch als geistige Herausforderung, sich mit den ökonomischen Hintergründen einmal gründlich auseinanderzusetzen. Viele Studierende berichten mir auch immer wieder, wie sehr sie von dem beruflichen Netzwerk profitieren, das sie mit dem Studium aufbauen.



Gibt es noch andere Weiterbildungsangebote für Mediziner an der SRH Fernhochschule?

Prof. Halber: Ja für alle, die nicht gleich studieren möchten, bietet die SRH Fernhochschule drei Managementzertifikate an. Das Zertifikat „Operative Führung“ behandelt die Themen Projekt- und Change-Management sowie Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. Mit dem Zertifikat „Strategische Führung“ erwerben Mediziner das notwendige Know-how im Bereich der Betriebswirtschaftslehre und dem strategischen Management im Gesundheitswesen. Die Entgeltsysteme sowie die Finanzierung und Controlling-Methoden stehen im Zertifikat „Controlling“ im Fokus. Alle drei Zertifikate sind auf sechs Monate angelegt und können auf das MBA-Studium angerechnet werden. Die Studierenden profitieren dabei von dem online-basierten, flexiblen Bildungsangebot, das sich optimal an jede Lebenssituation anpassen lässt.

Herr Prof. Halber, gibt es zum Abschluss noch etwas, das Sie unseren Lesern mit auf den Weg geben möchten?

Prof. Halber: Ja, auf jeden Fall. Ich kann jedem garantieren: Die Investition in die eigene Bildung ist zukunftssicher, ganz egal, wohin sich das Gesundheitssystem entwickelt!

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

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Katrine Manecke/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Katrine Manecke

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-16

Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

GESUCHT/ABZUGEBEN

Nachfolgerin/Nachfolger für Gemeinschaftspraxis (Hausarztpraxis)

Aufgrund einer schweren Erkrankung, deren Verlauf noch nicht absehbar ist, suche ich eine Vertreterin/Vertreter für meinen Teil einer Gemeinschaftspraxis (Hausarztpraxis) evtl. schon ab 01.10.18. Auch eine Praxisübernahme wäre möglich. Mein Kollege arbeitet als hausärztlicher Internist, ich selbst bin Allgemeinmediziner. Die Praxis ist hochmodern eingerichtet, barrierefrei, Ultraschall, Inhalationen, LZ-RR-Messung, Belastungs-EKG, Hausbesuche, Betreuung von zwei Pflegeheimen. Alle Schulen am Ort, Freizeitangebote ideal. Die Praxis befindet sich ca. 12 km von Rottweil und ca. 20 km von Tuttlingen entfernt.

Kontakt über Telefon: 07423 / 810 256 (Frau Stief)

Facharzt/-ärztin für Neurologie oder Nervenheilkunde gesucht

Facharzt/-ärztin für Neurologie oder Nervenheilkunde gesucht. Festanstellung oder auf Honorarbasis TZ oder VZ in München Stadt. Wir sind ein familiäres ambulantes Gesundheitszentrum mit MS Schwerpunkt. Arbeitszeiten sind flexibel, übertarifliche Bezahlung.

Bitte melden Sie sich unter 0151/24144348 oder dr.cindik@gmail.com

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis abzugeben

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis aus Altersgründen abzugeben.

Doppelpraxis in der Nähe von Leipzig und Halle kann insgesamt (2 KV Sitze) oder auch einzeln oder zeitlich versetzt, ab sofort abgegeben werden. Gute Lage, gute Anbindung, gute Parkmöglichkeiten.

Kontakt über Telefon: 0152/09898413

Neurologisch-psychiatrische Praxis abzugeben

Gutgehende neurologisch-psychiatrische Praxis im Kreis Karlsruhe an Fachärztin / Facharzt für Neurologie, Psychiatrie oder Nervenheilkunde abzugeben.

Langjähriger Patientenstamm, versiertes Praxisteam, sehr gute Infrastruktur, Region mit hohem Freizeitwert. Einarbeitung möglich. Rückmeldung unter **Chiffre: 038929**

Suche Einstieg in Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in Berlin

Erfahrene und engagierte Ärztin für Allgemeinmedizin mit Erfahrung in der Schmerztherapie sucht nettes Team, das Verstärkung gebrauchen kann. Ich arbeite seit 2 Jahren in einem schmerzmedizinischen Zentrum und mache zusätzlich eine Weiterbildung in Akupunktur.

Meine Stärken liegen im Arzt-Patienten-Gespräch im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung sowie in der zielgerichteten Diagnostik und Behandlung von Patienten mit allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern. Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung unter **Chiffre: 113473**

Weiterbildungsassistent/-in für Orthopädie und Unfallchirurgie

(in Voll- oder Teilzeit), Weiterbildungsermächtigung für 12 Monate liegt vor.

Wir sind ein junges Ärzteteam bestehend aus zwei Fachärzten. Unser Behandlungs- und Leistungsspektrum: Wir bieten ein weites Spektrum in der konservativen und operativen Versorgung mit moderner Diagnostik und innovativen Therapien. Unsere Praxis ist eine akute unfallchirurgische Praxis (wird auch von RTWs angefahren), haben eine D-Arzt-Zulassung und einen Spezialisten für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie. Sie haben bei uns die Chance, ein großes Spektrum der unfallchirurgischen- und orthopädischen Versorgung zu erlernen und zu vertiefen, sowie an unserem großen Netzwerk an niedergelassenen Kollegen und Kliniken in z.B. Hamburg, Hannover, Walsrode, Celle, Rotenburg Wümme etc. zu profitieren. Unsere Praxis liegt in der Heidedstadt Soltau, im Städtedreieck Hamburg, Bremen, Hannover. Bei der Suche nach einer Wohnung und/oder ggfs. Kinderbetreuung etc. unterstützen wir gern. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und Ihr Interesse!

Kontakt unter **Chiffre: 104260**

Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Hausärztliche Praxis

Für AM+NHV in Frankfurts Westen Anfang 2019 aus Altersgründen abzugeben.

Ca. 1400 Scheine / Q.+ ca. 900 Einschreibungen in HVZ(AOK+TK), günstige Räumlichkeiten, optimale Verkehrsanbindung, langfristiger Mietvertrag (Verlängerung möglich).

Kontakt per Mail: gesund-fit@gmx.de oder Telefon: 0179/6913306

VERKAUF

Lasere zu verkaufen:

Lumenis one mit Multi-Spot Nd:YAG und Universal IPL Treatment Head, wenig gebraucht, voll funktionsfähig ohne Probleme. Rückfragen unter info@hautarztpraxis-scholten.de



ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Spezialisierte Leistungen im Gesundheitswesen

Die natürliche Verbindung zwischen Ihnen und unseren Experten

www.etl-advision.de

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

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Redaktionsausschuss:

Dr. Michael Vogt, Dr. Klaus Reinhardt,
Dr. Thomas Lipp

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

Verlag:

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

Anzeigenverwaltung: Petra Kaiser**Satz & Gestaltung:**

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Druck & Vertrieb:

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

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

Erscheinungsort:

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

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

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

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

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

Titelfoto: © 123rf.de: rommma & asmati

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

E-Health Gesetz verzögert sich

Die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums für ein neues E-Health-Gesetz verzögern sich offenbar weiter. Das Ministerium wolle im ersten Halbjahr 2019 ein entsprechendes Gesetz vorlegen, erklärte der parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Thomas Gebhard.

Bislang hieß es aus dem Ministerium, dass ein E-Health-Gesetz II bis Ende 2018 vorliegen würde. Momentan werden allerdings einzelne Regelungen für mehr Digitalisierung in der Versorgung bereits in laufende Gesetzesverfahren integriert. So ist im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Regelung zu den Patientenakten enthalten, im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ (GSAV) finden sich Pläne zum elektronischen Rezept.

Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) einstimmig beschlossen

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) hat die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) einstimmig beschlossen, nachdem der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt mit damals überwältigender Mehrheit die Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) absegnet hat. Die Bundesärztekammer hat damit „den Startschuss für eine vollständige Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung“ gegeben.

Dabei sieht die nun verabschiedete Novelle vor, dass der Weiterbildungsassistent die Ableistung der erforderlichen Inhalte selbst kontinuierlich dokumentiert, der Weiterbilder aber einmal jährlich den Weiterbildungsstand bestätigt. Dies soll im Rahmen des Jahresgesprächs stattfinden, zu dem der Weiterbilder damit verpflichtet wird. Maßgeblich sind künftig nicht mehr Richtzahlen und -zeiten, sondern Lerninhalte sowie Haltungen und Arztrollen. Die zu erwerbenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten werden nach der neuen Regelung aufgeteilt in „Kognitive und Methodenkompetenzen“ sowie in „Handlungskompetenzen“. Dabei werden sie den folgenden vier Kategorien zugeordnet: Inhalte, die der Weiterzubildende zu beschreiben hat; Inhalte, die er systematisch einordnen und erklären soll sowie Fertigkeiten, die er unter Anleitung erfüllt, und solche, die der selbstverantwortlich durchführt. Durchgesetzt hatte sich bereits auf dem Ärztetag auch das bundesweit einheitliche elektronische Logbuch (eLogbuch) zur Dokumentation der Weiterbildung.

Telemedizin kommt in die neue GOÄ

In der neuen GOÄ werden auch telemedizinische Leistungen enthalten sein. Das kündigte die Bundesärztekammer (BÄK) beim Tag der Privatmedizin an. Geplant sind unter anderem Leistungen wie Videosprechstunde, Beratung per E-Mail und die elektronische Übersendung eines Medikationsplans.

Frist für Bestellung der Konnektoren weiter verlängert

Niedergelassene Ärzte können noch bis Ende März alle Komponenten für die Telematikinfrastruktur verbindlich bestellen, bevor Honorarkürzungen greifen. Bis Ende Juni muss dann der Anschluss sowie der erste Datenabruf erfolgt sein. Diese Änderung haben die Abgeordneten der Großen Koalition nach Angaben der KBV bei ihrer letzten Sitzung im Gesundheitsausschuss beschlossen. Der neue Zeitplan sieht nun vor, dass es bis Ende Juni 2019 keine Honorarkürzungen geben soll, wenn Ärzte und Psychotherapeuten die Technik bis dahin noch nicht angeschlossen haben. Bestellt werden müssen die Geräte allerdings bis zum 31. März 2019. Das muss der Arzt auch gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, erklärt die KBV. Die Sanktionen – Vergütungskürzung um ein Prozent – greifen ab dem 1. Juli 2019.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de

Abgeben heißt loslegen!

Wie würden Sie Ihre Zeit nach der Apotheken- oder Praxisabgabe gestalten? Als Bildhauer? Auf Ibiza? Oder als Gärtner in der Uckermark?

Lassen Sie sich durch Geschichten von Abgebern begeistern und inspirieren:
apobank.de/abgeben

Weil uns mehr verbindet.

Dr. med. Marlis Scholz
Ärztin im Ruhestand

Entwickelt für Ihre Zukunft. Exklusive Vorsorge für Mitglieder des Hartmannbundes.



Setzen Sie auf ein einzigartiges Vorsorgekonzept: DocD'or kombiniert eine flexible Altersvorsorge mit einem speziellen Berufsunfähigkeitsschutz für Ärzte – damit Sie auf alle Wechselfälle vorbereitet sind. Am besten von Anfang an: Berufseinsteiger zahlen in den ersten Jahren stark reduzierte Beiträge bei vollem Versicherungsschutz. **Sichern Sie jetzt Ihre Zukunft mit DocD'or.**

Jetzt beraten lassen: 02 21 / 1 48-2 27 00
www.aerzteversicherung.de