



Die smarte Revolution

Wie Apps & Künstliche Intelligenz das Gesundheitswesen verändern

Anzeige

apoprivat.de

Ganz privat – können die auch!

Die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank –
der Vertrauenspartner, wenn es um
Ihre persönliche Vermögensanlage geht.

Joe Bausch
Arzt, Schauspieler, Autor
und apoBank-Mitglied

 apoPrivat
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte

Editorial

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen,*

kennen wir das nicht alle? Den Wert vieler Dinge erkennt man erst, wenn sie nicht mehr da sind, im Moment des Verlustes. Bis dahin nehmen wir sie für selbstverständlich, gewissermaßen als „von Gott gegeben“ – ohne auch nur einen Gedanken daran zu verschwenden, was dieser Verlust für uns bedeuten würde. Das Gespür, sich für den Erhalt des vermeintlich Selbstverständlichen gelegentlich auch engagieren zu müssen, ist dementsprechend – sagen wir es zurückhaltend – nicht immer ausreichend ausgeprägt. Dabei gilt es wach zu bleiben. Wach zu bleiben für die Bedrohung von Dingen, die uns wichtig sind. Wach zu bleiben, wenn Werte infrage gestellt werden, für die wir stehen. Die letzten Wochen sind dafür eindrucksvolles Beispiel.

Dies gilt aber nicht nur in der großen Politik, sondern auch in unserer „kleinen Welt“. Freiheit ist so ein Wert, um den es geht. Im Großen wie im Kleinen. Für diese Freiheit steht in unserem Berufsstand – wie nichts anderes – die ärztliche Selbstverwaltung. Und auch hier gilt: Selbstverständlich ist nichts, es gilt sich zu engagieren. Und es gilt, aufmerksam zu sein. Ich persönlich war schon überrascht, wie vergleichsweise geräuschlos die Ersatzvornahme des Gesundheitsministers in Sachen Pflegepersonaluntergrenzen über die Bühne gegangen ist. Ganz abgesehen davon, wie realistisch die vom Ministerium nunmehr per Verordnung auf den Weg gebrachten Richtzahlen sind – der Vorgang an sich ist bemerkenswert. Garniert mit dem Hinweis, die seit über einem Jahr geführten Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern seien gescheitert – ein „Versagen der Selbstverwaltung“. Ohne Frage ein Warnschuss!

Wer ihn gehört hat, der muss sich Gedanken machen – nicht gleich über das Überleben der Selbstverwaltung, schon aber über ihre künftige Rolle, über das Maß ihrer künftigen Gestaltungsfreiheit. Und ich spreche hier ausdrücklich von der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte. Hier sitzen wir alle in einem Boot. Hier sind wir gefordert, uns alle in die Riemen zu legen – und zwar mit einem gemeinsamen Ziel! Wir dürfen uns über alle Interessenkonflikte hinweg die Rolle des Mitgestalters nicht von der Politik abnehmen lassen. Darüber müssen wir reden. Und hier muss mancher dann vielleicht einmal über seinen Schatten springen – auch die Krankenkassen!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, mitgestalten ist im Übrigen auch das Stichwort für unsere heutige Titelgeschichte. Viel Spaß bei der Lektüre!

Ihr

Klaus Reinhardt

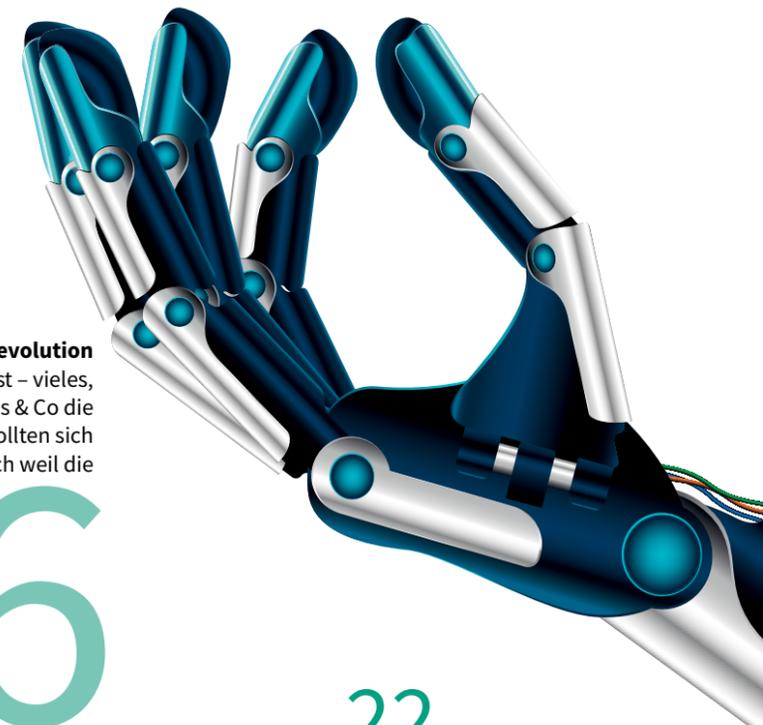
Dr. Dr. Galina Fischer,
Assistenzärztin

”

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



Inhalt



Die smarte Revolution

Auch wenn hier und da ein Hauch von Hype dabei ist – vieles, spricht dafür, dass Künstliche Intelligenz, Apps & Co die medizinische Versorgung verändern werden. Ärzte sollten sich engagieren, weil sie davon betroffen sind, aber auch weil die Digitalisierung viel ärztliche Kompetenz braucht.

6

12

Wie eine App Neurologen bei der Versorgung hilft

Nicht nur hip, sondern auch nützlich!



13 Lernende Algorithmen für Radiologen

14 Über Chancen und Herausforderungen von Gesundheits-Apps

16 Künstliche Intelligenz in der Medizin

17 Interview zu KI mit Bitkom-Präsident Achim Berg



18

Politik

Politik, Wirtschaft und Ärzte drängen auf E-Health-Gesetz II

20

Wirrwarr um die elektronische Patientenakte



22

Zukunftsmodell Praxisnetze?

Wunsch nach Leistungserbringerstatus scheint nicht mehr unerfüllbar

24 Sommerpause? Fehlanzeige!

Bundesgesundheitsminister Spahn macht Nägel mit Köpfen

26 Interview

Interview mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus

28

Trotz vieler Bedenken und Widerstände

Landarztquote macht sich langsam in Deutschland breit

30 Interview

Eine Stärke der PKV ist ihre Individualität!

HB-Intern 31

Kammerwahlen: Rück- und Ausblick

Service 33

Kooperationspartner

Ansprechpartner 40

Impressum 42



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Wie Apps, KI & Co das Gesundheitswesen verändern

Die smarte Revolution

Doktor Algorithmus ist in aller Munde, genauer in jeder Zeitung. Gesundheits-Apps, künstliche Intelligenz, mobile Patientenakten und Fernbehandlung – diese und andere Zutaten für die Zukunft der Gesundheitsversorgung werden munter zusammengemixt und ergeben eine Speisekarte, die – je nach Geschmacksrichtung – völlig neue Gaumenfreuden verspricht, für manchen möglicherweise auch mit bitterem Beigeschmack. Wie auch immer: Auch wenn viel Hype dabei sein dürfte, spricht schon einiges dafür, dass sich die medizinische Versorgung ändern wird. Ärzte sollten sich engagieren, weil sie davon betroffen sind, aber auch weil die Digitalisierung viel ärztliche Kompetenz braucht.

Wie viele Gesundheits-Apps gibt es? Die Analysten von Research2Guidance sprechen für das Jahr 2017 von insgesamt 325.000 Gesundheits-Apps in den beiden großen App-Stores zusammen, 78.000 mehr als ein Jahr zuvor. Diese Apps wurden in etwa 3,7 Milliarden Mal heruntergeladen. Diese Zahlen sind letztlich sinnfrei, denn viele Apps werden nie oder nur kurz benutzt. Außerdem handelt es sich um globale Zahlen. Die Zahl medizinischer Apps, die in deutscher Sprache relevante Download-Zahlen erreichen, ist immer noch überschaubar.

Tatsache ist, dass es – neben dem rein medizin- und vorsorgungsorientierten – auch ein enormes finanzielles Interesse an der Digitalisierung des Gesundheitswesens gibt. Der Investor Rock Health schätzt, dass in den USA dieses Jahr 6,9 Milliarden US\$ Wagniskapital in digitale Gesundheitsunternehmen fließen werden. Das wäre ein neues Allzeithoch. 2011 lag der Betrag bei 1,2 Milliarden US\$. Zahlen für Europa sind nicht in gleicher Qualität erhältlich. Eine Digital Health-Gründerin in Berlin sagte dem Autor kürzlich, sie könne sich vor Wagniskapital-Angeboten kaum retten. Das Unternehmen ist noch kein Jahr alt und hat zwei Mitarbeiter.

Auch gute digitale Anwendungen haben es in Deutschland schwer

Was digitale Massen Anwendungen angeht, hat das deutsche Gesundheitswesen nach wie vor relativ wenig zu bieten. Therapie-

tische Apps erreichen auch dann, wenn sie – wie Tinnitracks oder Caterna – von einzelnen Krankenkassen finanziert und als Medizinprodukte zugelassen werden, nur relativ geringe Nutzerzahlen. Kritiker sehen den Grund auch in mangelnder Evidenz. Tatsächlich war speziell Tinnitracks 2017 zum Gegenstand einer heftig geführten Evidenzdiskussion geworden. Ihr Höhepunkt war eine Gesundheitsbeilage in der Wochenzeitung DIE ZEIT, in der zwei Professoren und eine Musiktherapeutin, die allesamt anonym bleiben durften, in einem bizarren Interviewformat auf die App eindroschen, garniert von Anzeigen für Privatkliniken und zweifelhafte Pharmakotherapien.

Fehlende Evidenz ist bei digitalmedizinischen Anwendungen in Deutschland nicht das Hauptproblem. Die Studienlage für therapeutengeführte Online-Therapien bei früher Depression etwa ist besser als für viele Pharmakotherapien und nicht schlechter als für Face-to-Face-Psychotherapie. Selbst Cochrane-Reviews sprechen eine deutliche Sprache. Dennoch schaffen es diese Therapien nicht regulär in die Versorgung, obwohl der Vorschlag, sie ins Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen, schon lange existiert. „Es traut sich niemand aus der Deckung. Die Verantwortlichkeiten werden von A nach B nach C geschoben, immer nach dem Motto: „Was es nicht gibt, geht nicht“, sagt Oliver Kirst, Geschäftsführer bei Servier Deutschland, ein Unternehmen das viele klinische Studien zu Online-Therapien bei Depression unterstützt hat. Was das Hilfsmittelverzeichnis angeht, plädiert Kirst dafür, digitale Anwendungen explizit in den §33 SGB V aufzunehmen. Bisher tauchen sie dort nicht auf.

Auch digitale Arzt-Patienten-Konsultationen sind in Deutschland bisher nur eine Nische. Ob alle Landesärztekammern die beim Ärztetag beschlossene Abschaffung des Fernbehandlungsverbots übernehmen, werden die nächsten Monate zeigen. Doch selbst wenn sie es tun, bleibt die Frage der Abrechenbarkeit. In Schleswig-Holstein, wo die Berufsordnung – wie jetzt auch in Sachsen und Westfalen-Lippe – bereits liberalisiert wurde, ist der telemedizinische Erstkontakt bisher Sache für Selbstzahler. Die KBV sagt zwar, sie könne sich vorstellen, dass eine Quartalspauschale auch telemedizinisch ausgelöst wird. Ob die Kassen das mitmachen, ist nach den Erfahrungen mit den EBM-Ziffern zur telemedizinischen Abfrage von Herzimplantaten und zur Videosprechstunde in Follow-up-Konsultationen aber fraglich.

In Schweden ist der App-Doktor schon fast Routine

In Schweden sind Anbieter von Arztkonsultationen via Smartphone-App dagegen sehr erfolgreich. „Die Zahl der Online-Patientenkontakte hat sich 2017 teils verzehnfacht“, sagt Daniel Forsslund von der Stockholmer Regionalverwaltung. Allein der Anbieter Kry Health wickelt drei Prozent aller Allgemeinartzkontakte ab, bei Bedarf inklusive E-Rezept. Bisher wurde das selbst bezahlt, aber das ändert sich. „Wir haben in der Region Stockholm das Erstattungssystem geändert. Andere Regionen ziehen nach. Ärzte erhalten jetzt für Videokonsultationen dasselbe Honorar wie für Besuche in der

Arztpraxis. Auch der Zuzahlungsbetrag ist derselbe“, so Forslund. Etablierte Ärzte sahen sich anfangs gegenüber den Plattformanbietern benachteiligt. Hier wird aber gegengesteuert. Ziel der Schweden ist eine Infrastruktur, bei der jeder Arzt auch digital seine Dienste anbieten kann.

Ein anderes Beispiel ist Großbritannien. Dort will der NHS ab Dezember 2018 eine digitale Hausarzt-App anbieten. Sie soll Zugriff auf beim General Practitioners (GP) liegende medizinische Daten geben und einen Kanal für Online-/Video-Konsultationen öffnen, zunächst nur im Follow-up. Den Primärkontakt via Smartphone erlauben Anbieter wie Babylon und Push Doctor, die mit dem NHS in Pilotprojekten kooperieren. Babylon nutzt auch Künstliche Intelligenz (KI), um eine Triagierung der Patienten vorzunehmen. Wir kommen darauf noch zurück. Das Royal College of General Practitioners warnt vor Rosinenpickerei – auf Ebene der Ärzte wohlge-merkt. Denn die würden sich dank App vermehrt Online-Konsultationen widmen, statt sich „an die Front“ zu begeben. Schlagzeilen machte Anfang 2018 ein Pilotprojekt in Central London, das in kurzer Zeit über 10.000 Patienten anzog. Für die Ärzte, die die Online-Dienste neben ihrer regulären Tätigkeit machen, ist das attraktiv. Und die Patienten lieben den Service, weil sie damit, wenn sie einmal verstanden haben, wie die KI arbeitet, schneller zum Arzttermin kommen.

Doktor Algorithmus flutet die wissenschaftlichen Journale

Neben „App“ und „Telekonsultation“ ist „KI“ ohnehin das aktuell beliebteste Schlagwort im medizinischen Digitalisierungsdiskurs. Die Bildgebung steht naturgemäß im Vordergrund. Hier agieren viele aktuelle Algorithmen zumindest bei der Auswertung von Validierungskohorten auf Facharzt-niveau. Einige aktuelle Beispiele: Zusammen mit Augenärzten des Moorfields Eye Hospital in London, berichten IT-Experten von Google DeepMind im August 2018 in Nature Medicine, dass eine Kombination aus mehreren Algorithmen, die anhand von knapp 15.000 OCT-Scans der Netzhaut trainiert wurde, fünfzig Netzhauterkrankungen so zuverlässig erkennt, dass die KI als Triage-Tool zur Priorisierung von Patienten eingesetzt werden kann, die sich einem OCT-Screening unterziehen.



Zweites Beispiel, September 2018: Der Herzchirurg Dr. Alexander Meyer vom Deutschen Herzzentrum Berlin und der Charité Berlin zeigt in Lancet Respiratory Medicine, dass ein anhand von 52 physiologischen Parametern – aus den elektronischen Patientenakten von knapp 50.000 intensivmedizinischen Patienten am Deutschen Herzzentrum Berlin – trainierter Algorithmus in einer knapp 6.000 Patienten großen Validierungskohorte im Moment der Aufnahme auf die Intensivstation zuverlässige Vorhersagen über das Risiko postoperativer Blutungen sowie des postoperativen Nierenversagens macht. In beiden Fällen schlug der Algorithmus gängige klinische Scores problemlos.

August 2018: In den Annals of Internal Medicine berichten 23 japanische Gastroenterologen über die Evaluierung einer KI für die Endozytoskopie bei Darmspiegelungen. Bei 791 konsekutiven Patienten erreichte der Algorithmus dabei im Hinblick auf die Frage, ob ein Polyp bösartig ist, gemessen am Goldstandard Pathologie einen negativ-prädiktiven Wert von 96 Prozent – für Analysen in Echtzeit wohlge-merkt. Das sei mehr als genug für eine diagnostische Strategie, bei der Polypen, bei denen die KI nicht anschlägt, ohne weitere Diagnostik belassen werden.

Prospektive Studien sind noch Mangelware

Vorgeworfen wird solchen Studien gerne, dass es sich um retrospektive Erhebungen handele. „Das stimmt für die meisten Studien, allerdings sind die Ergebnisse vieler retrospektiver Analysen schon beeindruckend gut. Das wäre vor kurzem noch undenkbar gewesen“, betont Meyer. Er selbst will seinen Algorithmus in naher Zukunft prospektiv-randomisiert validieren und ihn in dem dafür

Die Frage der Qualitätssicherung und Zertifizierung von Apps wird intensiv diskutiert. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat kürzlich eine Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps vorgelegt, die sich an Patienten richtet und Erkennungsmerkmale seriöser Gesundheits-Apps auflistet.

aktuell in Gründung befindlichen Start-up SYN-SAI zur Produktreife bringen. Einfach wird diese Studie nicht. Patienten sollen aus dem OP heraus randomisiert werden. In der KI-Gruppe haben Ärzte Zugriff auf die Vorhersagen und müssen sich die Patienten in bestimmten Konstellationen obligat ansehen. In der Kontrollgruppe behandeln die Ärzte wie immer.

Der derzeitige Hype um künstliche Intelligenz ruft auch Kritiker auf den Plan. IBM hat auf Basis seiner Watson-Technologie, die sich in dem Fernsehquiz „Jeopardy“ gegen menschliche Konkurrenz durchgesetzt hatte, das Tochterunternehmen Watson Health gegründet, das medizinische Wissenssysteme in der Onkologie entwickelt. Doch mehrere große Kooperationsprojekte in den USA wurden von den involvierten Kliniken wieder beendet. In Deutschland hatte der Rhön-Konzern mit der Watson-KI im Bereich seltene Erkrankungen geflirtet – auch keine dauerhafte Beziehung. Es gibt allerdings gut dokumentierte Kasuistiken, bei denen die Watson-KI für die Patienten einen echten Unterschied machte. Der Aufwand dafür ist aber noch zu groß. Möglicherweise ist die Krebstherapie in ihrer kompletten Breite für den Anfang einfach zu komplex.

Aktuelle KI-Projekte in der medizinischen Bildauswertung arbeiten mit Deep Learning, jener Technologie, die Google einsetzte, um den Go-Weltmeister zu schlagen. Deep Learning ist eine Spielart des Maschinlernens, bei der neuronale Netzwerke auf bestimmte Fragestellungen hin trainiert werden, ohne dass ihnen ein vorab

definiertes Modell als Orientierungsrahmen vorgegeben wird. Die Methode ist nicht neu, aber dank der heute zur Verfügung stehenden Rechenkapazitäten und Grafikkarten viel leistungsfähiger als früher, ein „Quantensprung“ wie PD. Dr. Klaus Maier-Hein betont, der am DKFZ in Heidelberg die Abteilung Medical Image Computing leitet.

Krebs-Screening als Killerapplikation für selbstlernende Software?

Die DKFZ-Wissenschaftler haben einen Algorithmus anhand von MRT-Bildern dahingehend trainiert, zu erkennen, ob eine Auffälligkeit beim Brustkrebs-Screening bösartig ist oder nicht: „Beim gegenwärtigen Trainingsstand unseres Algorithmus können wir 70 Prozent der Auffälligkeiten, die laut Biopsie keine bösartigen Tumore sind, vorab identifizieren. Das vermeidet invasive Diagnostik und verringert die Unsicherheit bei auffälligem MRT-Befund“, so Maier-Hein. Das radiologische Krebs-Screening sei ohnehin geradezu prädestiniert für den Einsatz von KI, betont Prof. Dr. Michael Forsting, Leiter des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie: „In China wird niemals irgendein Radiologe Mammographie-Screenings machen. Auch beim Lungenkrebs-Screening glaubt heu-

Die Sorge, dass im Rahmen der Digitalisierung der Mensch durch die Maschine ersetzt werden könnte ...



... weicht immer mehr der Erkenntnis, dass sich Mensch und Künstliche Intelligenz im besten Fall ideal ergänzen und – zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten – immer neue Möglichkeiten der medizinischen Versorgung eröffnen.

te keiner ernsthaft mehr, dass das Radiologen machen werden.“

Trotz alledem: Manch einer sieht durch den Big-Data-Hype schon die Wissenschaftlichkeit der Medizin in Gefahr. Neben solch fundamentaler Kritik gibt es einige konkrete Vorurteile, mit denen sich die Anbieter von Systemen mit selbstlernenden Algorithmen häufiger konfrontiert sehen. Eines dieser Vorurteile lautet, dass Anwendungen, die Maschinelernen nutzen, nur über die Cloud, also das Internet, funktionieren. Das stimmt so nicht: „Anwendungen, die Maschinelernen nutzen, können in der medizinischen Einrichtung installiert werden, und dann bleiben alle Daten vor Ort“, sagt Dr. Andreas Lemke, Mitgründer des Startups *mediaire*. (siehe gesonderte Geschichte) Zwar stimme es, dass das Training selbstlernender Algorithmen erhebliche Kapazitäten an Rechenleistung und Grafikkarten erfordere. Für den Einsatz bereits trainierte Algorithmen dagegen reichten konventionelle Server, die in Krankenhäusern und vielen Praxen ohnehin verfügbar sind, völlig aus.

Medizinproduktezertifizierung: So viel unklar ist gar nicht.

Unstrittig ist, dass Programme für die radiologische Bildanalytik Medizinprodukte sind. Das gilt auch für Apps, die aktiv an Diagnose oder Behandlung mitwirken. Derzeit landet die große Mehrheit jener Softwareprogramme, die unmittelbar für Diagnose und Therapie genutzt werden, in der Klasse I. Kritischere Anwendungen landen – wie schon bereits die Software für die Planung der Strahlentherapie – in Klasse II oder darüber. Durch die neue europäische Medizinprodukteverordnung (EU-MDR) werden sich die Anforderungen verschärfen. Die allermeisten diagnostisch und the-

Grundlage für die Weiterentwicklung von Algorithmen sind vor allem riesige Datenmengen.



rapeutisch genutzten Softwarelösungen dürften dann mindestens in Klasse IIa, viele auch in Klasse IIb oder III fallen, sagt Professor Christian Johner vom Johner Institut für IT im Gesundheitswesen. Diese Verschärfung wird in den nächsten Jahren die Anforderungen an digitalmedizinische Startups erhöhen, und sie wird in ihrer Pauschalität von IT-Experten wie Johner kritisiert.

Echte Regulierungslücken sieht kaum jemand. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) betont, dass sich die vor einigen Jahren neu gefassten Regeln für die Zertifizierung

von Software als Medizinprodukt im Prinzip bewährt hätten. Das gilt auch für Medizinproduktzertifizierung von IT-Lösungen mit selbstlernenden Algorithmen. Das Argument, wonach selbstlernende KI nicht zertifizierbar sei, weil sich die medizinische „Performance“ ständig ändere, zeugt von Unwissen darüber, wie die Softwareindustrie arbeitet. „Wir glauben nicht, dass es nötig sein wird, Algorithmen kontinuierlich mit einzelnen Datensätzen zu trainieren“ sagt Andreas Lemke. Viel plausibler sei ein Training in Form regelmäßiger Updates. Damit können Behörden problemlos umgehen, wie auch die U.S. Food and Drug Administration (FDA) bewies, die im Frühjahr 2018 erstmals eine selbstlernende Software zur Auswertung von Retinabildern im Screening auf diabetische Retinopathie zuließ. Lemke weist auch auf Parallelen zum selbstlernenden Fahren hin. Dort sei es schon aus Sicherheitsgründen schwierig, Algorithmen kontinuierlich zu trainieren.

Ein Problem bei der Medizinproduktezertifizierung gibt es aber schon. Es sind und bleiben die Hersteller, die die Zweckbestimmung vornehmen: Sie legen fest, ob eine App oder Software für Diagnose oder Therapie gedacht ist oder nicht. Was dann in der Praxis passiert, ist eine andere Frage. Ein bekanntes Beispiel waren die Dosisrechner im Bereich Chemotherapie, die eine Zeitlang ganz ohne Medizinproduktezertifizierung in den App-Stores erhältlich waren. Die Hersteller taten so, als handle es sich um digitale Lehrbücher.

Unzertifizierte Rechner sind mittlerweile weitgehend verschwunden, aber das Problem stellt sich auch bei den KI-Apps zur Triage. Bei Babylon Health werden Patienten von einer KI im ersten Schritt nach Dringlichkeit in Gruppen einsortiert. Das sei keine Diagnose oder Therapie, hieß es anfangs. Irgendwann gab es dann aber Berichte, wonach es möglich war, mit infarktverdächtigen Schmerzen oder meningitistypischen Beschwerden von der KI den Stempel „niedriges Risiko“ zu erhalten. Kritiker sagen vor

diesem Hintergrund, dass die Anbieter solche Systeme als höchstklassige Medizinprodukte einstufen und entsprechend aufwändig klinisch evaluieren müssten. Bisher geschieht das nicht, aber die Diskussionen fangen erst an. Auch in Deutschland dürften real-virtuelle Erstanlaufstellen für Notfälle früher oder später ein Thema werden. (siehe gesonderte Geschichte)

Braucht es eine Stiftung App-Test?

Eine ganz andere Frage ist, ob auch digitalmedizinische Produkte, die klar keine Medizinprodukte sind, in irgendeiner Weise entweder zertifiziert oder qualitätsgesichert werden sollten. Hier gibt es ein mittlerweile großes Spektrum an Vorschlägen und Initiativen, die alle gut gemeint sind, die aber Schwierigkeiten haben, sich wirklich zu etablieren oder sich überhaupt nur zu einigen. Die „Working Group on mHealth Assessment Guidelines“ der EU diskutiert mittlerweile seit zwei Jahren über einen Kriterienkatalog. Auch das Bundesgesundheitsministerium versucht sich daran, genauer das Fraunhofer FOKUS im Auftrag des Ministeriums. Im Juni ging eine Datenbank online, die schon jetzt knapp 300 Kriterien enthält, Tendenz steigend, die zu variablen Bewertungskatalogen zusammengestellt werden können. Ob das hilft, muss sich erst noch zeigen.

Relativ plausibel sind Aktivitäten von Fachgesellschaften wie der Hochdruckliga und der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, die in ihren jeweiligen Bereichen, teils zusammen mit IT-affineren Partnern, Qualitätskriterien für Hersteller festlegen und/oder Listen erstellen wollen, an denen sich Patienten orientieren können. Auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat kürzlich eine Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps vorgelegt, die sich an Patienten richtet und Erkennungsmerkmale seriöser Gesundheits-Apps auflistet.

Philipp Grätzel von Grätz

Wie eine App Neurologen bei der Versorgung hilft Nicht nur hip, sondern auch nützlich!

Apps und Algorithmen könnten in Zukunft die Versorgung unterstützen. In Zukunft? Im Raum Ulm gibt es Neurologen, die schon heute immer mehr chronisch kranke Patienten mit Apps ausstatten. Nicht weil es hip ist. Sondern weil der Arzt entlastet wird und die Versorgungsqualität steigt.

Dr. Michael Lang philosophiert nicht über Digitalisierung, sondern lebt sie: Einen Großteil der rund 800 Patienten mit Multipler Sklerose, die in seiner Praxis in Ulm betreut werden, hat der Neurologe mit einer Patienten-App ausgestattet. Sie heißt „Patient Concept“ und hat mittlerweile insgesamt über 2000 Nutzer. Lang hat sie zusammen mit dem Unternehmen NeuroSys entwickelt. Sie steht in den App Stores von Apple und Google zum Download bereit. Patient Concept wird von den MS-Patienten unter anderem als Patiententagebuch genutzt, beispielsweise um Spastiken zu dokumentieren. Aber sie ist weit mehr als ein Tagebuch, betont Lang: „Für uns ist die App ein wichtiger Kommunikationskanal, mit dem wir als Schwerpunktpraxis einen engen Kontakt zu den Patienten halten können, die ja meist primär vom Hausarzt versorgt werden.“

Medizinisch interessant ist die Patienten-App nicht nur als Werkzeug zur Erhöhung der Zentrenkontakte, sondern auch als Teil des Risikomanagements, das für viele MS-Patienten unverzichtbar ist. Moderne MS-Medikamente können hoch effektiv sein, aber sie haben auch Risiken, und die Patienten müssen deswegen gut überwacht werden, etwa mit Laboruntersuchungen beim Hausarzt. Die App fungiert dabei als eine Art Kalender für die diversen Risikomanagement-Maßnahmen: Gab es eine Laboruntersuchung, trägt der Patient die Werte ein. Ab Ende des Jahres soll er auch Bilder, etwa Augenhintergrundbilder, einstellen können.

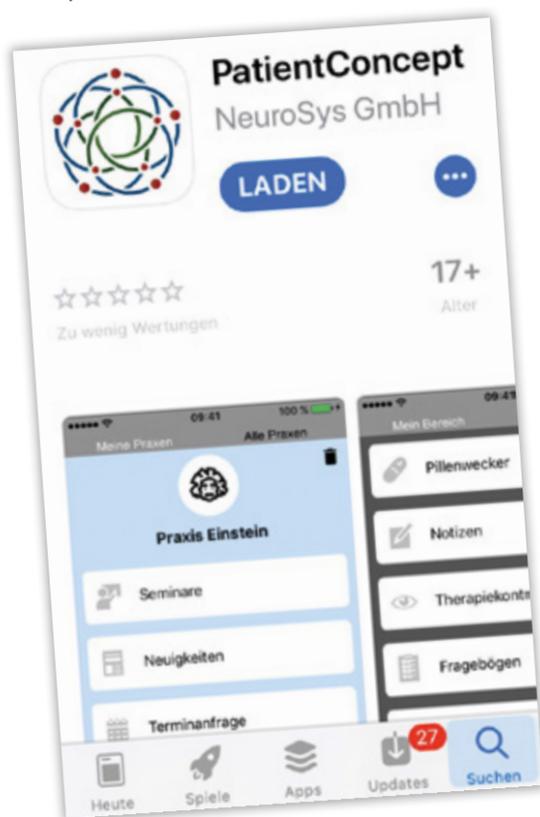
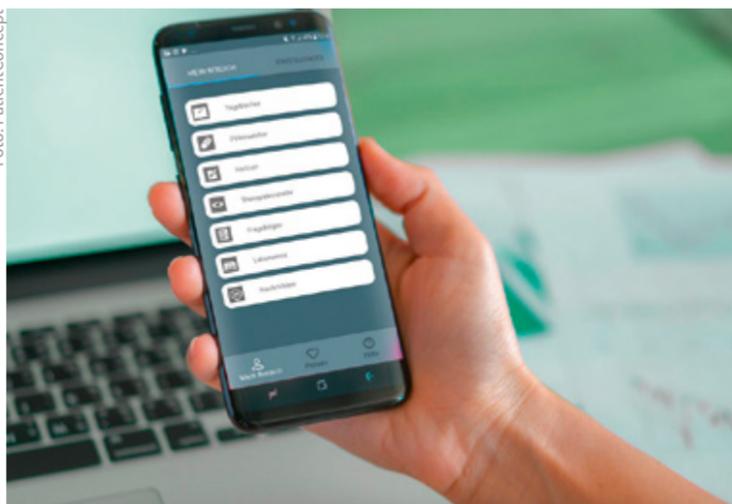


Foto: PatientConcept



So sieht die App auf Ihrem Smartphone aus

Der Neurologe in der Schwerpunktpraxis wird von einem dahinterliegenden Algorithmus nur dann informiert, wenn ein Termin entweder nicht wahrgenommen wurde oder wenn ein eingegebener Wert auffällig ist. „So habe ich einen viel besseren Überblick, und spare gleichzeitig enorm Zeit.“ Natürlich müsse der Patient lernen, die Werte korrekt einzutragen. Aber das sei letztlich eine gute Sache, denn so sei er gezwungen, mit seiner Krankheit aktiv umzugehen.

Beschränkt auf die MS ist der Einsatz einer solchen Patienten-App nicht. Die Ulmer wollen jetzt auch Migränepatienten ausstatten, vor allem jene, die mit den neuen CGRP-Hemmern behandelt werden, die gerade in die Zulassung kommen. „Bei diesen Präparaten kommen wir um eine genaue Dokumentation nicht herum, um bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der sicheren Seite zu sein“, betont Lang. Mit Hilfe der App sollen die Patienten diese Dokumentation künftig selbst erledigen. Wird eine Zeitlang nichts dokumentiert, fragt eine Krankenschwester beim Patienten nach, ob er beschwerdefrei ist oder nicht mitarbeitet. Beides wird dann dokumentiert. „Die App spielt die relevanten Daten automatisch in unsere ärztliche Dokumentation, und sie stehen dort zur Verfügung, falls sie einmal gebraucht werden“, so Lang.

Natürlich kann eine solche Patienten-App auch mit telemedizinischen Sensoren gekoppelt werden. Gefördert von der bayerischen Staatsregierung starten die Ulmer Neurologen gemeinsam mit der Universität Erlangen gerade ein Projekt, bei dem ein Sensor in der Schuhsohle Bewegungsprofile von Parkinsonpatienten im Alltag erstellt. Das soll mittelfristig helfen, die Patienten besser medikamentös einzustellen. Auch Patienten mit seltenen Erkrankungen wie Huntington oder Amyloidose könnten bald zu digitalen Patienten werden. (gvg)

Lernende Algorithmen für Radiologen Künstliche Intelligenz schafft Ärzte ab? Kaum!

Pioniere selbstlernender medizinischer Software bemühen sich, Ärzten das Leben leichter zu machen.

Ganz geradlinig war der Weg des nach Berlin migrierten Schwaben Dr. Andreas Lemke nicht. Der Medizinphysiker forschte ursprünglich in Heidelberg im Bereich Magnetresonanztomographie, kümmerte sich dann aber erst einmal einige Jahre bei Bosch um Künstliche Intelligenz in der Automobilbranche. Das Unternehmen mediaire, das Lemke im Februar 2018 mit einem weiteren Medizinphysiker und zwei Radiologen aus der Taufe gehoben hat, bringt beides zusammen, die MRT und die KI: Die Berliner arbeiten an Lösungen, die Radiologen bei der Diagnose neurodegenerativer Erkrankungen unterstützen.

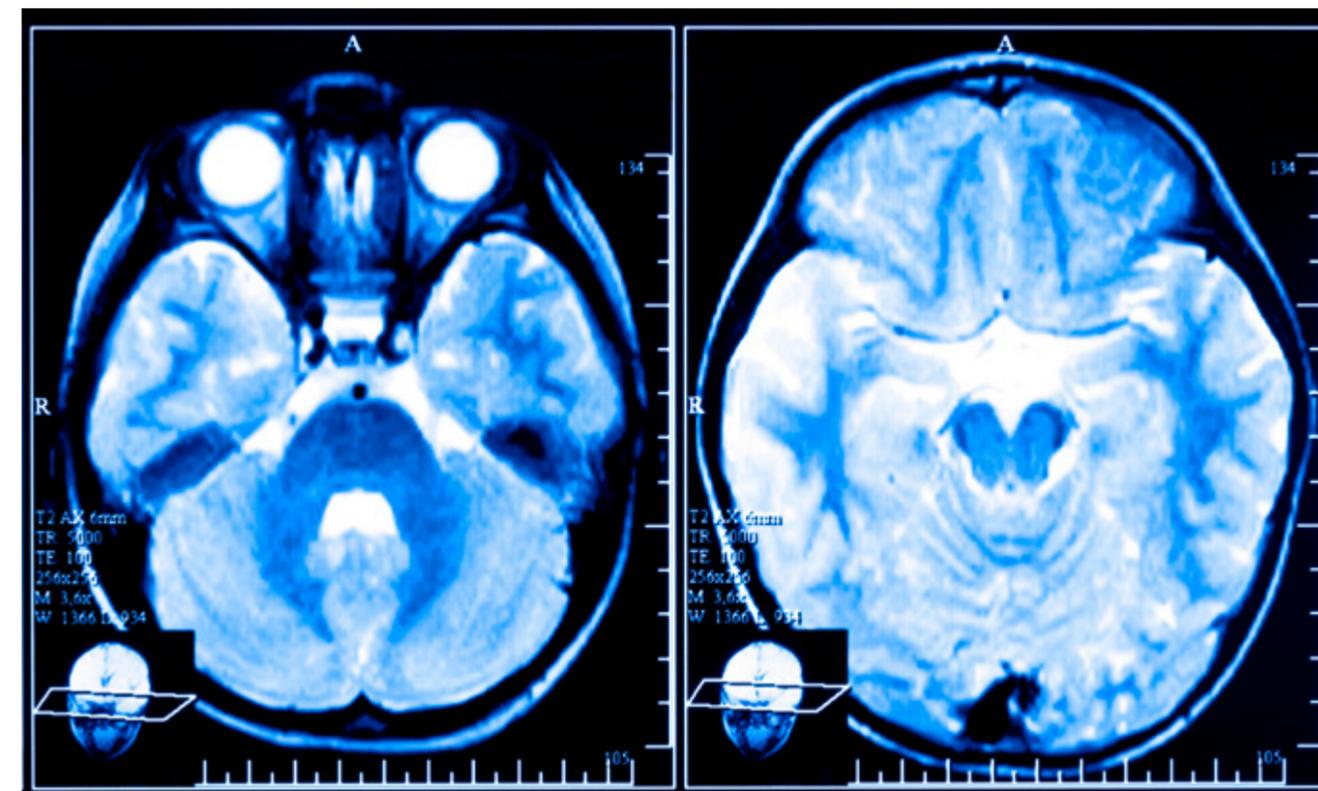
Ein Eckpfeiler dieser Diagnostik ist die Volumetrie, also die Ermittlung des Volumens bestimmter Hirnareale, etwa – bei Demenzen – des Hippocampus und des Frontallappens oder bei der Multiplen Sklerose – der gesamten grauen Substanz. „Diese Volumina sind nicht nur von der Erkrankung, sondern auch von Geschlecht, Alter, Kopfumfang und anderen Faktoren abhängig. Das macht es relativ schwierig, sie automatisch auszuwerten“, erläutert Lemke.

Hier kommt die Künstliche Intelligenz ins Spiel, genauer das Maschinierenlernen. Anhand von tausenden von Datensätzen trainieren Lemke und seine Mitstreiter einen Algorithmus darauf, die Hirnvolumina nicht nur zu messen, sondern sie auch im Vergleich zu jeweils passenden Normalkollektiven zu bewerten. Was der Radiologe in die Hand bekommt, ist ein knapper Bericht, der Ausmaß und

Lokalisation der Atrophie grafisch und tabellarisch deutlich macht – und zwar innerhalb weniger Minuten nach der Untersuchung.

Der Clou dabei ist, dass das System dank selbstlernender Algorithmen im Laufe der Zeit immer besser wird. Die beiden Radiologen im mediaire-Team haben insgesamt 600 penibel annotierte MRT-Datensätze zur Verfügung gestellt. Einige tausend Datensätze kommen aus öffentlich zugänglichen Datenbanken. Das ist die Basisausstattung. Für die Zukunft ist geplant, dass Nutzer der Software weitere Datensätze zur Verfügung stellen, um die Messungen noch präziser zu machen. Das wird insbesondere dann wichtig, wenn das Programm nicht nur Hirnatrophien quantifiziert, sondern auch Diagnosen wie Morbus Alzheimer, Mild Cognitive Impairment oder Multiple Sklerose vorschlägt.

„Unser erstes Produkt wird noch keine Diagnosevorschläge machen. Das ist aber ganz klar unser Ziel, das wir bis 2020 erreichen wollen“, so Lemke. Ob dafür 10.000 oder 100.000 annotierte Datensätze nötig sind, sei schwer abschätzbar, betont der Medizinphysiker. Die Zahl hängt stark davon ab, wie umfangreich das Diagnosespektrum ist, das abgedeckt werden soll. „Wir beschränken uns am Anfang auf neurodegenerative Erkrankungen, um es handhabbar zu machen.“ Auf Dauer schwebt Lemke eine Art KI-Plattform für die Radiologie vor, über die unterschiedlichste KI-Produkte aus verschiedensten Bereichen angeboten werden – und den Radiologen viel Routinearbeit abnehmen. (gvg)



Über Chancen und Herausforderungen von Gesundheits-Apps Patienten wünschen sich Behandlung bei ihrem Arzt und Unterstützung durch die App aus einem Guss



Timo Thranberend ist Senior Project Manager Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ bei der Bertelsmann Stiftung

Herr Thranberend, das Angebot an Gesundheits-Apps für Patienten und Versicherte scheint dynamisch zu wachsen. Gibt es verlässliche Zahlen zum Angebot insgesamt?

Das Angebot ist in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen. Die technologischen Möglichkeiten werden immer größer, die Verbreitung von Smartphones hat zugenommen – und ‚Gesundheit‘ ist ein attraktiver Markt für Entwickler. Zudem erleben wir einen Wandel im Selbstverständnis vieler Patienten, die sich autonomer um ihre Gesundheit kümmern wollen.

Verlässliche Zahlen sind schwierig zu nennen. In den App-Stores oder bei Google findet man keine abschließenden Listen – und der Markt ist sehr dynamisch. Hinzu kommt: Es gibt keine allgemeingültige inhaltliche und technische Abgrenzung des Begriffs ‚Gesundheits-App‘.

Analysen, die sich der Frage nach der Zahl genähert haben, schwanken daher von rund 100.000 bis über einer Million Apps weltweit. Und nach unseren Recherchen gibt es inzwischen annähernd 100 deutschsprachige digitale Anwendungen für Patienten, die als Medizinprodukt zertifiziert sind – wenn man so will eindeutige ‚Medizin-Apps‘.

Sie haben es angedeutet: Unter dem Begriff ‚Gesundheits-App‘ werden ganz unterschiedliche Klassen von Anwendungen zusammengefasst. Wie viel von dem, was angeboten wird, ist eigentlich ‚Lifestyle‘, wie viel ernst zu nehmende Medizin?

Wir haben uns vor rund zwei Jahren den Markt systematisch angeschaut und sieben verschiedene Typen von Gesundheits-Apps identifiziert – von Anwendungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bis zu solchen, die direkt intervenieren, also zum Beispiel Online-Therapieangebote.

Zu der Zeit haben wir festgesellt, dass der Großteil des Angebots am medizinischen Bedarf beziehungsweise an Public-Health-Zielen vorbeigeht. Dass es an Angeboten für chronisch Kranke oder Menschen mit Risikofaktoren fehlt. Das ist in der Tendenz immer noch so, aber die Zahl der ernst zu nehmenden, medizinisch wirkenden Apps wächst.

Anfangs war wohl häufig die Begeisterung über die technologischen Möglichkeiten Antrieb für die Entwickler – einigen Herstellern und Investoren fehlte und fehlt es an Feldkompetenz. Nach unserer Beobachtung gibt es zuletzt aber immer mehr Entwicklungen aus dem Gesundheitssystem heraus, der medizinische Bedarf wird handlungsleitender. Zudem nimmt – zumindest gefühlt – die Zahl der Ärzte in den Gründerteams zu.

Lässt sich sagen, wie gut das Angebot an medizinischen Apps auf dem Markt heute ist?

Das ist schwierig. Für einige spezifische Interventionsansätze liegen zwar Wirksamkeits- und Nutznachweise vor, noch mangelt es aber in der Breite an guten Studien, um pauschale Aussagen über die Qualität des Angebots insgesamt zu treffen. Auch fällt es auf Basis der öffentlichen verfügbaren Informationen schwer, die Güte einzelner Angebote einzuschätzen. Wir selbst arbeiten gerade an einem Projekt, das die Transparenz im Feld der deutschsprachigen Digital-Health-Anwendungen erhöhen und die guten Anwendungen herausstellen soll – für Patienten und für empfehlende Ärzte.

Was weiß man denn darüber, wie Patienten digitale Gesundheits-Anwendungen heute nutzen? Welche Rolle spielt der Arzt für die Nutzung?

Jenseits von pauschalen statistischen Aussagen zur Nutzungshäufigkeit lässt sich wohl feststellen: Patienten werden auf Dauer die Anwendungen nutzen, die verlässlich, für sie persönlich hilfreich und technisch gut nutzbar sind. Der Arzt spielt dabei eine ganz entscheidende Rolle. Patienten würden digitale Angebote vor allem dann nutzen, wenn der Arzt sie empfiehlt oder verschreibt. Hinzu kommt: Sie wünschen sich, dass die Behandlung bei ihrem Arzt und die Unterstützung durch die App aus einem Guss funktionieren. Viele beklagen etwa, dass sie Daten etwa aus einer Diabetes-App nicht an ihren Arzt übertragen können – stattdessen jedes Mal einen Stapel Ausdrucke mit in die Praxis bringen müssen. Hier muss an Interoperabilität gearbeitet werden; sowohl im technologischen Sinn als auch mit Blick auf die Akzeptanz auf Seiten der Ärzte.

Apropos ‚Verschreibung‘: Viele Apps gibt es noch nicht, die im 1. Gesundheitsmarkt erstattet werden ...

Die Zahl wächst, ist aber noch überschaubar. Einige Krankenkassen erstatten Anwendungen im Rahmen von Selektivverträgen. Die Anzahl der ‚Apps auf Rezept‘ dürfte insgesamt im niedrigen zweistelligen Bereich liegen. Zudem decken die erstatteten

„Warum sollten nicht mehr Ärzte selbst unter die Gründer gehen oder aktiv den Kontakt zu Gründern und Anbietern suchen? Es braucht ärztliche Kompetenz im Feld.“

Anwendungen bei weitem nicht die Breite der epidemiologisch bedeutsamen Handlungsfelder ab. Gesundheits-Apps sind heute sicher noch kein selbstverständlicher Teil des Versorgungsalltags.

Woran liegt das? Sie haben in einer Studie die Hürden beim Marktzugang analysiert.

Ganz pauschal lässt sich sagen: Die etablierten Mechanismen des Transfers von Innovationen in die Regelversorgung lassen sich nicht 1:1 auf Gesundheits-Apps übertragen. Digital-Health-Anwendungen sind in ihrer Art eben anders als etwa Arzneimittel oder herkömmliche Medizinprodukte. Apps sind vergleichsweise günstig und haben etwa ganz andere Release-Zyklen. Während diese bei Arzneimitteln bis zu zehn Jahre betragen, liegen sie bei Apps mit regelmäßigen Updates häufig unter einem Jahr.

Entsprechend fehlen adäquate Marktzugangsmechanismen und passender Standard für den Nutznachweis von Apps – das ist sicher die größte Hürde. Ein weiteres Hemmnis sehen wir etwa beim Thema Vergütung, hier herrscht Unsicherheit über mögliche Finanzierungswege sowohl auf Seiten der Anbieter als auch auf Seiten der Kassen. Und auch bei der Medizinproduktezertifizierung haben die häufig branchenfremden Anbieter ebenfalls Beratungsbedarf.

Was leiten Sie ab, was ist zu tun?

Es braucht eine Einigung über spezifische Nutzenparameter von Digital-Health-Anwendungen und über einen adäquaten Standard für den Wirksamkeitsnachweis sowie die Nutzenbewertung. Zu Letzterem liegen verschiedene Vorschläge auf dem Tisch.

Wir haben zudem ein öffentliches Förderprogramm für Studien zum Thema Nutznachweis vorgeschlagen. Damit könnte man mehrere Fliegen mit einer Klappe schlagen. Es gäbe mehr gute Studien zur Qualität von Apps, die guten Anwendungen kämen schneller in die Regelversorgung – und nicht zuletzt würde man den Forschungsstandort Deutschland und die Durchsetzung eines Methodenstandards fördern.

Darüber hinaus braucht es systematische Beratung für Anbieter zu den Anforderungen des 1. Gesundheitsmarkts und mehr Zusammenarbeit zwischen System-Akteuren und Entwicklern –

schon bei der Findung und Prüfung von Produktideen. Da hat sich zwar schon einiges bewegt, aber die Zusammenarbeit kann sicher noch fruchtbarer werden.

Und zuletzt: Was empfehlen Sie Ärzten?

Wir raten im Grundsatz, die Themen ‚Gesundheits-Apps‘ und ‚Online-Gesundheitsinformation‘ aktiv aufzugreifen – auch im Dialog mit Patienten. Das ist zum einen Patientenwunsch, zum anderen können digitale Anwendungen die Behandlung gezielt unterstützen, etwa um Praxisbesuche und Krankenhausaufenthalte gezielt vor- oder nachzubereiten.



Sieben verschiedene Typen von Gesundheits-Apps hat die Bertelsmann Stiftung identifiziert

Dazu gehört sicherlich auch, sich mit dem Angebot auf dem Markt zu beschäftigen und die Erstattungssituation bei Apps zu kennen. Dass Patienten digitale Gesundheitsanwendungen nutzen, wird immer selbstverständlicher. Und wir prognostizieren, dass sich beim Angebot schon in Kürze die Spreu vom Weizen trennen wird.

Und: Warum sollten nicht mehr Ärzte selbst unter die Gründer gehen oder aktiv den Kontakt zu Gründern und Anbietern suchen? Es braucht ärztliche Kompetenz im Feld.

Künstliche Intelligenz in der Medizin Wir brauchen deutlich mehr Daten!



Dr. Daniel Sonntag, Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI)

Die Bundesregierung ist entschlossen, sowohl Forschung und Entwicklung als auch Anwendung von KI in Deutschland und Europa auf ein weltweit führendes Niveau zu bringen. Die Eckpunkte für eine Strategie Künstliche Intelligenz sind Ende Juli 2018 veröffentlicht worden. In diesem Beitrag greife ich die wichtigsten Eckpunkte auf, um sie in den Anwendungsbereich der Medizin zu übertragen. Beleuchtet wird die Ausgangssituation, die Handlungsfelder und der Transfer in die medizinische Versorgung vor dem Hintergrund der KI-Forschung in Deutschland, Europa und den USA. Welche Bedeutung hat Künstliche Intelligenz für das Gesundheitswesen?

Ausgangssituation: Künstliche Intelligenz hat in den letzten Jahren eine neue Reifephase erreicht und entwickelt sich zum Treiber der Digitalisierung in allen Lebensbereichen. KI in der Medizin läuft oft unter dem Namen Medizinische Cyber-Physische Systeme (engl. medical CPS, <http://www.dfki.de/MedicalCPS/>). Damit ist vor allem der Echtzeitcharakter bei vernetzten klinischen Systemen gemeint, dass z.B. Entscheidungsunterstützung schon bei der Untersuchung vorliegen kann, oder kleine Geräte automatisch Schmerzmittel verabreichen können. Die KI ist eine Querschnittstechnologie, die für alle Bereiche der Medizin mit Bilddaten, Textdaten und Biodaten von großer Bedeutung ist.

Handlungsfelder: Entscheidend für die erfolgreiche Anwendung von KI sind der Zugang zu Daten und die Integration in komplexe medizinische Dienstleistungen im klinischen und nicht-klinischem Umfeld. Darum muss die Menge an nutzbaren, qualitativ hochwertigen Daten deutlich erhöht werden. Meiner Auffassung nach wird in Zukunft der Schlüssel zum Erfolg in der Datenakquisitionsstrategie liegen. Technologien können relativ leicht repliziert werden, qualitative Daten nicht, weil sie auf längere Sicht zur Verarbeitung mit KI-Technologien mühsam aufgebaut werden müssen. Darum kann Deutschland längerfristig damit punkten, die Eingabe patientenrelevanter Basisdaten und anderer digitaler Informationen zum Krankheitsstand zu motivieren und auszubauen. Es wäre sinnvoll, den nationalen Anteil der Fördermittel

im Bereich Digitalisierung zu verdoppeln und im Bereich der Medizin zu verdreifachen, um die Datenakquisition zu verbessern. Davon profitieren würde beispielsweise die schnelle Umsetzung digitaler Testverfahren für Demenz und Lösungen einer digitalen elektronischen Patientenakte mit webbasiertem Lese- und Schreibzugriff.

Transfer: Neue Geschäftsprozesse und Anwendungen können jetzt ermöglicht und wirtschaftspolitische Impulse gesetzt werden. Mit der Verfügbarkeit höherer Rechenleistung und der Fokussierung auf spezielle, realitätsnahe Aufgaben (z.B. Bilderkennung in der Dermatologie oder auf Röntgenaufnahmen) gelingt es der KI-Forschung, sich erfolgreich zu etablieren. Hier ist die Qualität der Ergebnisse bei ganz speziellen Fragestellungen mit der von Fachärzten vergleichbar. Also sollte die KI-gestützte Diagnose und Behandlung auch in Kliniken und Praxen abrechenbar sein. Ein weiterer Anreiz für Ärzte ist eine schnelle und kostengünstige Zweitmeinung: Sprachassistenten werden in Zukunft zur medizinischen Diagnose zur Verfügung stehen.

Die Bedeutung für das Gesundheitswesen kann beispielhaft aufgezeigt werden: Die KI wird erstens dazu beitragen, dass Ärzte durch geschickte Vorverarbeitung von medizinischen Texten und medizinischen Bildern Dinge erkennen, die ihnen nicht ohne Weiteres aufgefallen wären. Ein zweites Beispiel ist im nicht-klinischen Bereich zu finden: Um den Angehörigen von Pflegebedürftigen mehr Alltagsfreiheit zu verschaffen, werden Roboter einfache Haushaltsaufgaben mithilfe ihrer sensomotorischen Intelligenz übernehmen und durch Sprach- und Video-Funktionen eine Brücke zur Außenwelt schaffen. Drittens, durch KI-Systeme wird auch jeder Patient die Möglichkeit haben, von zuhause per Knopfdruck eine Meinung zur Diagnose und Therapie einzuholen, schon bevor er zum Arzt geht.

Ein Problem stellt die Forderung zur Kontrolle und Nachvollziehbarkeit KI-basierter Prognose- und Entscheidungssysteme dar. Es muss meiner Meinung nach von Fall zu Fall unterschieden werden, wann diese Anwendung finden sollen und wann nicht. Die Mensch-Maschine-Schnittstelle und speziell Sprachassistenten gewinnen an Bedeutung, weil der Arzt in einer Behandlungssituation, auch während einer Operation, schnell entscheiden muss.

Konzepte zur Förderung radikaler Innovationen gibt es zu wenig; in Anlehnung an das US-amerikanische DARPA-Modell (Defense Advanced Research Project Agency) sollten Deutschlands KI-Forscher in der Medizin mehr Unabhängigkeit von politischer Steuerung und Kontrolle sowie große Flexibilität bei der Gestaltung der Forschungsprojekte während der Projektphase erhalten. Neue Ideen entstehen während eines Projekts und dann muss eine Möglichkeit für Forschungsinstitute geschaffen werden, auch nicht-anonymisierte Daten für die Forschung zu bekommen, da eine Anonymisierung zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde.

Es gibt bereits eine Prototyp-Anwendung, die mit Hilfe derer hochqualitativen Daten einer klinischen Studie im BMWi-Projekt (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) KDI (Klinische Datenintelligenz) realisiert wurde. Viele ähnliche Entscheidungsunterstützungssysteme wären heute schon möglich, wenn Datenpartnerschaften zwischen Kliniken und Forschungsinstituten wie dem DFKI existierten. Hier sehe ich die Grundlage für den Einsatz von KI in der Medizin unter schutzwürdigen Interessen von Patientinnen und Patienten.

Interview zu KI mit Bitkom-Präsident Achim Berg Für Deutschland bedeutet KI eine neue Stunde Null



Foto: Achim Berg

Achim Berg ist Präsident des Digitalverbandes Bitkom. Im Jahre 1999 als Zusammenschluss einzelner Branchenverbände in Berlin gegründet, vertritt Bitkom mehr als 2.600 Unternehmen der digitalen Wirtschaft, unter ihnen mehr als 1.000 Mittelständler, über 400 Startups und nahezu alle Global Player.

Welche Relevanz hat Künstliche Intelligenz für die Medizin?

Es gibt eigentlich keinen Bereich, in dem Künstliche Intelligenz keine Relevanz hätte – von der Bildung über die Energieversorgung bis zur Verkehrsplanung. Mit das größte Potenzial gibt es tatsächlich in der Medizin. Ein Beispiel: Das medizinische Wissen, das wir heute haben, verdoppelt sich alle 75 Tage. Täglich werden 3.000 medizinische Fachartikel veröffentlicht. Kein Arzt der Welt kann das verarbeiten – für ein KI-System ist das aber kein Problem. KI kann Ärzten helfen, schnell gute Entscheidungen zu treffen.

Wie wird das Nebeneinander von Arzt und Künstlicher Intelligenz konkret aussehen?

Künstliche Intelligenz verändert in der Medizin die Prävention, Diagnose und Therapie, aber auch die Rolle des Arztes. Künstliche Intelligenz kann beispielsweise Radiologen oder Gastroenterologen dabei unterstützen, die Unmengen an Daten und Bildmaterial auszuwerten, Onkologen können Hinweise auf besondere Ausprägungen einer Krebserkrankung erhalten. Künftig können Risikopatienten frühzeitig vorgewarnt werden, bevor ein kritisches Ereignis wie ein Herzinfarkt oder Hirnschlag eintritt. Eine KI kann im Übrigen auch von bürokratischen Aufgaben entlasten, mit denen Krankenhausärzte täglich bis zu drei Stunden ihrer wertvollen Zeit verbringen.

Wie funktioniert das genau?

Man darf sich einen Robo-Doc nicht wie einen Androiden vorstellen, der anstelle eines Gehirns ein neuronales Netzwerk besitzt und agiert

wie ein Arzt aus Fleisch und Blut. Eine KI ist immer hochspezialisiert. Sie kann also z.B. eine maligne Hautveränderung erkennen. Die Systeme werden also auf eine ganz bestimmte Funktion hin trainiert, dazu brauchen sie neben einer guten Software vor allem eines: Daten.

Wie verändert sich dann die Rolle der Ärzte?

KI-Systeme werden Ärzte nicht ersetzen. Man muss sie sich eher wie hoch spezialisierte, medizinische Analysten vorstellen. Es kann also durchaus sein, dass ein Dermatologe zunächst Unterstützung eines bildverarbeitenden Diagnosesystems erhält und anschließend ein auf Genomanalysen spezialisierte KI konsultiert, um die optimale, individuelle Therapie für einen Hautkrebspatienten zu entwickeln.

Künstliche Intelligenz wird also nicht der Wettbewerber, sondern der Kollege für den Arzt werden. Der Mediziner hat dann voraussichtlich mehr Zeit für seine Patienten.

Wie stehen die Ärzte dem gegenüber?

In Deutschland scheinen die Ärzte durchaus offen zu sein für eine KI-Unterstützung im Versorgungsalltag. Das hat eine gemeinsame Umfrage von Bitkom und Hartmannbund verdeutlicht, an der sich 477 Ärzte aus Klinik und Praxis beteiligt haben. Befragt nach Zukunftsszenarien für das Jahr 2030 sieht jeder dritte Arzt künstliche Intelligenz in der Medizin im Alltagseinsatz.

Wie sieht es mit der Forschung zu Künstlicher Intelligenz in Deutschland aus?

So wie Deutschland heute als Industrie- und Automobilnation gilt, so muss Deutschland der Zukunft eine KI-Nation sein. In den kommenden Jahren wird sich völlig neu entscheiden, welche Nationen in der globalen Wirtschaft den Ton angeben. Dafür braucht es nicht in erster Linie Computer, sondern Köpfe und Daten. Wir müssen diese klugen Köpfe an unseren Schulen und Hochschulen ausbilden und dann dafür sorgen, dass sie ihr Wissen hier in die Praxis übersetzen und nicht auf dem schnellsten Weg ins Ausland gehen. Der Ankündigung der Bundesregierung, Daten verfügbar und nutzbar zu machen und dafür auch den entsprechenden nationalen und EU-weiten

Rechtsrahmen zu schaffen, kommt dabei herausragende Bedeutung zu. Nur mit Daten lässt sich Künstliche Intelligenz trainieren und können Verbraucher, Patienten und Ärzte von KI-Systemen profitieren. Das reicht von der optimalen medizinischen Diagnose und Behandlung bis zur smarten Verwaltung. Für industriell geprägte Volkswirtschaften wie Deutschland bedeutet KI eine neue Stunde Null.



Politik, Wirtschaft und Ärzte drängen auf E-Health-Gesetz II In den Startlöchern: eRezept & Co auf dem Weg in Richtung Regelversorgung

Nachdem bereits diverse Male entsprechende Andeutungen durch die Medien geisterten und im Umfeld gesundheitspolitischer Veranstaltungen verschiedentlich Ankündigungen zu vernehmen waren, forderten es jüngst auch die Delegierten des Deutschen Ärztetages in Erfurt: Ein E-Health-Gesetz II. Und mit der Einschätzung, dass zur Nutzbarmachung der zahlreichen Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf besteht, steht das Ärzteparlament bei Weitem nicht alleine da. Ärzte, Krankenkassen, Vertreter der Wirtschaft und nicht zuletzt auch die Politik selbst – sie alle stimmen in dieser Hinsicht überein. Wenn freilich auch mit durchaus verschiedenen Schwerpunktsetzungen.

Während aus Sicht der Ärzte insbesondere die künftige Rolle der gematik sowie Aspekte rund um die elektronische Gesundheitskarte nebst Patientenakte im künftigen Versorgungsalltag im Fokus stehen, kommen aus der Industrie vor allem Forderungen eine Beschleunigung der Prozesse zur Erstattung digitaler Anwendungen (wie etwa Blutzuckerüberwachungs-Apps o. ä.) durch die Gesetzliche Krankenversicherung sowie Vergütungsregeln für telemedizinische Anwendungen (bspw. für telemedizinische Herzmonitore).

„Wunschliste“ des 121. Deutschen Ärztetages

- Anspruch der GKV-Versicherten auf eine diskriminierungsfreie Wahl einer elektronischen Patientenakte
- Beschleunigung der Einführung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte durch Etablierung einer dauerhaften Erprobungsregion durch die gematik
- Steuerung über positive Anreize statt Sanktionen
- Harmonisierung digital verfügbarer Informationen zu Arzneimitteln
- Übertragung der Zuständigkeit für die Begleitung und Weiterentwicklung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte auf die gematik
- Sicherstellung der Qualität der softwareseitigen Umsetzung von medizinischen Anwendungen durch die Hersteller von Primärsystemen (Praxisverwaltungs- /Apotheken- und Krankenhausinformationssysteme)
- Straffung der Entscheidungsstrukturen innerhalb der gematik
- Regelung des Zugangs zur Telematikinfrastruktur für ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten
- Aufnahme von Mobile-Health-Anwendungen in die GKV-Versorgung

Seitens der Krankenkassen wurde vor allem die noch immer mangelnde Rechtssicherheit bei der Umsetzung der diversen bereits laufenden Projekte zu digitalen Gesundheitsakten bemängelt. Denn: Die Bereitstellung von bei den Kassen vorliegenden Versi-

chertendaten ist von der derzeitigen Rechtslage nicht abgedeckt. Somit hinge man bei der „Befüllung“ der Akten in der Luft.

Die offenkundige Diskrepanz zwischen gesetzlichen Vorgaben und Versorgungsrealität – nicht nur bei der „Aktenproblematik“ – veranlasste das Bundesgesundheitsministerium, bestimmte regelungsbedürftige Aspekte aufgrund der Dringlichkeit in den Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) einzuarbeiten – gewissermaßen im Vorgriff eines umfassenden weiteren und eigenständigen E-Health-Gesetzes. Das in seinen Auswirkungen auch im Bereich der Digitalisierung doch recht weitreichende Gesetz – Krankenkassen

sollen ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen (der Zugriff soll auch mobil möglich sein) und die von den Kassen eingeforderte Rechtssicherheit bei der Datenbereitstellung wird geregelt – ließe sich insofern als „E-Health-Gesetz 1.5“ begreifen.

Allerdings würden auch mit der Umsetzung dieser Ideen viele Fragen offen bleiben. Aus Sicht des Hartmannbundes weist die elektronische Kommunikation zwischen den an der Behandlung der Patienten Beteiligten noch immer Mängel auf. So ist beispielsweise die Interoperabilität und Inkompatibilität der IT-Systeme der Beteiligten nicht ausreichend gesichert, es bleiben Fragen mit Blick auf eine sichere Speichermöglichkeit der erhobenen Daten (verbunden mit einem unkomplizierten Zugriff für Befugte auf Leistungserbringerseite) und – elementar: Bislang fehlt es an einem lückenlosen, ausreichend schnellen und stabilen Internetzugang.

Der nach wie vor bestehende Handlungsdruck wird offensichtlich auch von der Politik so gesehen. Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion jedenfalls kündigte in einem vor der parlamentarischen Sommerpause vorgelegten

Positionspapier an, man wolle zeitnah einen fraktionsübergreifenden Austausch über konkrete Inhalte eines kommenden „E-Health-Gesetzes 2.0“ einleiten.

Dr. Gottfried Ludwig, Leiter der von Bundesgesundheitsminister Spahn neu geschaffenen Abteilung für Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium, skizzierte im Rahmen eines Diskussionsforums der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Digitalisierung die Agenda des Ministeriums für den Bereich E-Health. Neben den oben erwähnten und bereits im Terminservice- und Versorgungsgesetz umgesetzten Handlungsbedarfen, thematisierte Ludwig weitere Aspekte – diese scheinen, da bislang noch nicht in einer Gesetzesinitiative aufgegriffen, für ein E-Health-Gesetz II in Frage zu kommen:

- Für digitale Anwendungen müssten Zugangswege in die Regelversorgung geschaffen werden.
- Das aktuelle System zur Datennutzung, insbesondere im Zusammenhang mit „Big-Data“, sei „nicht adäquat“. Zwar dürfe Datennutzung kein Selbstzweck sein, aber im Sinne der Bürgerinnen und Bürger müssten Möglichkeiten geschaffen werden, den verfügbaren Datenschatz zum Wohle von Patienten zu nutzen. Hierzu müssten vor allem einfache Wege der Zustimmung zur Nutzung geschaffen werden.
- Beim Thema Fernbehandlung dürfe man „nicht stehenbleiben“ – insbesondere die Aspekte Fernverschreibung und eRezept würden drängen. Sonst drohten Abwehrkämpfe und schlussendlich von außen ins System gedrängte Veränderungen. Besser sei es, auch diesen Bereich nach eigenen Qualitätsmaßstäben zu gestalten.

Positiv sei wahrzunehmen, dass mittlerweile alle Akteure des Gesundheitswesens das weite Themenfeld Digitalisierung und E-Health energisch vorantreiben. Grundsätzlich erlebe er eine „intensive Zeit“ mit vielen konstruktiven Gesprächen. Die Bereitschaft zur Kommunikation und zum Aufgreifen von Sachargumenten wird man der „Digital-Abteilung“ des Bundesgesundheitsministeriums also kaum absprechen können, nun muss sich zeigen, ob im Zusammenspiel der zahlreichen Akteure für Patienten und Ärzte sinnvolle, die Versorgung unterstützende Regelungen erarbeitet werden können.

Wirrwarr um die elektronische Patientenakte

Vivy... TK-Safe...?! Ja, wo soll es denn nun langgehen?

Vivy, TK-Safe, Digitales Gesundheitsnetzwerk... Ein großer Teil der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer arbeitet mit Hochdruck an elektronischen Gesundheitsakten, auf deren Inhalte die Kunden selbstständig und auch per Mobiltelefon zugreifen können. Aber wie stehen diese mobil verfügbaren Gesundheitsakten im Verhältnis zur im E-Health-Gesetz aufgeführten elektronischen Patientenakte? Welche Lösung ist wie gesetzlich geregelt? Was können, was müssen sie leisten? Der Versuch einer Bestandsaufnahme und eines Ausblicks...

Klar scheint: Die gelungene Umsetzung einer digitalen Akte wäre für alle Akteure des Gesundheitswesens und vor allem die Patientinnen und Patienten ein beachtlicher Gewinn mit hohem Mehrwert im Versorgungsalltag. In der öffentlichen Diskussion verschwimmen aber immer wieder die Begrifflichkeiten Patientenakte und Gesundheitsakte. Dabei ist zumindest der grundsätzliche Unterschied, welcher schon in den Ursprüngen liegt, leicht zu erklären: Die bereits „am Markt“ befindlichen Gesundheitsakten von Krankenkassen fußen auf einer gesetzlichen Regelung aus dem Jahr 2004, wonach die Kassen eine „persönliche elektronische Gesundheitsakte“ finanzieren dürfen – die konkrete technische Umsetzung ist den Anbietern, unter Beachtung sonstiger Vorschriften natürlich, freigestellt. Der Funktionsumfang – selbstbestimmter Zugriff für die Patientinnen und Patienten auf ihre Gesundheitsdaten mit Möglichkeit diese auch Ärzten etc. zur Verfügung zu stellen – ist bei allen bisher nutzbaren Angeboten ähnlich.

Die Patientenakte hingegen basiert auf Ideen des Gesetzgebers, welche im E-Health-Gesetz Eingang fanden. Ab 2019 sollte die elektronische Patientenakte auf der berühmt-berüchtigten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden können. Die gematik muss dazu, laut Gesetz, bis Ende 2018 konzeptionelle Vorarbeiten leisten und beispielsweise Interoperabilitätsfestlegungen treffen.

Nach dem geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), der Entwurf wurde Ende Juli vorgelegt, sollen Krankenkassen nun verpflichtet werden, ihren Versicherten auf Wunsch spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der gematik

zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Nach Lesart der Bundesregierung handelt es sich bei der „alten“ Vorgabe zu den Gesundheitsakten also lediglich um eine „Finanzierungsregelung“, damit die Kassen bereits im Vorfeld der Zurverfügungstellung von gesetzlich vorgeschriebenen Patientenakten am Markt angebotene Aktenlösungen für ihre Versicherten erproben und finanzieren können.

Nun steckt der Teufel allerdings, wie so oft, auch hier im Detail. Denn: Ein einheitlicher Regulierungsrahmen für die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten elektronischen Akten wurde bislang nicht geschaffen, mit der Folge eines gewissen „Kudelmuddels“ bei der technischen Umsetzung. Wenn die gematik die ihr obliegenden Vorbereitungsarbeiten entsprechend der gesetzlichen Frist bis Ende 2018 abschließt, müssen die Krankenkassen diese Grundlagen jedoch bei den von ihnen finanzierten Akten berücksichtigen. Sprich: Bestehende Systeme und Akten müssen, in noch zu klärendem Umfang, angepasst und mit Schnittstellen versehen werden.

Die technischen Unterschiede sind allerdings immens. Während beispielsweise bei dem Angebot der Techniker Krankenkasse „TK-Safe“ und der Lösung „vivy“ von mehreren Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen die Daten in Rechenzentren in Deutschland zentral gespeichert werden, wählte die AOK-Familie für ihr „Digitales Gesundheitsnetzwerk“ einen anderen Ansatz: Hier werden die medizinischen Informationen und Dokumente dezentral gespeichert, die Daten bleiben also auf dem Server des jeweiligen Erfassers (Arztpraxis, Klinik, etc.). Wie gut sich diese verschiedenen Ansätze integrieren lassen, ist noch unklar. Laut Bundesregierung soll die von der gematik zugelassene Patientenakte bei einem Kas- senwechsel übertragbar sein...

Zudem muss sich die gematik mit der Problematik auseinandersetzen, dass nun laut Gesetzgeber ein zusätzlicher technischer

Zugriffsweg für die Versicherten auf die Daten der elektronischen Patientenakte ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte eröffnet werden soll. Auch hierfür müsste noch ein neues Zulassungsverfahren mit geeigneten Kriterien festgelegt werden, geplanter Stichtag ist der 31. März 2019. Ursprünglich war lediglich ein Zugriff per „2-Schlüssel-Prinzip“ vorgesehen, für welches man neben einem Kartenlesegerät auch einen Heilberufsausweis benötigen würde. Das dies nicht mehr der Lebenswirklichkeit mit Smartphones oder Tablets entspricht, ist offensichtlich – nicht umsonst bieten alle oben genannten Gesundheitsakten mobilen, einfachen und passwortgeschützten Zugriff.

Wie bei allen anderen Ansätzen, soll auch bei der gesetzlich vorgesehenen Akte, dass die Datenhoheit beim jeweiligen Versicherten liegt. Auf die logische Folge kann aus ärztlicher Sicht deshalb nur immer wieder hingewiesen werden: Nur der „Inhaber“ der Akte kann die Vollständigkeit der eingestellten Daten gewährleisten. Die digitalen Akten können also weder die Primärdokumentation des Arztes noch die etablierte Arzt-Arzt-Kommunikation ersetzen, sondern nur eine Ergänzung zu bereits bestehenden Dokumentations- und Kommunikationswegen darstellen. In diesem Zusammenhang fordert unter anderem die Kassenärztliche Bundesvereinigung nachdrücklich, eine drohende manuelle Mehrfachdokumentation durch Ärzte mittels geeigneter technischer Lösungen auszuschließen – etwa durch direkte Übernahme von Daten aus den Praxisverwaltungssystemen.

Und es gibt eine weitere Baustelle, da auch die Finanzierung des Betriebs, der „Befüllung“ und Nutzung der Patientenakten durch die Leistungserbringer noch nicht abschließend geregelt ist. Zwar können Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser möglicherweise mit zusätzlichen Vergütungen rechnen, konkret ist die Politik hier allerdings noch nicht geworden...

„Die Bundesregierung prüft, im Rahmen eines Digitalisierungsgesetzes auch Regelungen zur Finanzierung der elektronischen Patientenakte und zur Vergütung der Leistungserbringer zu schaffen.“ – Antwort der Bundesregierung von Ende Juli auf eine entsprechende Kleine Anfrage der FDP.

Wo soll es nun langgehen?
Der Gesundheitsminister will Klarheit schaffen.

WORLD FORUM
FOR MEDICINE

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
12-15 NOVEMBER 2018

www.medica.de Member of  MEDICAlliance

- Die Medizinwelt auf dem Sprung in die digitale Zukunft
- Der weltweite Überblick: nur auf der MEDICA 2018

BE PART OF THE NO. 1!




Messe
Düsseldorf

Zukunftsmodell Praxisnetze? Wunsch nach Leistungserbringerstatus scheint nicht mehr unerfüllbar

Praxis- bzw. Ärztenetze sind bereits seit längerem eine bewährte, regionale Kooperationsform von Vertragsärzten und Psychotherapeuten verschiedener Fachrichtungen. Die Ziele sind seit den Anfängen Ende der 90er Jahre dieselben geblieben: Die berufliche und wirtschaftliche Situation der Ärzteschaft verbessern und zugleich die Qualität sowie die Effizienz der Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit steigern. In den letzten Jahren ist im Bereich der Netze eine erhöhte Dynamik wahrzunehmen, die sich nicht zuletzt auch in einer stärkeren Beachtung dieses Versorgungsmodells durch die politischen Entscheidungsträger zeigte – eine Grundvoraussetzung für nachhaltigen Erfolg.

Die Zahl der Ärztenetze stieg aufgrund der Beharrlichkeit der „Netzakteure“ und einer schrittweisen Verbesserung der Rahmenbedingungen stetig an. Existierten im Jahr 2002 bundesweit noch etwa 200 Netze, in denen rund 10.000 niedergelassene Ärzte zusammengeschlossen waren, sind es aktuell circa 400 Netze mit schätzungsweise schon rund 30.000 Ärzten. Einige dieser Netze sind inzwischen so groß und bündeln so viele Ärzte einer Region, dass direkte Verträge mit Krankenkassen abgeschlossen und Teile der medizinischen Versorgung selbst gestaltet werden können.

Seit dem Jahr 2013 sind „besonders förderungswürdige Praxisnetze“ durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Sozialgesetz-

„Um weitere Optionen für die regionale Versorgung zu ermöglichen, sollten nach § 87b Abs. 4 als besonders förderungswürdig anerkannte Praxisnetze der Stufen I und II künftig den Leistungserbringerstatus erhalten können.“ – Passus aus dem 2018 vorgelegtem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

buch verankert. Bestimmte Praxisnetze können deshalb seit einigen Jahren von einer finanziellen Förderung profitieren. Dazu müssen sie mindestens drei Jahre in der Versorgungslandschaft bestehen sowie bestimmte Struktur- und Qualitätsanforderungen der bundesweiten Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfüllen – dann können sie in drei Entwicklungsstufen (Basisstufe, Stufe I, Stufe II) als förderungswürdig anerkannt werden. Bislang wurden etwa 70 Praxisnetze mit aktuell ca. 6.000 beteiligten Vertragsärzten anerkannt. Diese Zahl mag angesichts von 400 Netzen gering erscheinen, allerdings kommen deutschlandweit nur etwa 90 Netze potenziell für die Förderungen nach oben genannter Maßgabe infrage.

Die genaue Ausgestaltung der regionalen Fördermaßnahmen regeln die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen eigenständig – das Spektrum reicht über die finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit, die Bezuschussung von Verwaltungskosten, Einmalzahlungen, Zahlungen zur Einzelprojektfinanzierung bis hin zu Anpassungen der Mengenbegrenzung für teilnehmende Ärzte oder Punktwertschlägen für die abgerechneten Leistungen.

Was professionell aufgestellte Netze zu leisten in der Lage sind, zeigt sich unter anderem am, oftmals als „Leuchtturmprojekt“ angeführten, vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodell „Gesundes Kinzigtal“ in Baden-Württemberg (das erste als Stufe II anerkanntes Praxisnetz in Deutschland), welches bereits seit 2005 besteht. Erste

Untersuchungen – eine mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte umfangreiche Evaluation läuft noch – haben bereits gezeigt, dass die Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung kostengünstiger und die Qualität tendenziell höher ist. Im Jahr 2013 kostete laut Berechnungen jeder im Kinzigtal eingeschriebene Versicherte immerhin 170 Euro weniger, als aufgrund seines Morbiditätsrisikos zu erwarten gewesen wäre.

Um den Praxisnetzen noch weitergehende Möglichkeiten zu geben, ihre Vorteile für die medizinische Versorgung voll auszuspielen, fordert die Agentur deutscher Ärztenetze als Interessensvertretung der Praxis- und Ärztenetze seit längerem nachdrücklich, dass Netze den Status von Leistungserbringern im Sozialgesetzbuch erhalten. Professionell strukturierte und organisierte Ärztenetze müssten Vertragspartner mit allen Rechten und Pflichten sein können – etwa beim Abschluss von Strukturverträgen oder bei der Gründung ärztlich geleiteter Medizinischer Versorgungszentren.

Bestimmte Netze, welche die notwendigen qualitativen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen, sollten zudem – so die Forderung – die Möglichkeit erhalten, einen regionalen Versorgungsauftrag oder ein eigenes Honorarbudget zu erhalten.

Mittelfristig scheint zumindest der Wunsch nach dem Leistungserbringerstatus erfüllbar: Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschloss Mitte Juni einstimmig, das Bundesministerium für Gesundheit zu bitten, die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch eine Stärkung der anerkannten Netze weiter zu verbessern. Insbesondere soll es Praxisnetzen ermöglicht werden, Arztsitze zu erwerben sowie Ärztinnen und Ärzte oder anderes medizinisches Personal anzustellen – damit wäre zumindest ein Teil der oftmals als Einschränkungen empfundenen Regularien gelockert. Ein erster Schritt könnte mit dem geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz erfolgen: Das Bundesgesundheitsministerium will anerkannten Praxisnetzen in unterversorgten Gebieten gestatten, Medizinische Versorgungszentren zu gründen.

„Zusammenarbeit und Vernetzung sind wichtige Voraussetzungen für eine am Patienten orientierte Versorgung. Kooperative Versorgungsformen können die Versorgung verbessern und das jeweilige Versorgungspotential effizient nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetze nun weitergehend genutzt. Dafür wird diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten Regionen MVZ zu gründen.“ – Aus dem Entwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz von Ende Juli.



Im Extremfall könnten wir auch Versorgungsaufträge einer KV übernehmen

Im Leipziger Gesundheitsnetz e.V. (seit 2014 das 1. zertifizierte Praxisnetz der KV Sachsen in Stufe 1) haben sich seit 2009 rund 100 freiberuflich niedergelassene Haus- und Fachärzte aller Fachrichtungen sowie Therapeuten unter dem Motto „Gemeinsam gut versorgen“ zusammengeschlossen, um die medizinische Versorgung in der Region Leipzig zukunftsfähig mitzugestalten. Der Vorstandsvorsitzende des Netzes, Dr. Jürgen Flohr (Jahrgang 1968), stand uns für ein Interview zur Verfügung. Flohr ist, nach ärztlicher Tätigkeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr im In- und Ausland, seit 2002 als niedergelassener Allgemeinarzt und Palliativmediziner in eigener Praxis tätig. Neben seiner Praxistätigkeit und dem Engagement für das Gesundheitsnetz (seit 2011 ist er auch Geschäftsführer der dazugehörigen LGN Management GmbH, diese ist für den Verein tätig, um dessen Kooperationen und Verträge z.B. mit Krankenkassen abzuschließen und zu verwalten) übernahm er Mitte 2017 als 2. Beisitzer im Vorstand des Landesverbandes Sachsen auch Verantwortung im Hartmannbund.

Guten Tag Herr Flohr, seit dem Jahr 2009 arbeiten Sie mit und für das Leipziger Gesundheitsnetz. Worin besteht Ihrer Erfahrung nach die Motivation der Mitglieder zur Zusammenarbeit?

Ein wesentlicher Punkt dürfte sein, dass es unser Praxisnetz ermöglicht, besser und flexibler auf die stetigen gesundheitspolitischen Veränderungen zu reagieren – damit können wir eine langfristige Sicherung und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der freiberuflichen Niederlassungen erreichen. Zudem kann das Leipziger Gesundheitsnetz die regionalen fach- und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen direkt mitgestalten.

Im welchen Umfang leistet das Leipziger Gesundheitsnetz Versorgung in der Region?

Die Haus- und Fachärzte des Netzes behandeln jährlich rund 300.000 Patienten in der Regelversorgung – wobei die Patienten hauptsächlich aus einem Einzugsgebiet mit einem Radius von rund 30-35 km rund um Leipzig stammen. Daneben besteht seit 2011 ein indikationsübergreifender Selektivvertrag mit der DAK.

Zusätzlich bestehen diverse Kooperationsverträge, beispielsweise mit GeriNet Leipzig. Hier werden innovative Versorgungsmodelle wie die Videosprechstunde oder der Einsatz von Fallmanagern in der Versorgung von geriatrischen Patienten erprobt.

Und natürlich wird „interne“ Netzarbeit geleistet: Ein wichtiger Schwerpunkt sind hierbei langfristig ausgerichtete Fort- und Weiterbildungskonzepte für Ärzte und Praxisteams mit rund 15 Veranstaltungen und 700 Teilnehmern pro Jahr. Hinzu kommt unter anderem die Arbeit in Kompetenzgruppen und Qualitätszirkeln sowie das Netzmanagement selbst...

Stichwort Netzmanagement: Wie maßgeblich ist dieser Faktor Ihrer Meinung nach für eine möglichst positive Wirkung eines Netzes? Und welche weiteren Punkte spielen für die gelungene Etablierung eines Praxisnetzes eine Rolle?

Ohne Vollzeitnetzmanagement geht es nicht, da sonst keine strukturierte und kontinuierliche Netzarbeit neben dem Führen der eigenen Arztpraxen durch die Vorstandsmitglieder möglich wäre. Das Leipziger Gesundheitsnetz unterhält eine professionelle personelle und technische Infrastruktur, um seinen Vertragsbeziehungen und Dienstleistungen auf hohem qualitativem Niveau gerecht zu werden und eine zentrale Anlaufstelle für alle Anfragen und Projekte innerhalb des Netzes zu bieten.

Zudem erscheint uns die Mitgliederanzahl eine gewisse Rolle zu spielen, maximal 150 Ärztinnen und Ärzte erscheinen ideal – so besteht ausreichend Verhandlungs- und Umsetzungsmacht, aber gleichzeitig ist enger interner persönlicher haus- und fachärztlicher Austausch möglich.

Offen ist leider nach wie vor der Punkt einer gesundheitspolitisch verpflichtenden offenen Schnittstelle zur praxisverwaltungssystemübergreifenden strukturierten elektronischen Kommunikation zwischen Ärzten sowie zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Was macht ein professionell aufgestelltes Netz noch aus? Woran können und sollten aktuelle und potenziell künftig Beteiligte arbeiten?

Die Kernziele müssen stimmen: Das heißt die Qualität der medizinischen Leistungserbringung, z.B. mit einer etablierten, abgestimmten und akut schnelleren Versorgungskette für Patienten. Hierfür sind vor allem aufwandsarme Kennzahlensysteme in Zusammenarbeit mit Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen weiter zu entwickeln und mit Vergütung zu hinterlegen. Die Patientenzufriedenheit stellt natürlich ein wichtiges Kriterium dar. Im Leipziger Gesundheitsnetz führen wir eine zweijährliche Patientenbefragung durch – mit sehr guten, überdurchschnittlichen Ergebnissen, insbesondere bei den Punkten Patientenzuwendung und Betreuung durch Arzt und Praxispersonal. Die gewonnenen Erkenntnisse nutzen wir für die Weiterentwicklung und Verbesserung auf Praxis- und Netzebene. Klar ist aber auch, dass die Wirtschaftlichkeit gesichert werden muss. Deshalb ist es für das Netz wichtig, Kooperationsverträge zu initiieren und abzuschließen.

Abschließend ein Wunsch für die Zukunft?

Wünschenswert – aber derzeit nicht möglich – wäre es, wenn nach § 87b SGB V anerkannte Praxisnetze im Falle nachweisbar vorliegender Versorgungsdefizite regionale Versorgungsaufträge einer Kassenärztlichen Vereinigung übernehmen könnten. Derzeit steht nur die selektivvertragliche Option mit einzelnen Krankenkassen offen.



Dr. Jürgen Flohr

Sommerpause? Fehlanzeige! Bundesgesundheitsminister Spahn macht Nägel mit Köpfen

Im Hause Spahn wird aufs Tempo gedrückt – so der Befund in der letzten Ausgabe des Hartmannbund Magazins nach drei Monaten Amtszeit des (damals) neuen Bundesgesundheitsministers. Weitere drei Monate später lässt sich konstatieren: Jens Spahn und sein Ministerium halten die Schlagzahl hoch. Statt einer Sommerpause befand man sich im Dauereinsatz. Selbstbewusst. Die über Jahre gesammelten Erfahrungen Spahns im Bereich Gesundheitspolitik – sicher auch die als Staatssekretär im Finanzministerium – ersetzen übermäßige ministerielle Einarbeitungszeit und machen sich beim Output bemerkbar – auch wenn aus Sicht der Ärzteschaft gewiss nicht jede Idee auf ungeteilten Beifall trifft.

Diese Arbeitsleistung des Ministers und seines Hauses schlägt sich auch in einer veränderten medialen Wahrnehmung nieder: War dem jungen Minister zunächst wegen vermeintlich zu weit „über den Tellerrand“ hinausgehender Positionierungen zu Themen wie Sicherheit und Migration ein gewisses Maß an Skepsis entgegengeschlagen, herrscht mittlerweile das Bild des engagierten Kümmerers vor.

Dies ist zunächst beim „breiten Publikum“ vor allem den Initiativen beim Megathema Pflege zu verdanken: Neben der Fertigstellung der Prüfungsverordnung zum Pflegeberufgesetz der letzten Legislaturperiode – die Zustimmung des Bundestages ist Ende Juni erfolgt, der Bundesrat wird nach der parlamentarischen Sommerpause folgen – legte Spahn einen mittlerweile vom Bundeskabinett absegneten Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vor, welches bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft treten soll.

Ziel: 13.000 neue Stellen

In der stationären Altenpflege sollen 13.000 Stellen neu geschaffen und von der gesetzlichen Krankenkasse ohne finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen finanziert werden (im Koalitionsvertrag waren 8.000 vorgesehen).

Bereits ab dem Jahr 2018 sollen die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden.

Der Krankenhausstrukturfonds wird ab 2019 für vier Jahre mit einem Volumen von 1 Milliarde Euro jährlich fortgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zur Hälfte aus der

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder.

Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser wird ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhaushausindividuelle Vergütung umgestellt.

Ab dem Jahr 2020 soll eine Regelung zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern, und so der Gewährleistung von Patientensicherheit, gelten, welche Auskunft über das Verhältnis der Pflegekräfte in einem Krankenhaus zu dem zu leistenden Pflegeaufwand („Pflegequotient“) gibt. In einer Verordnung sollen Sanktionen für die Krankenhäuser festgelegt werden, die eine bestimmte Mindestpersonalausstattung nicht erfüllen.

Zudem startete Spahn Anfang Juli gemeinsam mit Dr. Franziska Giffey, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, und Hubertus Heil, Bundesminister für Arbeit und Soziales, die sogenannte Konzertierte Aktion Pflege. Zusammen mit Vertretern des Sozialsystems und Akteuren der Pflege sollen weitere konkrete Maßnahmen erarbeitet werden, um den Arbeitsalltag, die Arbeitsbedingungen (inklusive Vergütung) sowie die Ausbildung von Pflegekräften spürbar zu verbessern bzw. zu stärken.

Und mit diesen Maßnahmen trifft Spahn offensichtlich den Nerv der Bevölkerung – trotz notwendiger und bereits angekündigter höherer Beiträge zur Pflegeversicherung. Die Bereitschaft, angesichts der Debatten um Personalmangel, schlechte Arbeitsbedingungen und mögliche Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung von Pflegebedürftigen und Patienten, mehr Geld für die Pflege auszugeben, erleichtert das Arbeiten auf diesem Feld – zudem sind die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen gut gefüllt.

Zum Hintergrund: Im ersten Quartal 2018 haben die Krankenkassen einen Überschuss von rund 416 Millionen Euro erzielt. Die Finanzreserven kletterten damit bis Ende März 2018 auf rund 19,9 Milliarden Euro. Der Kabinettsentwurf beziffert die Mehrausgaben für die Krankenkassen bis einschließlich 2022 auf fast neun Milliarden Euro. Auf die Pflegeversicherung kommen im gleichen Zeitraum insgesamt etwa 900 Millionen Euro zusätzlich zu.

Umfragen stützen Minister-Kurs

Laut einer aktuellen Umfrage des Markt- und Sozialforschungsinstituts INSA stimmt eine große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger den grundsätzlichen Ansätzen Spahns zu. So stimmten 79 Prozent der Aussage zu, dass Krankenhäusern eine Mindestanzahl an ausgebildetem Pflegepersonal vorgeschrieben werden sollte.

Ebenfalls 79 Prozent sprachen sich für einen Zwang zum Flächentarifvertrag in der Pflege aus. Und: 63 Prozent der Befragten stimmte einer Anhebung der Sprechstundenzeit von Kassenärzten auf mindestens 25 Stunden zu.

Dieses Vorhaben des Terminservice- und Versorgungsgesetzes, der Entwurf wurde im Juli vorgelegt, stellt die Umsetzung einer entsprechenden Maßgabe aus dem Koalitionsvertrag dar und sorgt nach wie vor für Stirnrunzeln in der Ärzteschaft und dürfte keine Zustimmungswerte im oben genannten Umfang erreichen.

Sprechstundenregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Niedergelassene Vertragsärzte sollen verpflichtet werden, mehr Sprechstunden anzubieten. Statt wie bisher 20 Stunden pro Woche sollen künftig mindestens 25 Stunden pro Woche für Kassenpatienten frei gehalten werden (Hausbesuchszeiten werden angerechnet). Bestimmte Arztgruppen wie Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden sowie Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sollen mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde, das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Hausbesuche werden auf die erweiterten Sprechzeiten angerechnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Überwachung der Einhaltung der Mindestsprechstunden verpflichtet werden. Dazu sollen sie einheitliche Prüfkriterien festlegen und den Aufsichtsbehörden sowie Landes- und Zulassungsausschüssen jährliche Ergebnisberichte vorlegen.

Zwar sind für die Mehrleistungen, wie seitens der Ärzteschaft nachdrücklich gefordert, im Gesetzentwurf extrabudgetäre, teilweise höhere Vergütungen vorgesehen, diese müssen jedoch erst noch verhandelt werden. „Der Minister attestiert der Ärzteschaft, dass ihr für zusätzliche Leistungen auch mehr Geld zusteht“, begrüßte Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, grundsätzlich die Zielrichtung. Nun sei allerdings die Bereitschaft seitens der Krankenkassen zu einem konstruktiven Dialog gefragt – mit stoischer Blockadehaltung trage man in keiner Weise zur Problemlösung bei. Vor einer absehbaren Blockade der Kassen warnte auch Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die allermeisten Ärzte seien „sehr, sehr skeptisch“ ob tatsächlich mehr Geld bereitgestellt werde, er nehme Bundesgesundheitsminister Spahn in die Pflicht, „dafür zu sorgen, dass seine Vorstellungen – mehr Geld für mehr Leistung – auch umgesetzt „und nicht von den Krankenkassen in alter Manier blockiert werden“.

Entbudgetierung in Sicht?

Zugleich können die in Aussicht gestellten finanziellen Mitteln auch nur einen ersten kleinen Schritt zur Korrektur des vertragsärztli-



chen Vergütungssystems, hin zur Entbudgetierung, darstellen. Aus Sicht des Hartmannbundes müssen die Entbudgetierungsansätze auf weitere Bereiche, insbesondere auf alle Versicherten- und Grundpauschalen sowie Gesprächsleistungen, ausgedehnt werden, um Leistungsverlagerungen innerhalb der Praxen zu verhindern.

Zudem sollte, so die Position des Hartmannbundes, Abstand von Überlegungen genommen werden, die Mindestpräsenz (wie von den Krankenkassen gefordert) über 25 Stunden hinaus weiter zu erhöhen. Die zahlreichen im Praxialtag neben Sprechstunden und Hausbesuchen anfallenden Tätigkeiten könnten dann unter Umständen nicht mehr ausreichend bedient werden. Immer weitergehende Eingriffe in die wirtschaftliche Selbstständigkeit lassen auch negative Auswirkungen auf die Niederlassungswilligkeit bei jungen Ärztinnen und Ärzten befürchten – angesichts der ohnehin bestehenden Nachwuchssorgen ein „no-go“. Dies gilt auch für die im Gesetzentwurf vorgesehene Verschärfung bei der Überwachung der Präsenzpflcht sowie die Ergebnisberichte: Solche überflüssigen, bürokratischen Verschärfungen würden nur zusätzliche zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen des KV-Systems binden, welche letztlich aus Versicherungsgeldern resultieren, ohne die Versorgung zu verbessern.

Auch bezüglich weiterer Punkte des Terminservice- und Versorgungsgesetzes bestehen aus Sicht der Ärzteschaft noch Klärungs- bzw. Änderungsbedarfe, als exemplarische Stichworte lassen sich hier die vorgesehene Aufgabenausweitung der Terminservicestellen und die geplante Verpflichtung der KVen zum Betreiben von Eigeneinrichtungen in unterversorgten Gebieten nennen. Noch allerdings befindet sich der Gesetzentwurf in der Frühphase der Beratungen, insofern besteht genügend Gelegenheit für sachlichen Gedankenaustausch...

Interview mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung,
Staatssekretär Andreas Westerfellhaus

Ärzte sollten Pflegekräfte nicht als Handlanger betrachten, sondern sie als gleichwertige Partner sehen



Foto: Kai Abresch

Andreas Westerfellhaus (61) absolvierte in den 1970er Jahren die Ausbildung als Krankenpfleger. Er arbeitete zunächst auf einer Intensivstation, durchlief die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie und übernahm die Leitung der Abteilung. Dann wandte sich Andreas Westerfellhaus der Pflegeausbildung zu. In den 1980er Jahren studierte er Pädagogik für Gesundheitsberufe und wurde Lehrer in der Krankenpflegeausbildung. Er gründete und leitete eine Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie. 1993 übernahm er die Schulleitung der Krankenpflegehochschule der Westfälischen Kliniken in Gütersloh.

Bei seinem weiteren beruflichen Werdegang ergänzte er seinen Einsatz in der Ausbildung mit betriebswirtschaftlichen Kenntnissen durch ein berufsbegleitendes Studium. Von 2000 bis März 2018 war er als Geschäftsführer der ZAB – Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH tätig. Andreas Westerfellhaus war von 2001 bis 2008 Vize- und Präsident des Deutschen Pflegerates von 2009-2017. Seit 16. April 2018 ist er der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.

Sehr geehrter Herr Westerfellhaus, Hand aufs Herz: Hat Sie der Anruf des Gesundheitsministers überrascht? Der eine oder andere hat Ihre Berufung zum Pflegebevollmächtigten als bisheriger oberster Interessenvertreter der Pflege etwas kritisch gesehen. Hat Sie das irritiert?

Als Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung vertrete ich die Interessen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und aller in der Pflege Tätigen. Das ist meine Aufgabe und daran muss ich mich am Ende der Legislaturperiode auch messen lassen.

Wenn Sie Ihr wichtigstes Ziel für die kommende Legislaturperiode in einem Satz zusammenfassen müssten – wie sähe der aus?

Mein Ziel ist, dass die Leute am Ende der Legislaturperiode sehen, dass sich etwas bewegt hat. Dass die Pflegekräfte sehen, dass sie bessere Arbeitsbedingungen und mehr Kolleginnen und Kollegen haben. Und dass die Pflegebedürftigen und pflegenden

Angehörigen sehen, dass sie bessere Informationen und passgenauere Unterstützung bekommen.

Die Pflegepersonalkosten sollen – nach Herausnahme aus den DRGs – auf Basis eines Konzeptes des InEK nunmehr anhand von Belegungstagen berechnet werden. Für die Vergütung stehen jedoch mit GKV, PKV und DKG die gleichen Akteure wie bisher. Warum sind Sie trotzdem optimistisch, dass wir nicht im nächsten Schritt wieder über Personaluntergrenzen diskutieren müssen?

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde ein Modell aufgenommen, nachdem berechnet wird, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Daran lässt sich abschätzen, wie viel ein Krankenhaus für das Pflegepersonal aufwendet. Unterschreitet das einen festgelegten Wert, drohen Sanktionen.

Aber um es ganz klar zu sagen: Es handelt sich hierbei nicht um einen Ersatz für die Pflegepersonaluntergrenzen. Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen kommen – und zwar zeitnah für alle bettenführenden Abteilungen, so wie im Koalitionsvertrag vorgesehen.

Haben Sie Verständnis dafür, dass auch seitens der Ärzteschaft der Ruf nach festen Personalschlüsseln und entsprechender Finanzierung, gegebenenfalls auch durch Herausnahme aus den DRGs, laut wird? Hier und da wird die Befürchtung geäußert, Kliniken würden ansonsten künftig fehlende Investitionsmittel zu Lasten der Ärzte finanzieren. Eine berechtigte Sorge?

Es gibt einen gravierenden Unterschied: Ärzte erbringen die Leistungen, die DRGs auslösen, die dem Krankenhaus also Geld bringen. Vor allem aber lenken solche Diskussionen davon ab, dass sich viele Krankenhäuser neu aufstellen und neu definieren müssen. Die Zeiten, in denen fast jedes Krankenhaus annähernd das gesamte Versorgungsspektrum anbieten konnte, sind vorbei. Die Zukunft liegt auch hier in der Spezialisierung und in der Vernetzung mit anderen Leistungserbringern.

Bei dieser Gelegenheit drängt sich im Übrigen so ganz nebenbei die Frage auf, ob mit der jüngsten Entwicklung eigentlich das Ende der DRGs eingeläutet ist?

Die DRGs haben sich grundsätzlich bewährt – auch wenn sie jetzt angepasst werden müssen. Der Koalitionsvertrag spricht da deshalb auch eine eindeutige Sprache: Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kom-

bination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt.

Zur Höhe des „Fehlbestandes“ an Pflegepersonal gibt es unterschiedliche Auffassungen. Einigkeit besteht, dass der Bedarf enorm ist. Was glauben Sie, wie schnell sich diese Lücke mit qualifiziertem Personal füllen lässt? Oder müssen wir – ähnlich wie bei den Ärzten – auch da auf ausländisches Personal setzen?

Nachwuchs gewinnen und Fachkräfte länger im Beruf halten ist eine Mammutaufgabe. In erster Linie sind hier die Arbeitgeber gefragt, denn eigentlich ist es ein Unding, dass der Staat in einer Engpassbranche nachhelfen muss, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Wir werden bei der Konzentrierten Aktion Pflege dazu bis Mitte nächsten Jahres Ideen aus der Praxis austauschen und auch mal um die Ecke denken, zum Beispiel mit neuen Arbeitszeitmodellen, so wie ich sie mit dem 80:20-Modell aus Schweden vorgeschlagen habe.

Was ausländisches Pflegepersonal angeht, sollten wir die Anerkennung und Visaerteilung für interessierte und qualifizierte Menschen deutlich beschleunigen. Man sollte das Potenzial von Zuwanderung in der Pflege aber nicht überschätzen, sondern gezielt auch Teilzeitaufstocker und Berufsrückkehrer in Deutschland ansprechen.

Es wird jetzt viel über eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte gesprochen, um den Beruf attraktiver zu machen. Aber wäre es dann damit wirklich getan? Viele meinen, den gleichen Nachholbedarf gäbe es in Sachen Image. Wo sehen Sie die entscheidenden Hebel für die Attraktivitätssteigerung des Berufes?

Mehr Geld allein löst die Probleme in der Tat nicht. Wir müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege völlig neu ordnen, den Fachkräften mehr Autonomie geben, Bürokratie weiter abbauen und die Teamarbeit mit anderen Berufen stärken. Ein entscheidender Hebel sind aber sicherlich flächendeckend Tarifverträge, die auch verlässlichere Arbeitszeiten garantieren.

Und mehr Personal – das bedeutet vor allem eine verbindliche Personalbemessung auch im Krankenhaus.

Wenn wir das alles schaffen, kommt die Imageverbesserung von ganz allein. Denn die Pflege ist ein unglaublich spannender Beruf, abwechslungsreich und verantwortungsvoll.

Bei der Diskussion über die Akademisierung der Pflege fallen häufig Bemerkungen, die sich sinngemäß wie folgt zusammenfassen lassen: Wir brauchen nicht noch mehr akademisiertes Pflegepersonal, das uns sagt wie es geht, sondern wir brauchen mehr Leute die wirklich anpacken. Wie begegnen Sie dieser These?

Wir brauchen beides: Pflegekräfte am Bett mit einer soliden, modernen Ausbildung und akademisch ausgebildete Pflegekräfte für die Weiterentwicklung von Pflegequalität und -beruf. Dafür braucht die Pflege eine eigenständige Forschungsdisziplin. Pflegekräfte mit Bachelor und Master sollen beispielsweise dafür sorgen, dass Pflegekräfte künftig auch heilkundliche Aufgaben übernehmen können.

Stichwort Hierarchie. Würden Sie im Schnitt das Verhältnis von Pflegepersonal und Ärzten an der Klinik als „friedliche Koexistenz“ betrachten? Oder würden Sie sich da mehr Augenhöhe wünschen?

Wir brauchen noch mehr Teamwork am Patienten. Augenhöhe zwischen Pflegekräften und Ärzten haben wir häufig leider noch nicht. Pflegekräfte, Ärzte und andere Gesundheitsberufe können sich gegenseitig entlasten, wenn jeder das macht, was er am besten kann. Deshalb sollten wir die Aufgabenverteilung neu justieren.

Wenn Sie am Schluss einen Wunsch an die Ärzteschaft frei hätten. Wie würde der lauten?

Ärzte sollten Pflegekräfte nicht als Konkurrenten oder gar Handlanger betrachten, sondern als gleichberechtigte Partner im Team. Pflegekräfte haben spezifische Kompetenzen, die den Patienten, aber auch den Ärzten zugutekommen. Was das Selbstbewusstsein der eigenen Profession anbelangt, könnten sich Pflegekräfte hingegen eine Scheibe bei der Ärzteschaft abschneiden. Die Pflege braucht eine stimmig gewaltige, gleichberechtigte Vertretung in der Selbstverwaltung und einen stärkeren Tarifpartner – so wie die Ärzte es seit langem vormachen.

Sehr geehrter Herr Westerfellhaus, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

MR



Trotz vieler Bedenken und Widerstände Landarztquote macht sich langsam in Deutschland breit

Anfang Juni 2018 stellte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann den Gesetzentwurf der schwarz-gelben Landesregierung zur Umsetzung der Landarztquote vor – damit hat Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland die entsprechenden gesetzlichen Weichen zur Einführung dieses umstrittenen Instrumentes gestellt. Als eine optionale Möglichkeit der Versorgungssteuerung auf Länderebene existiert die Landarztquote seit der politischen Einigung auf den „Masterplan Medizinstudium 2020“ im März 2017 und im Koalitionsvertrag der nach der Bundestagswahl neu aufgelegten Großen Koalition wurde nochmals das Ziel einer „zügigen“ Umsetzung der Quote ausgegeben.

Wird der Gesetzentwurf mit der sperrigen Bezeichnung „Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen“ (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW) wie geplant vom Landtag umgesetzt – der Entwurf befindet sich nach der 1. Lesung im Juli in der Beratungsphase – dann werden ab dem Wintersemester 2019/20 exakt 7,6 Prozent der derzeit gut 2.000 Medizinstudienplätze in Nordrhein-Westfalen außerhalb des sonstigen Vergabeverfahrens an diejenigen Anwärter vergeben, die sich verpflichten, nach ihrer Facharzt Ausbildung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region

als Hausärzte bzw. hausärztliche Internisten oder Kinderärzte zu arbeiten.

Zur Absicherung der Verpflichtung ist eine Vertragsstrafe von 250.000 Euro vorgesehen. Diese Summe soll sich nach den Kosten eines Medizinstudiums an öffentlichen Hochschulen sowie nach den Verdienstmöglichkeiten einer/eines approbierten und weitergebildeten Ärztin/Arztes richten. Das Auswahlverfahren, inklusive eines strukturierten fachspezifischen Studierfähigkeitstests sowie eines strukturierten Auswahlgespräches, soll das Landeszentrum für Gesundheit durchführen. Von diesem Verfahren verspricht sich Laumann, dass neben der Abiturnote auch Kriterien wie die Berufsausbildung, Berufserfahrung sowie Fähigkeiten wie Empathie und Sozialkompetenz stärker in die Auswahl der Studierenden einfließen.

Seitens der Ärzteschaft überwiegt für diese Pläne die Kritik: Die

In vielen Bundesländern gehört künftig denen ein Stück des „Studienplatz-Kuchens“, die sich verpflichten, später als Arzt in unterversorgten Regionen zu arbeiten.



Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein hatten in ihren gemeinsamen „Wahlprüfsteinen“ vor der NRW-Landtagswahl 2017 der Landarztquote eine Absage erteilt. Diese laufe dem Ziel, die Allgemeinmedizin in der Ausbildung aller künftigen Ärztinnen und Ärzte aufzuwerten, zuwider und wäre dem Ansehen der Allgemeinmedizin insgesamt abträglich. Stattdessen gelte es, die Attraktivität der Allgemeinmedizin im Studium durch Förderung und freiwillige Anreize zu stärken.

Gefahr des Arztes „2. Klasse“

Auch der Ausschuss Medizinstudierende im Hartmannbund und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland haben sich nachdrücklich gegen die Einführung einer solchen Landarztquote ausgesprochen. Die wenigsten Studienplatzbewerber könnten vor ihrem Studium einschätzen, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen und ob sie sich tatsächlich eine Tätigkeit zum Beispiel als Landarzt vorstellen können. Der entsprechende Vorzug von Bewerbern stelle zudem eine ungerechte Begünstigung dar, welche die Gefahr eines Arztes „2. Klasse“ berge – auch hier sieht man die Gefahr einer Abwertung des Hausarztes, der vermeintlich nur wegen seiner Zusage aufs Land zu gehen, studieren konnte. „Pflicht macht keine Lust“, so lautet die grundsätzliche Bewertung des Vorsitzenden des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein und stellvertretenden Bundesvorsitzenden des Verbandes, Dr. Stefan Schröter. Auch er sieht zudem ein Problem darin, den jungen Studienanfängern zu einem so frühen Zeitpunkt die Entscheidung über Fachrichtung und Form der ärztlichen Berufsausübung aufzuzwingen.

Trotz aller Bedenken wird auch in anderen Bundesländer über die Einführung einer Landarztquote diskutiert bzw. bereits konkret daran gearbeitet – neben den quasi flächendeckend vorhandenen Förderprogrammen für Arztpraxen im ländlichen Raum. So beschloss das Kabinett in Bayern im Juli 2018, dass fünf Prozent aller Medizinstudienplätze in Bayern für künftige Landärzte reserviert werden sollen. Gesundheitsministerin Melanie Huml und Wissenschaftsministerin Marion Kiechle (beide CSU) sollen nun die notwendigen gesetzlichen Regelungen etwa zu den Auswahlkriterien erarbeiten. Die Quote selbst soll bereits zum Wintersemester 2019/20 umgesetzt und Studienplätze an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu acht Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen tätig zu sein.

Ähnliche Pläne existieren unter anderem in Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt sowie Schleswig-Holstein – in Baden-Württem-

berg und Niedersachsen gibt es noch keine Einigung der Koalitionspartner der jeweiligen Landesregierungen, Diskussionen über die Quote werden aber auch hier geführt.

Mit der Umsetzung einer Landarztquote dürfte Nordrhein-Westfalen künftig also nicht dauerhaft allein dastehen – dieser Realität müssen sich (angehende) Mediziner wohl stellen. Auch wenn nach wie vor grundsätzliche Fragestellungen offen bleiben: Geht die Politik beispielsweise die in nahezu allen Versorgungsbereichen bestehenden Nachwuchsprobleme nachhaltig an und erhöht die Gesamtzahl der Medizinstudienplätze deutlich. Oder sorgt die Quote nur für Verschiebungen und bleibt somit ein Nullsummenspiel? Und müsste man strukturschwache Regionen nicht über den Einzelaspekt medizinische Versorgung gesamthaft attraktiver machen, um langfristig wieder auf „Pflicht“-Landärzte verzichten zu können?

Stichwort „langfristig“: Die Landarztquote wird aufgrund der benötigten Ausbildungszeit niedergelassener Ärzte jeweils frühestens zwölf Jahre nach der Einführung greifen und erste Auswirkungen im Versorgungsalltag zeigen. Selbst beim Vorreiter Nordrhein-Westfalen sind die ersten „zusätzlichen“ hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte also erst in den 2030er Jahren zu erwarten. Nach aktuellen Zahlen des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums waren aber im Herbst 2017 schon 574 Hausarztstühle unbesetzt und etwa die Hälfte der gut 11.000 Hausärzte wird in den nächsten zehn Jahren in Rente gehen... Allein mit einer Landarztquote wird man diese Entwicklung nicht aufhalten können.

Zur Landarztquote heißt es im Masterplan Medizinstudium 2020:

„Zur Gewinnung von Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung werden die Verfahren der Zulassung zum Medizinstudium in der Weise weiterentwickelt und erprobt, dass die ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen spürbar verbessert wird. In diesem Zusammenhang wird unverzüglich in der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet, bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in den oben genannten Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein. Hierbei sind die fachliche Eignung und Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit in besonderen Auswahlverfahren zu überprüfen. Die eingegangene Verpflichtung wird mit wirksamen Sanktionen abgesichert.“

Interview mit AXA-Vorstand Dr. Thilo Schumacher Eine Stärke der PKV ist ihre Individualität!

Was würden Sie einem 25-jährigen Arzt / Ärztin heute für eine Krankenversicherung empfehlen?

Gerade Ärzte und Mediziner legen viel Wert auf eine optimale ärztliche Behandlung, eben weil es ihr Tagesgeschäft ist. Umso attraktiver ist für sie die PKV, denn nur sie bietet einen optimalen Versicherungsschutz, der durch verschiedene Leistungen auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Denn in der PKV können vielfach spezielle Tarife für Medizinstudenten und Jungärzte angeboten werden, die deutlich günstiger sind als die regulären Tarife. Bei dem umfassenden Leistungsumfang der PKV kann ich daher einem 25-jährigen Arzt einen solchen Tarif nur empfehlen.

Viele junge Menschen erkennen keine Vorteile der privaten Krankenversicherung mehr, was sagen Sie Ihnen?

Das kann ich ehrlichweise nicht ganz nachvollziehen, ich bin privat krankenversichert und das überzeugt. Meine Frau arbeitet in Teilzeit und hadert immer mal wieder mit ihrem Versicherungsschutz. In der PKV kann jeder den Versicherungsumfang auf seine persönlichen Bedürfnisse abstimmen und ist nicht an die in der GKV festgeschriebenen gesetzlichen Leistungen gebunden, die der Gesetzgeber auch noch einseitig jederzeit ändern kann. So kann sich ein PKV-Versicherter etwa optional für eine Chefarztbehandlung oder den Anspruch auf ein Ein- oder Zweibettzimmer entscheiden, aber auch im Bereich Zahnbehandlungen und Sehhilfen bietet die PKV deutliche Vorteile. Außerdem ist der einmal vereinbarte Versicherungsschutz in der

PKV durch das Abschließen eines Vertrages garantiert – und dies ein Leben lang. Diese Leistung ist ihm also vertraglich zugesichert und eben nicht einseitig kündbar. Ein aus meiner Sicht weiteres, sehr wichtiges Argument für die PKV ist der Themenkomplex Innovation. Im PKV-System, das komplett wettbewerbsorientiert aufgestellt ist, müssen wir PKVen uns untereinander differenzieren. Durch diesen Wettbewerb fördern wir Innovationen, die dann letztlich dem gesamten Gesundheitssystem zugutekommen.

Wenn sich junge Ärztinnen und Ärzte jetzt noch nicht entscheiden möchten: Welche Möglichkeit gibt es, sich die Entscheidung offen zu halten?

Die AXA bietet Ärzten, die sich noch nicht sicher sind, bis zum Eintritt der Versicherungsfreiheit, den Optionstarif VIAMed mit besonders hoher Flexibilität: Bei Vertragsabschluss erfolgt eine einmalige Gesundheitsprüfung. Der Gesundheitszustand wird „eingefroren“ – bei einem späteren Wechsel in die private Krankenvollversicherung oder eine Zusatzversicherung findet dann keine erneute Gesundheitsprüfung statt. Hinzu kommt ein kostenloser und umfangreicher

Auslandsreisenschutz für private Reisen und für Reisen im Zuge des PJ. Mit der Deutschen Ärzte Finanz, einer Gesellschaft von AXA, haben PJler und Ärzte zudem einen kompetenten Partner für die Beratung im Bereich Krankenvollversicherungsschutz für Ärzte- und Heilberufe an ihrer Seite. Darüber hinaus übernimmt der Hartmannbund im Rahmen des Tarifs VIAMed für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren den Versicherungsbeitrag und sorgt so für eine erhebliche Kostenersparnis für PJler und Ärzte.

Was empfehlen Sie Paaren, die eine Familie gründen möchten?

Neben den bereits beschriebenen Vorteilen einer PKV gibt es für junge Familien bei verschiedenen privaten Krankenversicherern spezielle Angebote, etwa eine Kindernachversicherung oder Beitragsfreiheit in der Elternzeit. Welche Möglichkeiten es gibt und welche Absicherung für einen selbst infrage kommt, erfährt man am besten in einem Beratungsgespräch. Hier kann sich jeder zur individuellen Lebensphasenplanung beraten lassen, um den passenden Versicherungsschutz zu finden. Denn es gibt auch Situationen, in denen der Verbleib in der GKV die richtige Entscheidung ist. Ich finde es daher wichtig, sich umfassend beraten zu lassen.

Junge Ärztinnen und Ärzte stellen teilweise die Frage, wie die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge im Alter gesichert werden kann. Was antworten Sie?

Die PKV baut für ihre Versicherten Alterungsrückstellungen auf und ist dadurch – was das Thema Generationengerechtigkeit angeht – das fairere System, weil die heutige Generation selbst dafür zahlt und vorsorgt, was sie in Zukunft kosten wird. In den Versicherungsbeiträgen ist demnach von Anfang an berücksichtigt, dass Menschen im Alter – statistisch gesehen – häufiger krank werden. Neben den Alterungsrückstellungen, die Krankenvollversicherte zur Stabilisierung ihrer Beiträge im Alter aufbauen, hat jeder Versicherte die Möglichkeit, einen Beitragsentlastungstarif abzuschließen. Dies ist ein zusätzlicher Spartarif, bei dem der Versicherte einen zusätzlichen Betrag zahlt, der verzinslich angelegt und ab dem 67. Lebensjahr für eine Beitragssenkung herangezogen wird. Das heißt letztlich: Ich erhalte im Alter die gleichen Leistungen und das zu garantiert niedrigeren Beiträgen. Im Umlagesystem der GKV werden die Jungen für die Alten bezahlen und können nur hoffen, dass irgendwann jemand anderes für ihre Kosten aufkommt. Sicher und fair ist anders!

Mehr Informationen gewünscht? Ein Video-Interview mit AXA-Vorstand Dr. Thilo Schumacher finden Sie [hier](#).



AXA-Vorstand Dr. Thilo Schumacher

Wählen Sie Liste 6

Ärzttekammerwahl 2018 in Hamburg

Unsere Vision: Die Ärztekammer als Partner der Ärzte



Dr. Clemens Rust
(Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt)



Prof. Dr. Volker Harth
(Facharzt für Arbeitsmedizin)



Dr. Maximilian Gebhard
(Facharzt für Pathologie)



Dr. Arso Zahir-Akkra
(Ärztin in Weiterbildung)



Dr. Sebastian Gassner
(Facharzt für Anästhesiologie)



Dr. André Rensch
(Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)

2018 tritt der Hartmannbund in Hamburg wieder mit eigener Liste an – mit einem großen Querschnitt durch die Ärzteschaft: Hausärzte und Fachärzte, Ärzte in Weiterbildung und Weiterbilder, Angestellte und Selbständige.

Wer Ärztemangel beklagt, darf dem Nachwuchs keine Steine in den Weg legen. Mit diesem Credo wirbt der Hamburger Landesverband des Hartmannbundes um Stimmen für den Einzug in die Kammerversammlung. Denn fehlender Nachwuchs schadet dem Berufsstand insgesamt, und zwar in jeder Beziehung: Höhere Arbeitsbelastung, wegbrechende Versorgungsstrukturen, Verlust ärztlicher Entscheidungsfreiheit, politische Fremdbestimmung. Hier

setzt die Hartmannbund-Liste an und fordert deshalb:

- Attraktivere Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis!
- Familienfreundliche Arbeitszeiten!
- Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes!
- Personaluntergrenzen in Kliniken auch für Ärzte!
- Kontinuierliche Evaluation und aktive Begleitung der Weiterbildung!
- Gleichstellung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst!
- Sinnvolle digitale Lösungen zum Bürokratieabbau!

Natürlich ist das nicht alles – doch das müssen die prioritären Handlungsfelder der Kammer sein, wenn sie den Arztberuf weiter

attraktiv gestalten will und die Versorgung nicht gänzlich politisch vorgegebenen Delegationsmodellen überlassen werden soll! Es ist klar, dass in der aktuellen versorgungspolitisch angespannten Zeit eine starke Ärztekammer, die für alle ihre Mitglieder ein verlässlicher Berater und Service-Partner ist, dringend notwendig ist. Die Ärztekammer darf weder Selbstzweck noch Handlanger der Politik sein, andernfalls geht die ärztliche Entscheidungsfreiheit weiter verloren!

Wenn Sie also in Hamburg Arzt sind oder Ärzte in Hamburg kennen: Werben Sie für die Ziele unserer Liste und/oder geben Sie Ihre Stimme der Liste 6 – Hartmannbund! Gemeinsam mehr erreichen – eine starke Liste für alle Ärzte! (STP)

Ärzttekammerwahl in Berlin mit „Hartmannbund Plus“

Arzt sein verbindet. Kampfgest bewegt. – Hier stimmt's für alle Ärzte.

Mit diesem Statement startet die Berliner Liste Hartmannbund Plus in den nächsten Wochen in den Ring um die Sitze in der Delegiertenversammlung. „Wir sind der Verband,



der sich seit Generationen dafür einsetzt, dass der Arztberuf frei und unabhängig bleibt, wir kämpfen mit einer Stimme und gebündeltem Engagement, wir sind der Innovationsmotor für eine moderne, solidarische Gesundheitspolitik“, so der Vorsitzende und Spitzenkandidat, PD Dr. Uwe Torsten. Dem Berliner Landesverband war es besonders wichtig mit einer gemeinsamen Liste in die Wahl zu gehen, die alle Ärztinnen und Ärzte, ob stationär, ambulant, ob aus der Wissenschaft, Behörde oder dem ÖGD – unabhängig von Fachbereichen und Berufserfahrung, repräsentiert. Insgesamt haben sich 38 Kandidaten für eine Kandidatur auf der Liste Hartmannbund Plus entschieden, darunter auch sechs Assistenzärzte. Weitere Spitzenkandidaten sind Miriam Vosloo, Dr. Daniel Peukert und Dr. Rudolf G. Fitzner. Alle Kandidaten der Liste finden Sie unter: www.hier-stimmt-für-alle-ärzte.de. (sbe)

Tag der Privatmedizin: Vorteil für HB-Mitglieder

Für den kommenden Tag der Privatmedizin (24. November in Frankfurt) lädt der Privatärztliche Bundesverband (PBV) wieder zu einem spannenden Themenbogen ein. Im Plenum und in Workshops diskutieren namhafte Experten u.a. die Novellierung der Vergütungssysteme, die Kommission zur Neugestaltung der ärztlichen Vergütungssysteme, die Anpassung der MBO's an die gelockerten Fernbehandlungsmöglichkeiten und die Erfahrungen mit der DGSVO in der Praxis. Darüber hinaus stehen erneut Innovationen für Therapie, Diagnostik und Praxisführung im Fokus des Kongresses, der sich an alle Mediziner mit hohem Privatbehandlungsanteil wendet. Für Mitglieder des Hartmannbundes gilt ein Sonderpreis von 125 statt regulär 165 EUR. Info und Anmeldung unter www.tag-der-privatmedizin.de

Interview mit dem HB-Landesvorsitzenden in Hessen Auch unsere erfolgreiche Nachwuchsarbeit war Basis für den Erfolg bei den Kammerwahlen

Sehr geehrter Herr Dr. Born, mit Ihnen, Frau Rauch und Frau Krück sind gleich drei Mitglieder des Vorstandes des Hartmannbundes Hessen sind in die Kammerversammlung gewählt worden. Ein überraschender Erfolg?

Nachdem in der letzten Kammerversammlung Frau Dr. Rauch für die kleinen Fächer und ich in meiner Funktion als gleichzeitiges Vorstandsmitglied der Vertreter der Netze in Hessen (hessenmed) gewählt wurden, haben wir uns strategisch wieder genauso ausgerichtet und zusätzlich eine Liste der jungen Ärztinnen und Ärzte in Hessen gegründet um den 50 Prozent HB-Mitgliedern in Hessen, die unter 35 Jahre alt sind, eine berufspolitische Heimat zu geben. Diese Kalkulation ist mit jetzt insgesamt vier Sitzen aufgegangen.

Ist das eine Blaupause für andere Landesverbände?

In Hessen sind Hausärzte und Fachärzte sehr stark. Hier hätte eine HB-Sammelliste sicher keinen Erfolg gehabt. Für Kammerwahlen, in denen der HB über eine starke, stabile

Vertretung verfügt, ist dies sicher keine Blaupause. Für Kammerversammlungen, in denen die Strukturen für den Hartmannbund schwieriger sind, sind strategische Partnerschaften und Zusammenschlüsse sicherlich sinnvoll. Bezüglich der Liste der jungen Ärztinnen und Ärzte in Hessen wäre ich für alle Landeswahlen optimistisch, da wir zwischenzeitlich über ein großes Potential an Wählern in der Gruppe der unter 35-jährigen verfügen.

Nun hat es mit Frau Krück ein „Youngster“ gleich ins Präsidium geschafft. Auch ein Erfolg der HB-Nachwuchsarbeit?

Nur durch die erfolgreiche HB-Nachwuchsarbeit sind Personen wie Svenja Krück bei uns aktiv geworden. Wir haben uns in Hessen mit unseren vier Mandaten – mit Christiane Dornmann ist noch eine weitere Assistenzärztin dabei – zu einer kleinen inoffiziellen Fraktion



Dr. med. Lothar Born

zusammengeschlossen und in einer Koalition aus Hausärztinnen, Fachärztinnen und älteren Ärzten für stabile Stimmverhältnisse gesorgt. Dadurch ist es gelungen, erstmals eine Ärztin in Weiterbildung, Frau Krück, in das Präsidium zu bekommen und gleichzeitig Frau Dr. Rauch mit Mandat beim deutschen Ärztesatz zu platzieren.

Was sind für Sie die zentralen Herausforderungen der kommenden Jahre mit Blick auf die Kammerarbeit?

Die Weiterbildungs-Novelle für unseren jungen Mitglieder ist eines der wichtigsten Anliegen der nächsten Wahlperiode. Hier sitzt Frau Krück ja als Selbstbetroffene an herausgehobener Position. Das hessische Ärzteversorgungswerk muss stabil bleiben. Bei der Entwicklung von elektronischer Patientenakte und Online-Sprechstunde werden wir mitreden.

Deutscher Hausarzt Service Sie brauchen Verstärkung?

Sie suchen personelle Entlastung oder Verstärkung, weil in Ihrer Praxis viel zu tun ist oder Sie weiter wachsen möchten? Sie wollen sich frühzeitig um eine Nachfolge für Ihre Praxis kümmern? Oder aufgrund eines Ausfalls brauchen Sie kurzfristig adäquaten Ersatz? Die Gründe für die Personalsuche können vielfältig sein und es muss neue Unterstützung für Ihre Praxis her.

Zunächst noch motiviert und mit viel Zuvorsicht beginnen Sie, einen neuen Kollegen zu suchen, bis Sie nach relativ kurzer Zeit dann feststellen, dass dies eventuell doch deutlich schwerer und zeitintensiver ist, als gedacht. Doch woher die Zeit nehmen, verschiedenste Kanäle für die Personalsuche zu bespielen und den passenden Bewerber zu finden? Durch die freie Stelle bei Ihnen in der Praxis fällt die Arbeit, die vorher Ihr Kollege übernommen hat, nun auch noch auf Sie zurück, sodass gutes Zeitmanagement noch wichtiger wird und Sie abwägen müssen, welche Aufgaben Sie selber erledigen oder welche Sie lieber delegieren können bzw. sollten. Zusätzlich zu der zeitlichen Komponente ist der Ausfall eines Kollegen finanziell mittel- bis langfristig bezüglich des Umsatzes und der gewünschten Patienten-

versorgung auch nicht zu unterschätzen. Aber keine Sorge, es gibt Lösungen für die zeitaufwendige Personalsuche. Wir vom Deutschen Hausarzt Service verbinden moderne Technik mit persönlicher Betreuung, wenn es um die Stellensuche und Besetzung freier Stellen in der Allgemeinmedizin geht. Unser Ziel ist es, Bewerber und Praxen zusammen zu bringen.

Egal, ob Sie Facharzt für Allgemeinmedizin oder Weiterbildungsassistent sind und eine neue Stelle suchen – egal, ob Sie einen Angestellten, Partner für Ihre Praxis oder einen Nachfolger suchen – wir helfen Ihnen.

Wir haben uns auf die Besetzung von Stellenangeboten von Hausarztpraxen spezialisiert. Dabei sind wir umfassend tätig und suchen für Sie insbesondere Weiterbildungsassistenten und Fachärzte für Allgemeinmedizin – als angestellte Fachärzte, Partner oder Nachfolger.

Um Ihr Stellenangebot zu besetzen, greifen wir auf viele verschiedene Methoden der Personalsuche zurück. Auf der einen Seite verfügen wir über eine große, wachsende Datenbank, in der sich bereits zahlreiche Mediziner registriert haben, die auf der Suche nach einer neuen Anstellung in einer Praxis sind. So können wir jederzeit innerhalb dieser Datenbank nach einem

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

passenden Bewerber für Sie suchen und diesen direkt mit Ihren Vorstellungen und Anforderungen abgleichen. Zudem schalten wir online Stellenaussagen auf verschiedenen Portalen, nutzen soziale Medien, starten für Sie Online-marketing-Kampagnen und sprechen aktiv Kandidaten an.

Ihr Vorteil als Mitglied im Hartmannbund: Sie als Mitglied im Hartmannbund bekommen auf unsere Dienstleistungen 5 Prozent Rabatt. Der Hartmannbund als Interessenvertreter für Ärzte weiß um die Wichtigkeit dieses Themas und kooperiert daher seit 2016 mit dem Deutschen Hausarzt Service. Dieser exklusive Rabatt wird Ihnen gewährt, wenn Sie bei Erteilung des Suchauftrags angeben, dass Sie Mitglied im Hartmannbund sind und uns im Anschluss einen Nachweis erbringen (z.B. eine Kopie ihres Mitgliedsausweises zusenden).

Wir freuen uns Ihre Anfrage und eine erfolgreiche Zusammenarbeit, damit Sie schnellstmöglich den passenden Arzt für Ihre Praxis erhalten – und freie Zeit gewinnen.

Susanne Schmalz, Ansprechpartnerin für Ärzte,
Telefon: 0521/911 730 32,
www.deutscherhausarzt-service.de

Anzeige

Landesverband Berlin

Metropolenvergleich: Strategisches Management einer Klinik der Maximalversorgung

Der Landesvorsitzende des Hartmannbundes in Berlin, PD Dr. Uwe Torsten, hat sich im Juli mit dem Vizeminister des Gesundheitsministeriums der Provinz Henan (China) zum Austausch in Versorgungsfragen in Berlin getroffen. Die dynamische Entwicklung der Gesundheitsversorgung stellt für beide Länder eine Herausforderung auf kommunaler sowie auf Landesebene dar. Im Gespräch wurde intensiv über die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems mit seinen niederschweligen Zugängen vor dem Hintergrund der ärztlichen Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten, eines expandierenden medizinischen Leistungsangebots und der Schwierigkeit der Finanzierbarkeit diskutiert. In diesem Zusammenhang konnte Torsten auf die lange Tradition und die Werte des Hartmannbundes verweisen, insbesondere auf die Bedeutung des hohen Guts der ärztli-

chen Freiberuflichkeit, welches die medizinische Entscheidungsfreiheit – ohne den Einfluss sachfremder Erwägungen oder Weisungen Dritter – sichert. Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung garantieren, dass Patienten ihren Ärzten umfassend vertrauen können. Für die Gewährleistung von Therapiefreiheit setzt sich Torsten auch als Landesvorsitzender und als Chefarzt in einer Metropolenregion seit nunmehr 20 Jahren im Dialog mit der Politik ein, denn nur durch sie sei sichergestellt, dass Ärzte in ihrem Handeln nicht durch ökonomische oder staatliche Zwänge beeinflusst würden, wie er in der gemeinsamen Diskussion mit den Gästen bekräftigte. Bereits vor 27 Jahren hat Torsten das erste Mal, damals noch als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universitäts-



Priv.-Doz. Dr. Uwe Torsten (links) im Gespräch mit dem Vizeminister des Gesundheitsministeriums der Provinz Henan (Mitte)

frauenklinik, und danach in regelmäßigen Abständen wissenschaftliche Einrichtungen und Krankenhäuser in der Volksrepublik China besucht und den Erfahrungsaustausch gesucht.

IHRE PERFEKTE PRIVATABRECHUNG

Wir machen das!

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

» Wir geben Ihnen die Sicherheit, die es braucht, wenn es um Ihr ärztliches Honorar geht.

Mit einem Höchstmaß an Qualität, Kompetenz und Durchsetzungskraft.

Ganz uah, ganz sicher.

PVS holding
GEMEINSAM BESSER.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Absicherung mit dem Einkommen wachsen lassen – Policen-Check nicht vergessen

Was passiert, wenn der Arzt infolge einer Krankheit, Unfall oder Burn Out seinen Beruf nicht mehr ausüben kann? Wer bezahlt die laufenden Kosten, Kredite? Und – wie ist der Lebensunterhalt zu finanzieren? Fragen, die man sich lieber nicht stellen möchte, die aber der für sich und seiner Familie verantwortlicher Arzt zu beantworten hat. Eine der Antworten ist die Absicherung über eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Unbestritten ist ein privater Berufsunfähigkeitsschutz die richtige und notwendige Ergänzung zu den Leistungen der Versorgungswerke. Ein Beispiel aus den Leistungsunterlagen der Deutschen Ärzteversicherung beschreibt den Fall einer Fachärztin für Augenheilkunde:

Die Medizinerin hatte direkt nach dem Studium eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen und 2.000 Euro Mo-

sich auf Verwaltungsarbeiten. Und wie sieht es finanziell aus? Vor ihrer Erkrankung hatte sie ein Monatseinkommen von 10.500 Euro, heute sind es rund 3.500 Euro. Hinzu kommt die private Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 1.850 Euro netto (von 2.000 Euro brutto nach Steuern). Vom Versorgungswerk erhält sie keine Rente, da sie nur teilweise berufsunfähig ist. So bleibt eine Einkommenslücke von 5.150 Euro.

Eine oft gestellte Frage ist, ob schon in jungen Jahren eine Berufsunfähigkeitsabsicherung sinnvoll sei. Der eindringliche Rat von Verbraucherschützern und Experten der Versicherungswirtschaft lautet: „Kümmern Sie sich möglichst früh um eine private Berufsunfähigkeitsversicherung. Je jünger und gesünder Sie sind, desto leichter bekommen Sie einen guten Vertrag zu einem akzeptablen Preis.“

Medizinstudenten und junge Ärzte müssen früh handeln, denn das „Zukunftskapital“, die Ausbildung, muss gesichert werden. Medizinstudenten sind bekanntlich kein Mitglied im ärztlichen Versorgungswerk und können daher im Falle einer Berufsunfähigkeit nicht auf eine Leistung hoffen.

Und ein zweiter Grund: Je älter der zu Versichernde ist, desto teurer wird die Absicherung. Je jünger er ist, desto besser ist erfahrungsgemäß sein Gesundheitszustand, der wiederum Grundlage der Tarifkalkulation ist. Später, in höherem Alter, sind fast immer Zuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Erkrankungen/Gebrechen einzukalkulieren – bis dahin, überhaupt keine Absicherung mehr zu erhalten. Daher ist es von großer Wichtigkeit sich frühzeitig mit dem Risiko Berufsunfähigkeit und den möglichen Folgen zu beschäftigen und sich individuell beraten zu lassen.

Um den Mitgliedern des Hartmannbundes die bestmögliche Absicherung zukommen zu lassen, hat der Verband mit dem Standesversicherer der Ärzte, der Deutschen Ärzteversicherung, eine Absicherung gemeinsam entwickelt, die „ohne Wenn und Aber“ speziell auf die berufliche Situation des Arztes abgestimmt ist. Ihre Leistungsstärke wurde mit Bestnoten aller namhaften Rating-Agenturen ausgezeichnet.

Mehr Informationen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung sind unter www.aerzteversicherung.de oder auch über die Telefonnummer 0221 148-22700 der Deutschen Ärzteversicherung abrufbar.



Aus kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit kann auch dauerhafte Berufsunfähigkeit werden. Dann kann eine entsprechende Versicherung schnell zur Existenzfrage werden

natsrente abgesichert. Nach zehn Jahren als Angestellte machte sie sich selbständig – ihr Einkommen stieg im Laufe der Jahre bis zu ihrer Erkrankung. Multiple Sklerose, Depressionen und Psoriasis-Arthritis lauteten die Diagnosen. Arbeiten kann sie jetzt nur noch in Teilzeit. Wie soll es mit der nun Mittfünfzigerin weitergehen? Nachdem sie eine Ärztin eingestellt hat konzentriert sie

Fazit: Durch eine regelmäßige dynamische Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bzw. eine aktive Anpassung an das Gehalt hätte die Lücke verhindert werden können. 60 Prozent des Bruttoeinkommens können mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung abgesichert werden. Deshalb Versicherungsschutz regelmäßig auf dessen Aktualität überprüfen.

Sozialversicherungspflichtig?

Praxisvertreter einer BAG im Fokus der Rentenversicherungsträger

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Auch der Arzt braucht mal Urlaub. Doch einfach so die Praxis schließen, ist allein schon aus berufsrechtlichen Gründen nicht ohne weiteres möglich. Um die medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten, muss für die Sprechstunden eine Vertretung in der Umgebung organisiert werden. Immer mehr Ärzte holen sich den Vertreter jedoch quasi ins Haus. Das hat zweifellos Vorteile für die Patienten – birgt jedoch unter Umständen auch finanzielle Risiken für den Arzt. Denn die Rentenversicherungsträger versuchen immer wieder, den sozialversicherungsrechtlichen Status der Praxisvertreter infrage zu stellen und Sozialversicherungsbeiträge nachzufordern. Daher sollte nicht nur der Urlaub, sondern auch die Praxisvertretung im Vorfeld gleichermaßen gut geplant sein.

Zu unterscheiden ist dabei die klassische ärztliche Einzelpraxis von der Gemeinschaftspraxis. Im Fall der Einzelpraxis entschied das Bundessozialgericht (BSG) bereits vor rund 60 Jahren, dass der Praxisvertreter grundsätzlich nicht dem Direktionsrecht des Praxisinhabers unterliegt, sondern für die

Vertretungszeit die Stelle des Praxisinhabers einnimmt und insoweit gegenüber den Praxismitarbeitern selbst die Arbeitgeberfunktionen übernimmt.

Problematisch ist jedoch der Fall der Praxisvertretung eines Gesellschafters einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Denn hier sind in der Regel während der Vertretung eines Praxisinhabers noch weitere Gesellschafter als Praxisinhaber tätig. Damit reduziert sich die Vertretungstätigkeit auf das rein Fachliche. Und genau hier setzen die Sozialversicherungsprüfer an.

Sie unterstellen, dass der Praxisvertreter derart in die Praxisstruktur eingegliedert ist, dass seine Position mit der eines angestellten Arztes verglichen werden kann und sprechen ihm die selbständige Berufsausübung ab. Die Konsequenz ist schmerzhaft. Wird der Praxisvertreter rückwirkend als sozialversicherungspflichtig angesehen, muss sich der Praxisinhaber ab diesem Zeitpunkt auf die Nachzahlung von Sozialabgaben einstellen (rund 40 % des gezahlten Honorars). Daneben sind Säumniszuschläge in Höhe von 1 % der nachzuzahlenden Beträge



Markus Wagner (Steuerberater im ETL ADVISION-Verband, Fachberater im ambulanten Gesundheitswesen (IHK)) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

pro Monat von ihm zu zahlen. Die Kosten für den Praxisvertreter können so schnell das abrechnungsfähige Honorar übersteigen.

Klarheit von den Sozialrichtern sucht man bislang vergebens. Sie vertreten hierzu noch keine einheitliche Meinung. Einige teilen die Auffassung der Prüfer, andere übertragen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1959 zur Einzelpraxis auch auf die Praxisvertretung in einer BAG. Ob und wann das Bundessozialgericht hier durch eine neue Entscheidung Rechtssicherheit schaffen wird, bleibt fraglich.

Die einzige momentan verlässliche Lösung liegt im Statusfeststellungsverfahren. Praxisinhaber und Praxisvertreter können hier bei der Rentenversicherung Bund prüfen lassen, ob die Vertretungstätigkeit versicherungsfrei ausgeübt wird. Der Antrag auf Statusfeststellung muss sorgfältig ausgefüllt und ausführlich begründet werden – und das separat für jede einzelne Vertretungstätigkeit. Damit die Selbständigkeit des Praxisvertreters anerkannt wird, sollte darauf hingewiesen werden, dass

- der Vertreter weder fachlich noch organisatorisch weisungsgebunden ist und selbst die Verantwortung für die Einhaltung der fachärztlichen Standards trägt,

- Sprechstunden eigenständig durchgeführt und Patienten nach eigenem Therapieregime behandelt werden,
- der Vertreter gegenüber dem Praxispersonal weisungsbefugt ist,
- die Vertretungstage vom Vertreter festgelegt werden,
- dem Praxisinhaber eine Rechnung mit dem Stundensatz über die tatsächlich erfolgte Anwesenheitszeit ausgestellt wird.



Tipp:

Klären Sie den sozialversicherungsrechtlichen Status des Praxisvertreters rechtzeitig. Wird der Antrag innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Vertretungstätigkeit gestellt, entfaltet der Feststellungsbescheid keine Rückwirkung. Selbst wenn eine Versicherungspflicht des Praxisvertreters festgestellt wird, sind Sozialversicherungsbeiträge dann erst ab Bescheiddatum zu zahlen.

Kontakt:
ETL ADVIMED Saarlouis
advimed-saarlouis@etl.de
www.etl.de/advimed-saarlouis
Tel: 06831/173110

StepStone: Vorteile für HB-Mitglieder



StepStone ist einer der führenden Marktplätze für qualifizierte Fach- und Führungskräfte in Deutschland. Um möglichst viele passende Kandidaten auf eine Stellenausschreibung aufmerksam zu machen, identifiziert StepStone zielgerichtet qualifizierte Fachkräfte im Internet. Dank eines starken Rankings bei Google und anderen Suchmaschinen, effektiver Bannerwerbung und Präsenzen in den sozialen Netzwerken führt für Online-Jobsuchende kein Weg an StepStone vorbei.

Angebot für Hartmannbund-Mitglieder:

Jedes Hartmannbund-Mitglied erhält die Stellenausschreibung „Professional“ mit vergünstigten Konditionen. Die Stellenausschreibung „Professional“ beinhaltet den Boost als Leistungsplus. Mit dem Boost erscheint das Stellenangebot innerhalb einer Woche erneut prominent platziert im StepStone Job Agenten. Hartmannbund-Mitglieder haben außerdem die Möglichkeit, kostenlos ein Unternehmensprofil, den so genannten Company Hub, in die Stellenausschreibung einzu-

binden und Kandidaten so von der eigenen Arbeitgebermarke zu überzeugen.

Das Angebot im Überblick:

Stellenausschreibung „Professional“
60-tägige Laufzeit
3x Datumsaktualisierung
Inkl. Company Hub
Preis 1.499 € zzgl. MwSt. (statt 1.790 €)
Company Hub
Das multimediale Unternehmensprofil bietet Stellenanbietern die Möglichkeit, sich als Arbeitgeber individuell zu präsentieren. Mit aussagekräftigen Bildern, Videos, Mitarbeiter-Zitaten und Bewertungen können Unternehmen Bewerber von sich überzeugen.

Vernetzt mit 450 Kooperationspartnern

Durch das starke StepStone Netzwerk von bis zu 450 Partnerseiten und mehr als 50 Universitäten und Fachhochschulen erreichen Unternehmen die relevanten Berufsgruppen – dank einer automatischen Mehrfachveröffentlichung ohne zusätzliche Kosten, z. B. bei DocCheck oder Thieme.

Weltweite Rekrutierung mit THE NETWORK

StepStone ist Gründungsmitglied von THE NETWORK, dem größten globalen Karrierenetzwerk. Seit mehr als zehn Jahren unterstützt StepStone bei der internationalen Suche nach qualifiziertem Personal – in 139 Ländern weltweit. Die Zusammenarbeit erfolgt dabei immer mit den marktführenden Jobportalen der jeweiligen Länder. Die Abwicklung erfolgt ganz unkompliziert über einen StepStone Ansprechpartner in Deutschland.

Über StepStone

Mit StepStone finden Menschen ihren Traumjob und Unternehmen die passenden Mitarbeiter. Das Angebot von StepStone ist mit durchschnittlich mehr als 14 Millionen Besuchen pro Monat eines der meistgenutzten im Wettbewerbsumfeld (Quelle: Unabhängige Messung durch die IVW). StepStone beschäftigt rund 3.000 Mitarbeiter und betreibt neben www.stepstone.de Online-Jobplattformen in weiteren Ländern. Das 1996 gegründete Unternehmen ist eine Tochter der Axel Springer SE.

Echt HeimatGenuss erleben und dabei 10% sparen

Seit 45 Jahren können Sie in allen Ringhotels zwischen den Alpen und der Nordsee „Echt HeimatGenuss erleben“ – und Sie als Hartmannbund-Mitglied profitieren von zehn Prozent Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis.

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl. Viele der privat geführten Häuser liefern auch für Ihre Tagung oder Incentive-Veranstaltung den optimalen Rahmen. Die Event- und Tagungsspezialisten vor Ort kümmern sich mit Kompetenz, Engagement und langjähriger Erfahrung um die

Organisation und die Durchführung Ihres Vorhabens. Auch wenn Sie noch nicht genau wissen, welches der Ringhotels für Ihre Veranstaltung passend ist oder wenn Sie noch auf der Suche nach dem perfekten Rahmenprogramm sind, hilft das Team des Ringhotels Servicebüros gerne weiter. Auf Anfrage über tagen+mehr@ringhotels.de erhalten Sie auch auf Tagungen zehn Prozent Preisnachlass.

Wer die Ringhotels kennt, weiß, dass jedes Hotel ein Unikat ist und sich neben der persönlichen Führung durch den hohen Qualitätsstandard, lokaltypisches Ambiente und eine hervorragende Küche mit saisonalen Produkten der Region auszeichnet.

Mehr als ein Drittel der Restaurants verfügt über eine gastronomische Auszeichnung. Darüber hinaus sind viele Ringhotels aus Gastronomiebetrieben entstanden und betreiben heute ein Weingut, eine Brauerei oder beziehen das Wild aus dem eigenen Jagdrevier. Nebenbei finden Sie

in den Ringhotels auch vielfältige Möglichkeiten, aktiv zu werden. Speziell für Golf Freunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung auf den nahegelegenen Golfplätzen. Diejenigen, die lieber actionreich auf zwei Rädern unterwegs sind, sollten unbedingt die motorradfreundlichen Ringhotels ansteuern. Dort erwartet Sie alles, was das Motorradherz begehrt. Und nach einem Tag auf dem Green oder auf den schönsten Panoramarouten Deutschlands finden Sie in unseren Wellnesshotels sicher die passende Wellnessanwendung, um sich für Ihr nächstes Abenteuer fit zu machen.

Doch nicht nur in Deutschland werden Sie rundum verwöhnt. Auch unsere 1000 Partnerhotels in über 65 Ländern weltweit empfangen Sie mit den gewohnten Ringhotels-Vorzügen. Also wenn Sie Ihre nächste Reise nach Asien, Österreich oder in die Dominikanische Republik führt, schauen Sie sich doch mal unter www.gaph.online/de um und finden Sie Ihr perfektes Urlaubsdomizil.

www.ringhotels.de
www.hartmannbund.de/ringhotels

Alle Vorteile der Ringhotels genießen Sie auch in unseren weltweiten Partnerhotels.

Gönnen Sie sich eine Auszeit vom Alltag und lassen Sie sich in den Ringhotels verwöhnen.



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTE.

Fachexkursionen exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder

Die RDB – Reisedienst Bartsch GmbH ist ein deutscher Reiseveranstalter mit Schwerpunkt Fach- und Studienreisen. Bereits seit über 45 Jahren veranstalten wir Fachexkursionen in Länder aller Kontinente. Wir bereiten qualifizierte Programme vor, in denen in Besichtigungen, Begegnungen und fachlichem Austausch über besondere Verhältnisse und Gegebenheiten des Gastlandes informiert wird.

Das Fachprogramm wird auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt und in die Reiseroute mit eingebunden.

In der Vergangenheit konnten wir bereits einige Landesverbände des Hartmannbundes von unseren Möglichkeiten überzeugen. Ob nach China oder Peru, nach Dubai oder Namibia! Vielleicht auch nicht ganz so weit, nach Malta, ins Baskenland oder nach Zypern. Als Kooperationspartner des Hartmannbundes finden wir immer Wege und Möglichkeiten, ein Reiseziel optimal nach den Wünschen und bezogen auf den Bedarf des Verbandes zusammenzustellen.

Um Synergien zu bündeln und zukünftig allen Hartmannbund-Mitgliedern deutschlandweit die Reisen des Verbandes zugänglich zu machen, haben wir die entsprechenden Reisen auf www.verbandsreisen.de/hb2019 hinterlegt und stehen selbstverständlich auch als Ansprechpartner zur Verfügung. So können nicht nur individuelle Interessen Berücksichtigung finden, auch erwarten wir hierdurch eine nicht unerhebliche Steigerung der Mitgliederbindung- und Förderung.

Aber das ist noch nicht alles!

Unser Angebot gilt selbstverständlich auch für Familienangehörige, Freunde und Bekannte, die wir sehr gerne daran teilhaben lassen, zusammen mit den Verbandsangehörigen die Faszinationen dieser Welt zu bereisen. Und für das Jahr 2019 warten gleich zwei besondere Reiseziele auf Sie, die wir Ihnen hier vorstellen dürfen: **Kuba und Namibia**.

FACHEXKURSION NACH KUBA

Reisetermin: 04.03. – 12.03. 2019
Reisepreis: € 2.345,- *



Reiseroute Kuba in Kurzform:
Frankfurt/Main – Havanna – Pinar del Rio – Vinales – Las Terrazas – Santa Clara – Trinidad – Havanna bzw. optionale Badeverlängerung Varadero

FACHEXKURSION NACH NAMIBIA

Reisetermin: 09.05. – 19.05. 2019
Reisepreis: € 2.835,- *



Reiseroute Namibia in Kurzform:
Deutschland - Windhoek - Sossusvlei - Sesriem Canyon - Swakopmund - Damaraland - Twyfelfontein - Etosha Nationalpark - Windhoek

* Grundreisepreis pro Person im Doppelzimmer

Detaillierte Informationen zu diesen Reisen erhalten Sie bei uns im Internet unter: www.verbandsreisen.de/hb2019 sowie auf der Webseite Ihres Verbandes unter: <https://www.hartmannbund.de/leistungen/wirtschaftliche-vorteile/reisen/>

RDB Reisedienst Bartsch GmbH • Neichener Heide 18 • 53604 Bad Honnef
Tel.: +49 (0) 2224 / 98 98 98 • Fax: +49 (0) 2224 / 98 98 94

BSW: Wir helfen beim Sparen seit über 55 Jahren

Durch Ihren zeitintensiven Job haben Sie wenig Zeit, Preise zu vergleichen und nach attraktiven Angeboten Ausschau zu halten. Deswegen übernehmen wir, vom BSW, diese Aufgabe für Sie. Als Mitglied können Sie bei über 800 Onlineshops und einem vielfäl-

tigen Angebot an Partnern vor Ort mit BSW-Vorteil einkaufen und sparen.

Eine kleine Auswahl Ihrer Vorteile im Überblick:

- Einkaufen & Geld zurückbekommen: Mit BSW erhalten Sie keine Punkte, sondern sparen Geld.
- Reise buchen & sparen: Ein stressiger Arbeitsalltag verlangt nach einem Ausgleich. Lassen Sie sich von unserem haus-eigenen BSW Reisebüro beraten und buchen Sie bei einem unserer zahlreichen renommierten Reisepartner vor Ort oder bequem online.
- Vorteile rund ums Auto: Konfigurieren Sie Ihren Neuwagen oder wählen Sie aus unseren Autoangeboten Ihr Modell mit BSW-Vorteil. Sie wollen Reifen kaufen, Ihr Fahrzeug betanken, es steht eine Repara-



tur an oder Sie möchten einfach nur ein Fahrzeug mieten – kein Problem – auch hier hilft Ihnen BSW beim Sparen.

- Gemeinsam mehr sparen: Bei uns bekommen Sie für Ihre Familienmitglieder kostenlose Zusatzkarten, so sparen Sie gemeinsam mehr.

Doch nicht nur auf die Vorteilsangebote, sondern auch auf unsere Service- und Beratungsleistung legen wir großen Wert. Unser Mitgliederservice steht Ihnen gerne bei allen Fragen zur Seite.

Hartmannbund und BSW – eine Kooperation, die sich lohnt: Alle BSW-Leistungen zum Sonderbeitrag für nur 34,- Euro/ Jahr.

Hier geht's zum Angebot:
www.hartmannbund.de/bsw



Die Living Hotels by Derag Gastfreundschaft und Individualität stehen bei uns an erster Stelle

Seit 1982 sind die Living Hotels by Derag Pionier und Marktführer im Bereich Serviced Apartments im deutschsprachigen Raum. Als familiengeführtes Unternehmen sind wir kein anonymer Hotelriese, Gastfreundschaft und Individualität stehen bei uns an erster Stelle.

Unsere Hotelzimmer und Serviced Apartments sind die perfekte Lösung für Reisende, die erstklassigen Service bei gleichzeitig voller Flexibilität schätzen – und das sowohl für den kurzen als auch für den langen Aufenthalt: In allen Apartments finden Sie voll ausgestattete Küchen bzw. Kitchenettes. Viele unserer Apartments sind außerdem mit einem Balkon oder einer Terrasse ausgestattet, perfekt für den Feierabenddrink nach einem anstrengenden Tag.

Unsere Stärke ist die Symbiose aus komfortablem Wohnen, vereint mit den Serviceleistungen eines Hotels. So stehen Ihnen verschiedene kostenfreie Leistungen wie z.B. Getränke im Kühlschrank, Telefonie ins Festnetz vieler Länder, Highspeed-Internet und in ausgewählten Living Hotels auch gratis E-Ladestationen für Elektroautos zur Verfügung. Weitere Serviceleistungen wie z.B. Einkaufs- und Wäscheservice können optional in Anspruch genommen werden. Ihr Vorteil daran: Sie entscheiden, welche Leistungen Sie nutzen.

Ob private Feier, berufliches Meeting oder exklusive Kundenveranstaltung: in den meisten unserer Destinationen verfügen wir über Veranstaltungsräume, die wir für Ihre Veranstaltung individuell und ganz nach Ihren Wün-

schen ausstatten. Ein besonderes Highlight sind unsere Tagungsmöglichkeiten im Grünen, z.B. in unserem hauseigenen Biergarten. So wird jede Veranstaltung zum Erfolg!

Heute stehen unseren Kunden 17 individuell gestaltete Living Hotels mit rd. 3.000 Apartments und Hotelzimmern in acht deutschen und österreichischen Städten zur Verfügung. Bis Ende 2018 werden außerdem sämtliche Living Hotels Green Globe zertifiziert sein. Das ist ein Grund zum Feiern: Daher gibt es ab sofort für alle Mitarbeiter des Hartmannbundes zehn Prozent Rabatt. Geben Sie dazu bei der Buchung über unsere Website <https://living-hotels.com> den Code „Hartmann2018“ ein. Wir freuen uns, Sie als Gast begrüßen zu dürfen.

Berlin | Bonn | Düsseldorf | Frankfurt | München | Nürnberg | Weimar | Wien



München am Viktualienmarkt



Das Wien-an-der-Oper-Family Apartment

„Flipped classroom“ in der Kitteltasche Ernüchterung in der klinischen Realität war entscheidende Motivation



Die klinische Tätigkeit als Assistenzarzt mit dem Ziel die Facharztreihe zu erlangen weist eine Vielzahl von Mängeln und Problemen auf. Aggraviert durch den Ärztemangel und dem hohen Arbeitsaufkommen sind Ärzte und Ärztinnen in der Weiterbildung viel zu häufig allein gelassen und erhalten keine adäquate Lehre und Einweisung durch erfahrenere Kollegen oder Vorgesetzte. So müssen viele Fähigkeiten durch „learning by doing“ erlangt werden und wichtige Kompetenzen werden nicht erlernt – eine Katastrophe für die Güte der Patientenbehandlung, die Ausbildung der Ärzteschaft und vor allem auch die Chance, diesen Engpässen durch den Aufbau von nachhaltigen Strukturen entgegenzuwirken. Können hier vielleicht digitale Hilfsmittel Abhilfe schaffen? Ja, können sie... wenn sie so konzipiert sind, dass sie die Bedürfnisse und Fragestellungen verständlich und effizient beantworten können und in den notwendigen Situationen verfügbar sind.

Ernüchert von der klinischen Realität, die ich erfahren musste und motiviert von der Vision, hier etwas zu verändern, kam die Idee auf genau ein solches digitales Produkt zu entwickeln. Wichtig ist zunächst eine universelle Verfügbarkeit. Daher sollte neben einer klassischen Desktop-Anwendung eine APP zur Verfügung stehen, auf die auch offline zugegriffen werden kann. Mittels einer klugen und schnellen Suche müssen alle gewünschten Begriffe gefunden werden können und das System muss die typischen klinischen Probleme und Fragestellungen kennen, um die aufkommenden Fragen in der Diagnose und Behandlung von Patienten klären zu können. Aber auch die Darstellung der Inhalte muss alltagstauglich sein, damit in der oftmals nur kurz zur Verfügung stehenden Zeit eine passende Antwort schnell ersichtlich ist. In unserem Programm „AMBOSS“ ist dies alles berücksichtigt. Das schnelle Erfassen der Inhalte gelingt durch die Gliederung in übersichtliche thematische Abschnitte und Bulletpoints, die einzeln angesteuert werden können und das Wichtigste kurz und verständlich darstellen. Bei Bedarf können vertiefende Inhalte ausgewählt werden – aber immer unter Berücksichtigung eines Pfades, der vom allgemeinen zum speziellen führt. Mit AM-

BOSS verfolgen wir auf diese Weise das Ziel über kurz oder lang eine Art „digitalen Oberarzt“ zu erschaffen, der befragt werden kann und schrittweise antwortet. Den richtigen Oberarzt kann das nicht ersetzen, aber deutlich entlasten bzw. dem oftmals allein gelassenen Assistenten unterstützen offene Fragen in der akuten Situation klären zu können.

Neben den bisher erwähnten klinischen Fragestellungen, die vornehmlich auf angewendetem Fachwissen beruhen, gehören praktische Fähigkeiten zu den wesentlichen Weiterbildungsinhalten. Gerade hier bieten sich E-Learning-basierte Kurse an, die jederzeit zugänglich sind und relevantes Grundlagenwissen vermitteln, um die praktischen Fähigkeiten, ohne Einarbeitung durch einen Ober- oder Facharzt, in der Praxis umsetzen zu können. Auch dieses Konzept verfolgen wir und wichtige Skills werden hierfür in AMBOSS in Form eines Kurses oder einer interaktiven Präsentation vermittelt. Wie lese ich die Befunde einer Spirometrie, wie interpretiere ich ein Röntgen



Dr. Nawid Salimi
Geschäftsführer AMBOSS-GmbH

Thorax oder wie kann ich Schritt für Schritt die Sonographie der Bauchorgane erlernen. Videos und Bildmaterial erlauben oftmals ein klareres Verständnis als das bloße Zugucken bei einem erfahrenen Kollegen – sie ermöglichen somit die Ausbildung zu guten und vielseitig geschulten Ärzten trotz der oben aufgeführten personellen Engpässe und strukturellen Herausforderungen.

Es ist unmöglich auf die Unterweisung durch erfahrene Ärzte zu verzichten. Die Ausbildung zum Facharzt wird also nicht rein digital stattfinden können. Aber mittels digitaler Unterstützung gelingt es, Ärzten in der Weiterbildung auch mit geringerer personeller Betreuung eine umfassende Facharztbildung anzubieten und die Kompetenzen ihres Fachbereichs zu vermitteln und somit das Fundament für eine hochwertige medizinische Versorgung zu schaffen.

Dr. Nawid Salimi
Geschäftsführer AMBOSS-GmbH



E-Learning

Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/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*

Anzeige

Gesucht:

TUI Cruises und AIDA Cruises suchen dringend Schiffsärzte

Der Schiffsarztmangel nimmt drastisch zu. Wir suchen für TUI Cruises und AIDA Cruises dringend Schiffsärzte.

Weitere Infos und Ausbildung zum Schiffsarzt unter:

PIER 1 – PIER 6 www.schiffsarztboerse.de

Kompaktkurs Maritime Medizin

120 CME Punkte vom 05.11 – 15.11.2019

Gesucht:

KOLLEGE / KOLLEGIN MIT PERSPEKTIVE FÜR SPÄTEREN MITEINSTIEG GESUCHT

Gesucht wird eine/n Kollege/Kollegin für unsere gastroenterologische SP-Praxis in Gemeinschaftspraxis mit hohem endoskopischem Anteil – vorerst in Anstellung, Teilzeit ist auch möglich, mit Perspektive späterer Miteinstieg.

Weiterbildungsberechtigung für 1 Jahr vorhanden.

ENDOSKOPIEZENTRUM Drs. Strubel/Hoffmann-Cornely in Neunkirchen

Tel: 06821 22225

E-Mail: claudia.strubel@t-online.de

ETL | Gesundheitswesen

Das Wissenspaket für Ihren Praxiserfolg

Fachseminar:
Sicher durch die digitale Betriebsprüfung

➔ Mehr Infos: www.digitaleoffensive2018.de

Gesucht:

Praxisnachfolger/in gesucht in Neuenkirchen/Saar

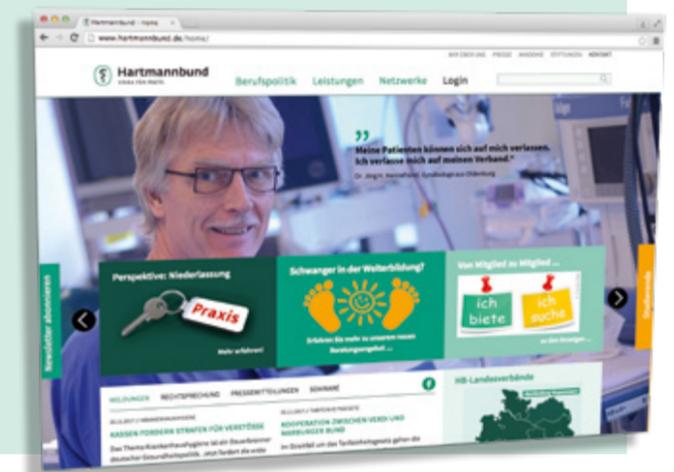
Allgemeinarztpraxis in Neuenkirchen/Saar aus gesundheitlichen Gründen sehr günstig zum 1.1.2019 abzugeben. Apotheke und Kardiologie im Haus, kostenlose Parkplätze vorhanden.

Bei Interesse bitte melden bei: Elvira Boos Telefon: 06821 23343 oder Fax: 06821-177823

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.

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?
www.hartmannbund.de



IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Redaktion:

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 auszugs-
weise) 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: Андрей Суслов

Icons: © venimo – Fotolia.com



HAUPTVERSAMMLUNG

zum Thema Apps und Künstliche Intelligenz



Liebes Hartmannbund-Mitglied,

nicht erst die Lektüre dieses HB Magazins hat (wahrscheinlich) deutlich gemacht: Apps und Künstliche Intelligenz werden in den kommenden Jahren zunehmend das Gesundheitswesen verändern – auch die Rolle und das Berufsbild von Ärztinnen und Ärzten.

Diese Entwicklung hat in den vergangenen Jahren in großen Teilen ohne ärztliche Beteiligung stattgefunden. Inzwischen hat sich die Ärzteschaft positioniert und ist entschlossen, die Digitalisierung ihrer Arbeitswelt maßgeblich mitzugestalten. Man möchte Einfluss auf die Entwicklung nehmen und dabei ärztlichen Sachverstand zur Geltung bringen. Viele Fragen gilt es zu beantworten:

- **Wo liegen die Chancen, wo die Risiken von Apps und KI?**
- **Wie können Ärztinnen und Ärzte frühzeitig nicht nur ihre Expertise, sondern auch ihre medizinischen und therapeutischen Bedürfnisse und Erwartungen einbringen?**
- **Was können Entwickler und Ärzte wechselseitig voneinander lernen? Welche Rolle spielt Digitalisierung an dieser Stelle für das Arzt-Patienten-Verhältnis?**
- **Was ist zu tun, damit Apps & KI wirklich als Helfer in der ärztlichen Arbeitswelt ankommen?**

Diesen (und weiteren) Fragen möchte sich die Hauptversammlung des Hartmannbundes am 16. November von 10 bis 16 Uhr in Berlin Dahlem (Seminaris CampusHotel) unter dem Motto „**Die smarte Revolution – Wie Apps und Künstliche Intelligenz das Gesundheitswesen verändern**“ stellen*. Wir wollen uns mit Hilfe von exponierten Experten einen Überblick über den „Stand der Dinge“ verschaffen und (u.a.) Entwickler mit Ärztinnen und Ärzten ins Gespräch bringen – damit Apps und andere Innovationen künftig auch echten Nutzen für Diagnose und Therapie entwickeln können. Damit aus Hype am Ende Heilung wird. Im Interesse von Ärzten und Patienten.

*Die Veranstaltung ist für HB-Mitglieder öffentlich, nähere Infos folgen

Klaus-Peter W. Schaps,
Internist aus Wilhelmshaven



”

Nur weil ich in eigener Praxis
tätig bin, bin ich noch lange
kein Einzelkämpfer.“



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.



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