

02/2020



Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin

## Was hilft gegen den Mangel?

Über fehlende Ärzte und  
den Versuch, sie zu locken



HB-  
Magazin  
beendet  
Lockdown.

## 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](http://www.aerzteversicherung.de)

# Editorial



**Dr. Klaus Reinhardt**  
Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen*

als wir am 18. März, dem Tag, an dem die Bundeskanzlerin in einer Fernsehansprache die „Herausforderung historischen Ausmaßes“ beschrieb und die Europäische Union ihre Grenzen schloss, zu entscheiden halten, ob wir tatsächlich – wie lange geplant – mit einer saftigen Möhre auf dem Titel unseres Magazins erscheinen konnten, da war die Entscheidung schnell gefallen. Das wäre, vor allem auch angesichts der Lage in Italien, niemandem zu vermitteln gewesen. Gut drei Monate später steht diese Möhre nun so ein bisschen symbolisch dafür, dass es zurück geht in die Normalität. Wie neu diese nun auch immer sein mag. Nicht so neu jedenfalls, als dass nicht unser Titelthema „Ärztemangel“ weiterhin brandaktuell wäre oder etwa die Frage nach der Zukunft des EBM oder des eLogbuchs.

Zur wiedergewonnen Normalität gehört es nicht nur, dass wir uns den großen grundsätzlichen Herausforderungen der Gesundheitspolitik wieder mit angemessener Intensität widmen – Themen wie die Krankenhausstrukturreform, die Reform der Notfallversorgung oder etwa die Notwendigkeit von intelligenter Patientensteuerung hatte ich kürzlich in einer Videobotschaft in unserem Wochenrückblick „Unterm Strich“ bereits genannt. Normal und unbedingt notwendig ist es jetzt auch, dass wir uns schnell und gründlich mit der Frage auseinandersetzen, was wir im Fall einer ähnlichen pandemischen Lage in Zukunft besser machen können – auch dann, wenn unter Umständen die Corona-Infektionszahlen wieder deutlich zunehmen sollten.

Ich bin kürzlich gefragt worden, ob wir die Politik denn im Rahmen dieser Debatte wirklich nicht öffentlich verantwortlich machen wollen für begangene Fehler. Dazu gerne noch einmal an dieser Stelle: Wir müssen uns abgewöhnen, jede politische Entscheidung, die sich im Nachhinein als verbesserungsfähig erweist, massiv zu kritisieren – sonst werden bald keine mutigen Entscheidungen mehr gefällt. Das, was es jetzt zu tun gilt, ist eine kritische, rational sachliche Bewertung der Auswirkungen der jeweiligen getroffenen Maßnahmen vorzunehmen. Dieser Prozess muss unter Beteiligung breiter wissenschaftlicher Kompetenz und gemeinsam mit erfahrenen Vertretern aus versorgenden Einrichtungen stattfinden. Zusätzlich sollten relevant betroffene gesellschaftliche Gruppen einbezogen sein. Erstes und vorrangiges Ziel dieses Diskussionsprozesses muss es sein, aus begangenen Fehlern zu lernen, Dinge künftig besser zu machen. Je offener wir das alle gemeinsam in Angriff nehmen, desto erfolgreicher werden wir dabei sein. Aus ärztlicher Sicht halte ich vor allem eines für wichtig: Wir müssen die Erfahrung, dass das Gesundheitswesen eben nicht wie ein normaler Markt funktionieren kann und in Zeiten relativer Ruhe dennoch für Krisen gerüstet sein muss, zum politischen Allgemeingut machen. Die deutschen Ärztinnen und Ärzte haben in dieser Krise auf allen Ebenen in Kliniken und Praxen Außerordentliches geleistet – dies ist der Gesellschaft wohl bewusst.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen in den nächsten Wochen viel Kraft bei der Rückkehr in die Normalität – wo immer Sie sich ihr stellen müssen.

Ihr

*Klaus Reinhardt*

# Hartmannbund-Stipendium der Friedrich-Thieding-Stiftung

## Jahresstipendium für Medizinstudierende

**– NEUE AUSSCHREIBUNG –**  
Hartmannbund-Stipendium 2021

Die Friedrich-Thieding-Stiftung\* des Hartmannbundes schreibt für Studierende der Human- und Zahnmedizin ein jährliches Stipendium für sehr gute Studienleistungen und für berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Studiums aus.

Neben den herausragenden fachlichen Leistungen wird auch ein berufs- oder sozialpolitisches Engagement während des Studiums in die Wertung einbezogen.

Für die Bewerbung reichen Sie bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- formlosen schriftlichen Antrag
- Nachweis der Studiausbildung (Immatrikulationsbescheinigung, Studiausweis)
- Nachweis sozial- oder berufspolitisches Engagement
- Zeugnisse, Urkunden oder Einschätzungen der Hochschullehrer

Weitere Details zur Vergabe des Stipendiums finden Sie unter [www.hartmannbund.de/stipendium](http://www.hartmannbund.de/stipendium)

Die Bewerbungsfrist endet am **30. Juni 2020**.

Die schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Klaus Rinkel  
Vorsitzender der „Friedrich-Thieding-Stiftung“  
Kurfürstenstraße 132  
10785 Berlin

oder per E-Mail an [johanna.heinrichs@hartmannbund.de](mailto:johanna.heinrichs@hartmannbund.de)

**BANK ALPINUM**

Bei der Vergabe des Stipendiums wird die Stiftung von der Bank Alpinum, Liechtenstein unterstützt.

\* Die Aufgabe der in den siebziger Jahren gegründeten Friedrich-Thieding-Stiftung ist in erster Linie die Förderung der Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung auf allen Gebieten des Gesundheitswesens und insbesondere der ärztlichen Berufsausübung.

# Inhalt

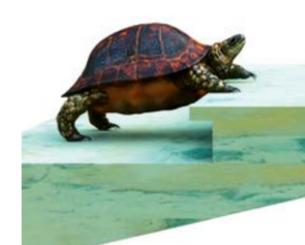
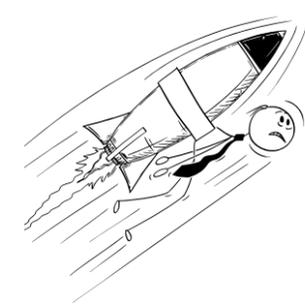


## Ärztmangel: Noch herrscht die Ruhe vor dem Sturm

Ist die „Ressource Arzt“ bald ein Luxusgut? Exakt 392.402 in Deutschland ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte weist die Statistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2018 aus – 1,9 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Noch deutlicher fällt die Langzeitsteigerung aus: Seit dem Jahr 2002 hat sich die Zahl der Ärzte um 15,8 Prozent erhöht. Auch die Arztdichte liegt in Deutschland im internationalen Vergleich mit 4,1 niedergelassenen Ärzten je 1000 Einwohner überdurchschnittlich hoch; in den OECD-Länder sind es 3,0 niedergelassene Ärzte auf 1000 Einwohner. Trotzdem „Ärztmangel“? Schaut man sich die vorhandenen Daten genauer an, so stößt man auf unterschiedliche Entwicklungen, die die (paradox erscheinende) Antwort liefern: Ja, aber nicht nur weil es zu wenig Ärzte gibt.

6

**14**  
**Überhöhtes Tempo gefährdet die Akzeptanz!**  
Digitalisierung im Gesundheitswesen



**22**  
**MM2020 – In kleinen Schritten zum großen Wurf?**  
Konkreter Zeitplan und Finanzierungsfragen noch ungeklärt

**16**  
**Das Patientendaten-Schutz-Gesetz**  
Update für ein digitales Gesundheitswesen

**18**  
**Ist nach der Reform vor der „eigentlichen Reform“?**  
Kein nächster EBM ohne zusätzliches Geld!



**24**  
**Deutschland sieht „rote Linie“**  
Gemeinsame europäische Arzneimittel-Nutzenbewertung?

**20**  
**Härtetest für das eLogbuch**  
Die neue Weiterbildungsordnung



**26**  
**Kommt die REHA raus aus der Stiefkindrolle?**  
Überfällige Maßnahmen zur Anerkennung der ärztlichen Kompetenz

**27** Service Kooperationspartner

**36** Ansprechpartner

**38** Impressum

Demografie, Work-Life-Balance, Verteilungsprobleme

# Ärztmangel: Noch herrscht die Ruhe vor dem Sturm

Ist die „Ressource Arzt“ bald ein Luxusgut? Exakt 392.402 in Deutschland ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte weist die Statistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2018 aus – 1,9 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Noch deutlicher fällt die Langzeitsteigerung aus: Seit dem Jahr 2002 hat sich die Zahl der Ärzte um 15,8 Prozent erhöht. Auch die Arztdichte liegt in Deutschland im internationalen Vergleich mit 4,1 niedergelassenen Ärzten je 1000 Einwohner überdurchschnittlich hoch; in den OECD-Länder sind es 3,0 niedergelassene Ärzte auf 1000 Einwohner. Trotzdem „Ärztmangel“? Schaut man sich die vorhandenen Daten genauer an, so stößt man auf unterschiedliche Entwicklungen, die die (paradox erscheinende) Antwort liefern: Ja, aber nicht nur weil es zu wenig Ärzte gibt.

Der Ärztemangel generiert vielfache Herausforderungen. Ärztinnen und Ärzte aus den Ballungszentren aufs Land zu bewegen stellt sich als besonders schwierig heraus.



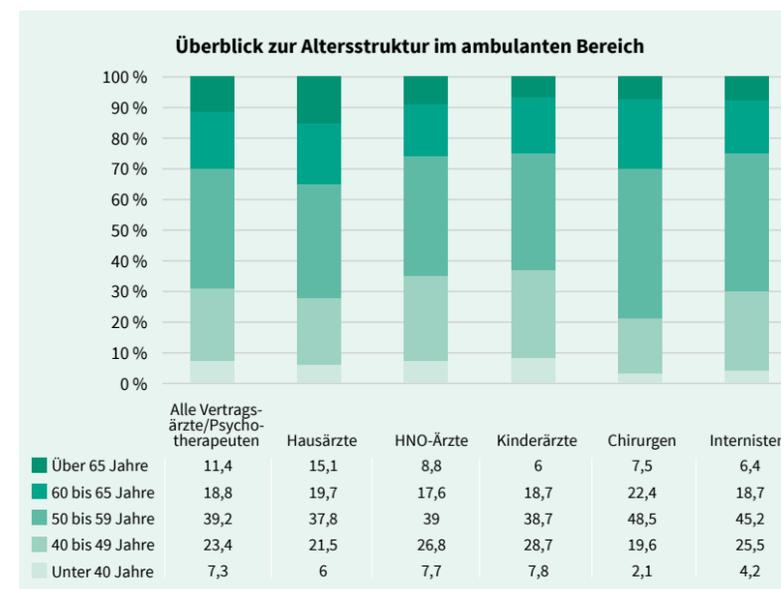
Auf einen gewissen Ernst der Lage lässt allein die Tatsache schließen, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausnahmsweise einmal einig sind – und deutlich mehr Medizin-Studienplätze fordern. Bände spricht auch, dass selbst in politischen Kreisen inzwischen hier und da die Notwendigkeit einer stringenten Patientensteuerung diskutiert wird! Mehr oder weniger deutlich ausgesprochen ist man sich einig: Trotz der auf den ersten Blick eher „rosig“ wirkenden Zahlen gibt es in Deutschland einen Mangel an Ärzten. Die Ursachen dafür sind einerseits komplex, auf der anderen Seite aber recht einfach nachvollziehbar.

Nicht wirklich eine neue Erkenntnis: Die deutsche Gesellschaft altert zunehmend und mit ihr altern naturgemäß auch die Ärzte – zumindest im niedergelassenen Bereich ist dies massiv der Fall. Das Durchschnittsalter der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung betrug 2018 über 54 Jahre, im Jahr 2008 waren es 51,6 Jahre. Immerhin fast 70 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Praxen waren 2018 mindestens 50 Jahre alt. Die Tendenz ist klar erkennbar weiter steigend. Bei den Hausärzten waren beispielsweise Ende 2018 34,8 Prozent über 60 Jahre alt. Der hohe Anteil von Ärzten im möglichem Renteneintrittsalter macht deutlich: Es herrscht die Ruhe vor dem Sturm. Der Nachbesetzungsbedarf von Arztsitzen wird in den nächsten Jahren eine enorme Herausforderung bedeuten.

## Der demografische Wandel schlägt doppelt zu

Bereits derzeit kann dieser offensichtlich nicht mehr überall gewährleistet werden. Erste spürbare Auswirkungen lassen sich schon feststellen: Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte befindet sich im (noch leichten) Sinkflug – im Jahr 2018 nahm die Anzahl um 0,7 Prozent bzw. fast 900 Ärzte ab. Vor allem in ländlichen Regionen bereitet diese Entwicklung der hier ohnehin zumeist dünn gesäten medizinischen Grundversorgung Probleme, die künftig noch zunehmen dürften.

Dass die sich verstärkende Problematik der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum nicht nur den ambulanten Bereich betrifft, zeigt das aktuelle Beispiel des vogtländischen Krankenhauses Schleiz in Thüringen. Wegen akuten Ärztemangels musste das Krankenhaus im Februar seine Geburtsstation stilllegen. Die Mischung aus den zahlreich (zu erwartenden) Ruhestandseintritten ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie der tendenziell, geringeren Motivation, in Kliniken oder Praxen strukturschwacher Räume tätig zu sein, macht schon das Halten des Status Quo nicht einfach.



Eigene Darstellung, Datengrundlage: Bundesarztregister der KBV

Hierzu eine Beispielrechnung: Nimmt man an, dass über die nächsten fünf Jahre verteilt etwa 25 Prozent der ambulant tätigen Ärzte in den Ruhestand eintreten (wie man der obigen Grafik entnehmen kann, waren bereits 2018 mehr als 30 Prozent über 60 Jahre alt), so wird man etwa 40.000 Nachwuchsmediziner brauchen, um dies zu kompensieren. Es bedarf keiner Schwarzmalerei, um dies als ernstzunehmende Herausforderung zu bezeichnen. Zwar schließen jährlich rund 10.000 Mediziner ihr Hochschulstudium ab und auch die Anzahl der Facharztanerkennungen bewegt sich in diesem Rahmen, aber nur etwa 40 Prozent der Ärzte finden aktuell den Weg in den ambulanten Bereich. Das entstehende Delta von mehreren tausend Köpfen dürfte mittelfristig kaum aufzufangen sein.

Hinzu kommt, dass mit der alternden Gesamtbevölkerung auch ein wachsender Behandlungsbedarf einhergeht. Gab es 2014 in der ambulanten Versorgung 550 Millionen Behandlungsfälle, waren es 2018 bereits 660 Millionen. Auch die Zahl der in Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten ist in den letzten Jahren gestiegen: Von 18,5 Millionen im Jahr 2010 auf knapp 20 Millionen in 2017. Die verbleibende Lebenszeit von 65-Jährigen beträgt mittlerweile bei Männern knapp 18 Jahre und bei Frauen 21 Jahre – Tendenz steigend. Nach Modellprognosen ist deshalb in den nächsten Jahren ein jährlicher Anstieg der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen um etwa drei Prozent zu erwarten.

## Geänderte Prioritäten beim Nachwuchs

Neben der Zunahme auf der „Nachfrageseite“ und dem Problem der „Ruhestandswelle“ gibt es noch einen weiteren Faktor: Die

alleinige Betrachtung der „Köpfe“ reicht in Zukunft für eine tragfähige Analyse der Angebotsseite nicht mehr aus. Der Wandel bei der Prioritätensetzung des ärztlichen Nachwuchses führt zu anderen Auffassungen mit Blick auf eine akzeptable „Work-Life-Balance“ als noch vor einigen Jahren.

Die Auswirkungen zeigen sich sowohl in den Praxen als auch in den Krankenhäusern. In letzteren waren laut aktuellen Zahlen aus 2019 etwa ein Viertel der Ärzte in Teilzeit tätig. Innerhalb weniger Jahre hat sich diese Quote damit fast verdoppelt. Eine gute Vereinbarkeit von Beruf, Privatleben und Familie lässt sich mit einer Vollzeittätigkeit – die in den Kliniken inklusive aller Dienste und Überstunden im Schnitt weit über 50 Wochenstunden abverlangt – für Viele offenbar nur schwer erreichen.

Ganz ähnlich sieht es in den Praxen aus. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten im Durchschnitt fast 50 Wochenstunden. Die in den Praxen angestellten Ärzte, deren Zahl stetig steigt, arbeiten mit im Schnitt rund 23 Wochenstunden deutlich weniger.

Diese „privaten“ Arbeitszeitreformen führen dazu, dass selbst eine gleichbleibende oder gar leicht steigende Arztzahl eben nicht eine Beibehaltung der insgesamt geleisteten ärztlichen Arbeitszeit gewährleistet. Im Gegenteil sinkt diese stetig.

Rein rechnerisch verringert sich die in allen deutschen Praxen

Arztdichte auf. Hier sind für das Verhältnis von Einwohnern pro Arzt Werte zwischen 139 (Hamburg) und 165 (Bremen) zu verzeichnen. Eher ländlich geprägte Regionen bzw. Bundesländer stehen deutlich schlechter da. In Brandenburg versorgt ein Arzt im Schnitt 251 Einwohner, in Niedersachsen sind es 246. Die Abdeckung driftet also regional stark auseinander. Und die ohnehin dünnere Versorgung steht auch stärker unter dem Druck der skizzierten Herausforderungen. Aufgrund einer Vielzahl von Faktoren sind urbane Zentren mit ihrem Großstadtfair für eine Mehrheit der jungen Mediziner attraktiver als die dörfliche Idylle.

Die Auswirkungen sind klar: Nicht besetzbare Arztpraxen und offene Arztstellen in Kliniken. Zu den Herausforderungen, die sich daraus ergeben sowie zu möglichen Lösungsansätzen konnte das Hartmannbund Magazin exemplarisch ein Interview mit Dr. Peter Noack, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), und Dipl.-Med. Andreas Schwark, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVBB, führen (Seite 12).

Die von den ärztlichen Vorständen der KVBB skizzierten Fördermodelle für Praxisübernahmen in Kommunen mit drohenden oder bereits vorhandenen Versorgungsproblemen gibt es in ähnlicher Form – genau wie Zuschüsse zur Weiterbildung angehender Allgemeinmediziner – bundesweit. Generell gibt es große Bemühungen, etwa mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die

Die demografische Entwicklung steht schon lange für gesellschaftspolitische Probleme – besonders mit Blick auf die sozialen Sicherungssysteme. Bei der ärztlichen Versorgung schlägt sie jetzt mit voller Härte zu.



verfügbare ärztliche Arbeitszeit mit 474 Minuten pro Minute so schnell, dass etwa alle vier Stunden ein Arzt „verloren“ geht. Lläuft dieser Trend weiter, so geht die Jahresarbeitszeit bis 2025 um ca. zwölf Prozent bzw. 37 Millionen Stunden zurück. Auch im stationären Bereich dürfte der Anstieg der Teilzeitquote von 15 Prozent in 2013 auf 26 Prozent in 2019 jährlich bereits mehrere Millionen Arbeitsstunden „gekostet“ haben.

**Die Verteilungsfrage – Wo fehlen Ärzte besonders?**

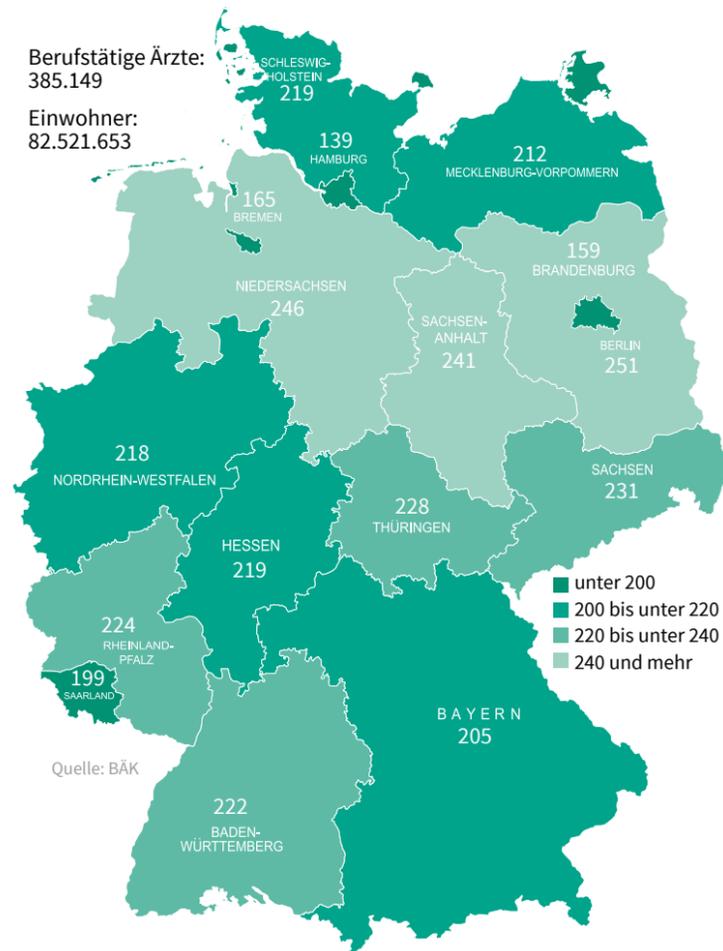
Bei steigender Nachfrage und tendenziell eher sinkendem Angebot spielt mit der Frage nach einer „guten Verteilung“ der Ärzte ein weiterer Aspekt bei der künftigen Sicherstellung der Versorgung eine zunehmend wichtige Rolle. Denn rund um den 2018 erreichten Bundesdurchschnitt von 211 Einwohnern je Arzt gibt es deutliche Schwankungen. Ärztemangel auf dem Land und sehr viele Ärzte in den Städten – so könnte man die Problemlage grob umreißen.

In Ballungsgebieten ist gemessen an der Arztdichte tendenziell eine gute bis sehr gute Versorgung zu finden – Metropolregionen wie Hamburg, Bremen und Berlin weisen die höchste

Niederlassungsattraktivität für junge Mediziner zu erhöhen. Hinzu kommen Möglichkeiten, sowohl für Praxen als auch Kliniken, von sogenannten Sicherstellungszuschlägen. In Regionen, die sonst im weiten Umkreis von einer medizinischen Versorgung abgeschnitten zu werden drohen, kann so eine unter Umständen sonst nicht wirtschaftlich tragfähige Auslastung zumindest teilweise kompensiert werden.

Ob in diesem Zusammenhang die in vielen Bundesländern in Umsetzung befindlichen oder teilweise bereits gestarteten „Landarztquoten“ bei der Studienplatzvergabe einen positiven Beitrag leisten können, wird sich erst in vielen Jahren zeigen, wenn die Absolventen in der Versorgung ankommen. Zumal dieses Instrument von verschiedenen Seiten kritisch gesehen wird, so hat sich der Ausschuss Medizinstudierende im Hartmannbund klar gegen die Einführung einer solchen Landarztquote ausgesprochen (vgl. dazu auch den Beitrag der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. – bvmd und das Interview mit dem Vorsitzenden des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund, Christian Wolfram, Seite 11).

Berufstätige Ärzte: 385.149  
Einwohner: 82.521.653



Neben diesen auf konkrete regionale Versorgungsbrennpunkte ausgerichteten Initiativen braucht es aber ohnehin optimale Rahmenbedingungen für das Gesamtsystem, um die aufgezeigten strukturellen und generationsbedingten Veränderungen aufzufangen. Gerade auch auf politischer Ebene muss die eher geringe Bereitschaft der jungen Ärztinnen und Ärzte sich niederzulassen zu denken geben. Um potenziellen Praxisinhabern die Bedenken bzgl. einer Niederlassung zu nehmen, sollten Hindernisse – Stichwörter Honorarverfall, Bürokratie, Regresse und (Über-)Regulierung – abgebaut und Anreize gesetzt werden.

Insbesondere in strukturschwachen Regionen spielen für eine Entscheidung einer Anstellung in einer Klinik oder gar Niederlassung in eigener Praxis auch ganz andere, durch Länder, Städte, Kreise und Kommunen politisch zu regelnde Aspekte – wie Perspektiven für die Familie, Arbeitsmöglichkeiten für den Partner und Betreuungs- und Bildungsangebote für Kinder – eine große Rolle. Hier darf im Rahmen der Daseinsvorsorge auch in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten das Augenmerk auf eine hohe Lebensqualität fördernde Infrastruktur nicht verloren gehen.

**Hamsterrad Krankenhaus**

Auch in den Krankenhäusern sind verschiedene Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Situation nicht nur denkbar, sondern auch dringend nötig. Das Demografieproblem spielt hier zwar, anders als im ambulanten Bereich, aufgrund der stetigen „Frischzellenkur“ durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzten nur eine untergeordnete Rolle. Trotzdem zeigen die Arbeitsbedingungen deutlich den bereits herrschenden Ärztemangel auf: Zu wenig Personal, zu viel

Anzeige

**PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

**IHRE PERFEKTE  
PRIVAT-  
ABRECHNUNG**

**WIR MACHEN DAS.**

**GANZ NAH, GANZ SICHER.**  
Tel. 0800 1025300 | ihre-pvs.de



**23. Januar 2020** – Die chinesische Regierung stellt die Stadt Wuhan unter Quarantäne. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht noch keine „internationale Notlage“. **24. Januar 2020** – Das Coronavirus erreicht spätestens jetzt Europa: In Frankreich gibt es erste bestätigte Fälle. **27. Januar 2020** – Das Coronavirus erreicht nachweislich Deutschland. Bei einem Mann aus dem Landkreis Starnberg in Bayern wird die Infektion bestätigt. Robert Koch-Institut (RKI) und BMG schätzen das Risiko für eine Ausbreitung des Virus in Deutschland nach wie vor als gering ein. **30. Januar 2020** – Die WHO erklärt den Corona-Ausbruch

zu einem globalen Gesundheitsnotfall. **31. Januar 2020** – Die Bundesärztekammer warnt: Deutsche Kliniken sind schlecht auf eine große Infektionswelle wie möglicherweise durch das Coronavirus vorbereitet. **3./4. Februar 2020** – Die Gesundheitsminister der EU und der G7-Staaten vereinbaren eine stärkere Zusammenarbeit, um eine Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern. **7. Februar 2020** – Das BMG und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlichen an die Bürger gerichtete Infos zum Schutz vor dem Coronavirus.



Dass sich die Arbeit in der Klinik immer mehr zum Lauf im Hamsterrad entwickelt, dürfte den Ärztemangel auch dort weiter verschärfen.

Im Bereich der Krankenhauspflege führte dies, durchaus erwartbar, nicht zu schlagartig mehr Pflegepersonal – sondern aufgrund des auch hier angespannten Fachkräftearbeitsmarktes zu geschlossenen Stationen. Zudem sind laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft bereits aktuell etwa 3.500 Arztstellen aufgrund des praktisch leergefegten Arbeitsmarktes nicht besetzbar.

#### Mehr Medizinstudienplätze = „Die Lösung“?

Wenn also sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich nur noch eine (Arzt-)Mangelverwaltung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Versorgung und die Arbeitslast möglich ist: Wieso reagiert man nicht einfach mit einer Steigerung der Studienplätze für Humanmedizin? Schließlich liegt Deutschland mit einer relativen Anzahl von 12 Medizinabsolventen je 100.000 Einwohner deutlich unter dem OECD-Schnitt von 13,1 je 100.000 Einwohner.

Unisono fordern genau dies bereits seit Jahren die Bundesärztekammer, die Krankenhausgesellschaften und die Verbände der Vertragsärzte. Auch im Rahmen des 122. Deutschen Ärztetages 2019 in Münster wurden Bund und Länder zum wiederholten Male aufgefordert, die finanziellen Mittel für Medizinstudienplätze um mindestens 10 Prozent zu erhöhen.

Zumindest an interessierten Bewerbern würde dann kein Mangel bestehen: Im Wintersemester 2019/20 standen den verfügbaren 9.458 Studienplätzen 41.791 Bewerber gegenüber. Bislang zeigten sich allerdings die für Bildung zuständigen Länder nicht im größeren Umfang zu finanziellem Engagement bereit. Zwar planen einige Bundesländer neue Fakultäten bzw. die Aufstockung bestehender Studienplätze – beispielsweise soll in Nordrhein-Westfalen zum Wintersemester 2021/22 an der Universität Bielefeld ein Studiengang Humanmedizin mit 300 neuen Studienplätzen starten und auch Bayern will insgesamt rund 350 neue Studienplätze schaffen – ein Knackpunkt bleibt jedoch für viele Länder die Finanzierung.

Mehrere Länder fordern für zusätzliche Studienplätze Geld vom, sich in dieser Frage aber zierenden, Bund. Und dies vor dem Hintergrund der Ende letzten Jahres bekannt gewordenen Ergebnisse von Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit, wonach für eine Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland auf dem jetzigen Stand 5.000 bis 6.000 zusätzliche Studienplätze nötig wären – dies liegt in der Größenordnung die auch vom Ärztetag und der Bundesärztekammer mehrfach gefordert wurde.

Die naheliegende Steigerung der Ausbildungszahlen stellt wohl nicht „die Lösung“ dar, aufgrund des Föderalismus schon mitnichten eine leichte. Aber sie sollte Teil einer Gesamtstrategie mit einem abgestimmten Maßnahmenbündel sein. Und die Zeit drängt: Heutige Studienanfänger stehen erst in 11 bis 12 Jahren als Fachärzte für die Patientenversorgung bereit.

Verwaltungsarbeit, wenig Zeit für die Patienten, Schichtdienst, in Stress und Burnout mündende hohe Arbeitsbelastung...

Im Schnitt arbeiten in den Kliniken selbst in Teilzeit angestellte Ärztinnen und Ärzte fast 40 Wochenstunden, in Vollzeit sind es weit über 50. Pro Jahr fallen so hochgerechnet rund 65 Millionen Überstunden an. Laut Umfragewerten zieht folgerichtig etwa jede(r) fünfte Klinikärztin oder Klinikarzt einen Berufswechsel in Betracht, um diesem Hamsterrad zu entkommen.

Kein gutes Vorzeichen, braucht es doch mehr Ärzte, um diese Probleme angehen zu können: Eine Reduzierung der Gesamtarbeitsbelastung inklusive Begrenzung der Bereitschaftsdienste und Überstunden wird anders nicht möglich sein. In diesem Zusammenhang treffen Überlegungen, Arztuntergrenzen – äquivalent zum von der Politik für den Bereich der Pflege bereits gewählten Weg – einzuführen, auf ein ganz besonders kritisches Szenario.

## Wie die KV Brandenburg Ärzte fürs Land gewinnt: Geld allein lockt keine Ärzte



Dr. Peter Noack

Dipl.-Med. Andreas Schwark

Den ärztlichen Nachwuchs für ländliche Regionen zu gewinnen, ist eine vielschichtige Aufgabe. Das Hartmannbund Magazin sprach darüber mit Dr. Peter Noack und Dipl.-Med. Andreas Schwark, den ärztlichen Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB).

#### Vor welchen Herausforderungen stehen Sie in der ambulanten Versorgung im Land Brandenburg?

**Noack:** Die demographische Entwicklung führt zu zwei großen Herausforderungen: Zum einen werden unsere Patienten immer älter. Die Multimorbidität steigt, die Patienten werden deutlich behandlungsintensiver. Versorgungsziele müssen an heutigen und zukünftigen Versorgungsbedarfen ausgerichtet werden. Mit der bestehenden Budgetierung geht das aber nicht.

Zum anderen macht die Demographie auch nicht vor den Kolleginnen und Kollegen halt. Deshalb engagieren wir uns so intensiv in der Nachwuchsgewinnung.

**Schwark:** Dabei können wir Erfolge feiern, unsere Maßnahmen wirken. In den vergangenen Jahren konnten wir die Zahl der ambulant tätigen Kollegen kontinuierlich steigern. Dennoch haben wir im Bundesvergleich die rote Laterne bei der Arztdichte. Es gibt also noch viel zu tun. Das gilt vor allem, da bei uns wie in der gesamten Gesellschaft, Teilzeitarbeit und Work-Life-Balance einen immer größeren Stellenwert einnehmen. Darauf müssen wir uns einstellen.

#### Mit welchen Maßnahmen wollen Sie Ärzte für die ambulante Tätigkeit gewinnen?

**Schwark:** Für die Gründung oder Übernahme einer Praxis gibt es derzeit in 20 Förderregionen Brandenburgs für sechs Arztgruppen einen Investitionskostenzuschuss. Die Förderregionen und Arztgruppen legen wir gemeinsam mit den Krankenkassen im Landesausschuss fest. Der Investitionskostenzuschuss beträgt sowohl für die Übernahme als auch die Neugründung jeweils 30.000 Euro. Darüber hinaus gibt es in diesen Förderregionen auch einen Sicherstellungszuschlag. Dieser liegt für eine Praxisübernahme bei 25.000 Euro. Somit kann die Übernahme einer Arztpraxis in einer Förderregion mit 55.000 Euro bezuschusst werden.

Darüber hinaus haben wir bei der KVBB umfassende Beratungsangebote für Niederlassungsinteressierte und vielfältige Aktionen wie zum Beispiel unseren Existenzgründertag, bei dem wir Ärzte, die ihre Praxis abgeben wollen, mit potenziellen Übernahmekandidaten zusammenbringen.

#### Fördern Sie auch die Weiterbildung junger Kollegen?

**Schwark:** Ja, im Rahmen der bundesweiten Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung unterstützen wir auch in Brandenburg angehende Allgemeinmediziner finanziell. Gemeinsam mit den brandenburgischen Krankenkassen unterstützten wir im vergangenen Jahr 228 angehende Allgemeinmediziner mit insgesamt rund 6,9 Millionen Euro.

Weiterbildende Kollegen können für die Vollzeit-Anstellung eines Kollegen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung einen monatlichen Gehaltszuschuss von 4.800 Euro beantragen. Dieser wird an die Weiterbildungsassistenten weitergegeben. Teilzeit- oder stundenweise Anstellungen werden ebenfalls bezuschusst. Ab 1. Juli 2020 wird der Förderzuschuss auf 5.000 Euro angehoben.

#### Gilt das auch für andere Fachgruppen?

**Noack:** Wir haben als KVBB schon seit 2012 auch Fachärzte unterstützt. Neun Facharztgruppen, unter anderem Gynäkologen, Dermatologen, Pädiater und Augenärzte, profitieren seit 2017 nun ebenfalls von der bundesweiten Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung. In diesem Jahr können wir 60 fachärztliche Weiterbildungsstellen finanziell bezuschussen. Leider ist dieses Förderprogramm in der Stellenzahl begrenzt.

2019 wurden 76 angehende Fachärzte unterstützt. Dabei handelte es sich unter anderem um 29 künftige Augenärzte, 16 angehende Hautärzte und 15 Kinderärzte in spe. Das Fördervolumen lag bei rund 2,3 Millionen Euro.

#### Seit dem vergangenen Sommer bietet das Land Brandenburg ein Stipendienprogramm für Medizinstudierende an. Was verbirgt sich dahinter?

**Schwark:** Das Förderprogramm wird von der Landesregierung finanziert und von uns umgesetzt. Pro Semester werden an bis zu 25 Studierende Stipendien von 1.000 Euro pro Monat vergeben. Hinzu kommen bis zu 25 Co-Stipendien in Höhe von 500 Euro monatlich. Im Gegenzug verpflichten sich die jungen angehenden Ärzte, nach Abschluss ihrer Facharztweiterbildung für fünf Jahre in der medizinischen Versorgung in einer ländlichen Region Brandenburg tätig zu werden. Dies kann in der Praxis, im Krankenhaus oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst sein.

Darüber hinaus werden in ländlichen Regionen 20 fachärztliche Weiterbildungsstellen in neun verschiedenen Fachrichtungen mit monatlich bis zu 5.760 Euro bezuschusst.

#### Wie sind Ihre ersten Erfahrungen mit dem Landärztestipendium?

**Noack:** Wir haben seit vielen Jahren ein solches Landärztestipendium von der Landesregierung gefordert. In den meisten Flächenländern gibt es ähnliche Aktivitäten schon lange, und wir hatten in Brandenburg dadurch einen Standortnachteil.

In der ersten Stipendienrunde gab es doppelt so viele Bewerber wie Stipendien. Der medizinische Nachwuchs hat also Lust auf Brandenburg. Leider läuft das Programm erstmal nur bis 2021. Ich kann nicht verstehen, warum sich unsere neue Landesregierung in ihrem Koalitionsvertrag nicht klar zur Fortführung positioniert hat. Dort heißt es, das Programm solle evaluiert und überprüft werden. Hier hätte ich mir ein deutliches Bekenntnis gewünscht. Denn um nachhaltig Ärzte für unser Land zu gewinnen, braucht es gemeinsame Bemühungen.

#### Kann Geld allein den Ärztemangel auf dem Land abwenden?

**Noack:** Nein. Vor allem müssen auch die Rahmenbedingungen vor Ort stimmen, damit sich ein Kollege auf das „Abenteuer ländliche Niederlassung“ einlässt. Findet mein Partner in der Region einen Job? Wie sind die Schul-, Sport- und Kulturangebote vor Ort? Gibt es einen guten Anschluss an Straße und Schiene? Das sind zentrale Fragen, bei denen wir sowohl die Landesregierung als auch die einzelnen Kommunen in der Pflicht sehen. Das ganze Land Brandenburg muss lebenswert sein, dann ist es auch niederlassungswert.



Schlaglichter auf Projekte gegen den Arztmangel

# Von Medibus bis LeiKa – Wie man mit viel Engagement und Fantasie die Lücken schließen will

## Modellprojekt: Digitale Recruiting- plattform in Baden-Württemberg

Das Gesundheitsnetz Süd (GNS) hat Anfang des Jahres mit Unterstützung des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg (MLR) ein Modellprojekt für den Neckar-Odenwald-Kreis gestartet. Auf der digitalen Recruitingplattform „Jofodo“ bewerben sich Arbeitgeber bei Arbeitnehmern und nicht umgekehrt. Zentral dabei ist eine Multimedia-Veranstaltung, bei der sich Ärzte live beteiligen und anonym mit potenziellen Arbeitgebern in Kontakt treten.

## Übersichtskarten zeigen Erreichbarkeit von Brandenburger Ärzten

17 digitale Übersichtskarten geben in Brandenburg Aufschluss darüber, wie weit der nächste Arzt entfernt ist. Laut Gesundheitsministerium können 99,2 Prozent aller Brandenburger mit dem Auto von ihrem Wohnort innerhalb von 15 Minuten den nächstgelegenen Hausarzt erreichen. Mit dem Projekt sollen ebenfalls neue Modelle für die flächendeckende medizinische Versorgung gesichtet und etabliert werden.

## Mecklenburg-Vorpommern investiert in Gesundheitszentren

Elf Projekte haben sich im Januar in einem Wettbewerb des Wirtschaftsministeriums in Mecklenburg-Vorpommern durchgesetzt und werden nun mit europäischen Fördermitteln durch das Land unterstützt. Ziel ist es, dass bis 2023 die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen verbessert wird. Die Gesamtinvestitionssumme beträgt rund 14,5 Millionen Euro. Zu den Siegerevorhaben gehören Erweiterungen und Neubauten von Gesundheitszentren.

## Bayerisches Förderprogramm bringt mehr Ärzte aufs Land

Wer sich in bayerischen Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern niederlässt, die nicht überversorgt sind, erhält vom Freistaat bis zu 60.000 Euro. Stipendiaten werden monatlich mit 600 Euro unterstützt und verpflichten sich ihre Weiterbildung im ländlichen Raum zu absolvieren sowie danach fünf Jahre dort zu arbeiten. Das Förderprogramm ist vor rund sieben Jahren gestartet. Seither seien so laut Gesundheitsministerium 579 Praxisgründungen bzw. Filialbildungen unterstützt worden. 246 Medizinstudierende nehmen bisher am Stipendienprogramm teil. Insgesamt wurden rund 38 Millionen Euro investiert.

## In Hessen bewährt sich der Medibus

Durch das ländliche Nord- und Osthessen rollt seit Juli 2018 mit dem Medibus eine mobile Arztpraxis. Die Deutsche Bahn hat den Linienbus für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) umgebaut. Mehr als 3.500 Patienten sind bisher bereits behandelt worden. Von den durchschnittlich 36 behandelten Patienten pro Tag sei jeder zweite über 75 Jahre alt. Noch bis mindestens Ende 2020 soll die Testphase laufen. Die Kosten liegen laut KV bei rund 600.000 Euro.

## Niedersachsen startet neue Kampagne

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat jetzt zahlreiche Aktivitäten der vergangenen Jahre zu einer Marke mit einem einheitlichen Design zusammengefasst. Die neue Kampagne richtet sich an Mediziner auf unterschiedlichen Stationen ihres Berufsweges: Sie soll unter anderem angehende Ärzte schon im Studium für eine Niederlassung begeistern und Klinik-Assistenzärzte werden darüber aufgeklärt, welche Vorteile es hat, sein eigener Chef zu sein. Flyer informieren unter anderem über Beratungs- und Fördermöglichkeiten sowie über Seminare.

## Landlust der Studenten in Sachsen erhöhen

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig hat das „Mitteldeutsche Konzept zur longitudinalen Integration landärztlicher Ausbildungsinhalte und Erfahrungen in das Medizinstudium“ vorgelegt. MiLaMed soll die Landlust bei allen Medizinstudierenden entfachen, nicht nur bei angehenden Allgemeinmedizinern. Es ist im April mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit gestartet. Das Projekt LeiKa („Leipziger Kompetenzpfad Allgemeinmedizin“) der Uni läuft bereits seit mehr als drei Jahren und wird vom Sächsischen Wissenschaftsministerium gefördert, mit dem Ziel ausschließlich Allgemeinmediziner zu gewinnen.

## Schleswig-Holstein: Mediziner aus Nicht-EU-Ländern qualifizieren

Mit dem bundesweit einmaligen Pilotprojekt „LandärztInnen Nord“ versucht das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Lübeck in Kooperation mit dem „IQ Netzwerk“ gegen die Misere anzugehen. Die Strategie: Mediziner aus Nicht-EU-Ländern für die Arbeit in Deutschland zu qualifizieren und als Hausärzte zu gewinnen. Mittlerweile nimmt schon die zweite Ärztgruppe aus dem Ausland an dem Fortbildungskurs teil. Die Mediziner kommen aus Syrien, Ägypten oder Aserbaidschan. Um in Deutschland zu praktizieren, müssen sie nicht nur die deutsche Sprache beherrschen, sondern auch eine Kenntnisprüfung bestehen.

## Kostenfreie Kontaktbörsen in Westfalen-Lippe

Unternehmerische Kompetenzen stärken, Ärzte vernetzen und die positiven Aspekte der Niederlassung in den Vordergrund stellen – das sind die Projektziele von „UnternehmensWertArzt“ in Westfalen-Lippe. Das von der EU geförderte Projekt stellt unter anderem Wissen digital sowie bei zahlreichen Veranstaltungen zur Verfügung und begleitet im Rahmen von Coachings bei der Praxisgründung. Es fördert die Digitalisierung im ländlichen Raum, schafft Möglichkeiten des Matchings von Praxisgründern und Praxisabgebern über zahlreiche kostenfrei nutzbare Börsen.

## Sachsen-Anhalt setzt auf Hausarzt-Klassen mit Mentoren

Die Universität Magdeburg hat zum Wintersemester mit 13 Studierenden die „Klasse Hausärzte“ als neues Programm im Medizinstudium ins Leben gerufen. Den Teilnehmern steht jeweils ein Hausarzt als Mentor zur Verfügung, in deren Praxis die Nachwuchsmediziner die Abläufe kennenlernen. Wahlfächer behandeln Themen zur Arbeit als Landarzt. An der Universität Halle ist die „Klasse Allgemeinmedizin“ bereits 2011 gestartet. Derzeit sind rund 100 Studierende in der speziellen Klasse immatrikuliert. Laut der Medizinischen Fakultät begleiten mehr als 110 Mentoren in mehr als 90 Lehrarztpraxen das Projekt.

## Landkreis in Rheinland-Pfalz nimmt Nachwuchsgewinnung selbst in die Hand

Die gemeinsame Image-Homepage der Kreisärzteschaft und des Landkreises Altenkirchen in Rheinland-Pfalz [www.landarzt-ak.de](http://www.landarzt-ak.de) stellt interessierten Mediziner unter anderem Arbeitsmöglichkeiten in der Region vor. Des Weiteren bietet sie umfassendes Wissen zu Fördermöglichkeiten, Netzwerken, Serviceangeboten und Freizeitaktivitäten und sie dient als Plattform, um über Fortbildungen zu informieren. Die Homepage ist allerdings nur ein Baustein zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Neben einem Ärzteservice, dem Medizinercamp, einer Famulaturförderung oder einem Telemedizinprojekt wurde ein eigenes Medizinerstipendium beschlossen.

## „Ärztescout“ in Thüringen organisiert Praxisbesuche und Summer School

Thüringen versucht mit dem „Ärztescout“-Projekt in der ambulanten medizinischen Versorgung Nachwuchs zu gewinnen. Das Projekt wird vom Universitätsklinikum Jena koordiniert, bei der sich Medizinstudenten Informationen über die verschiedenen Fördermöglichkeiten auf dem Weg in die Niederlassung holen können und zum sogenannten Thüringen-Stipendium. Zusätzlich werden Veranstaltungen, wie eine Summer School in den Semesterferien, und Praxisbesuche organisiert.



## Digitalisierung im Gesundheitswesen

## Überhöhtes Tempo gefährdet die Akzeptanz!

*Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legt unter Minister Jens Spahn insgesamt ein hohes Arbeitspensum an den Tag – ganz besonders forciert werden alle Bereiche, welche sich unter dem Begriff „Digitalisierung des Gesundheitswesens“ fassen lassen. Schon die institutionellen Entscheidungen – wie der Aufbau einer eigenständigen BMG-Abteilung für Digitalisierung, mit Dr. Gottfried Ludewig als Leiter, oder auch der Umbau der gematik GmbH (die zuvor gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH hieß) – zeigen, dass der gesamte Digital-Komplex politisch weit vorne steht. Hinzu kommt das erkennbare Bemühen des Ministeriums und vor allem auch Spahns selbst, Brücken in die Digitaliszenne zu schlagen und so Politik und IT-Branche stärker aufeinander zuzubewegen.*

Und natürlich wurden vom zwischen Dauerlauf und Sprint changierenden Spahn, der die gesundheitspolitische Szene Berlins teilweise atemlos zurücklässt, gemeinsam mit seinem Team immer wieder gesetzliche Einzelregelungen oder auch gleich komplette Gesetzentwürfe zur Digitalisierung erarbeitet und in den parlamentarischen Prozess geschickt. Unabhängig davon, wie man die Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums jeweils inhaltlich bewertet, eines muss man Minister Spahn zugestehen: Die Dynamik hat auch auf den oft als schwer umzusteuern den „Tanker“ Gesundheitswesen übergegriffen.

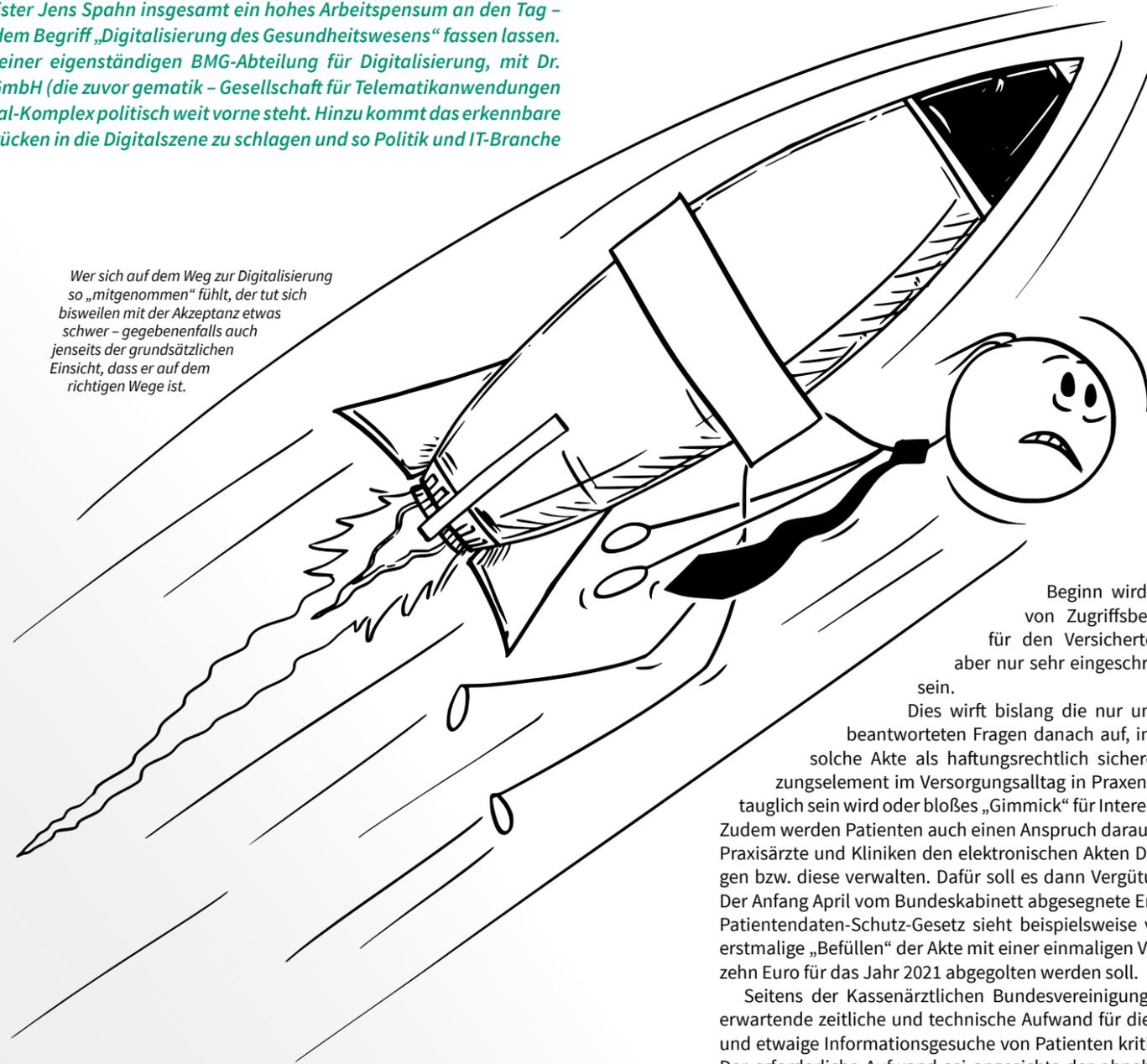
So sind verstärkt telemedizinische Versorgungskonzepte zu verzeichnen, Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer arbeiten hart daran, die Zulassungsverfahren für Anbieter der künftig für die rechtssichere digitale Unterzeichnung (etwa von elektronischen Arztbriefen, Rezepten oder auch Laborüberweisungen) benötigten elektronischen Heilberufsausweise der 2. Generation erfolgreich abzuschließen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung engagiert sich auf dem Felde der Standardisierung der Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) und der Verband der Privaten Krankenversicherung verkündete Mitte Januar in Berlin den Startschuss für den Fonds „heal capital“. Mit dem Fonds will sich der PKV-Verband an jungen Unternehmen beteiligen, die digitale Innovationen für die Gesundheitsversorgung entwickeln – so wolle man dazu beitragen, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Digitalisierung voranzutreiben.

Einen Teilaspekt der Qualität von digitalen Versorgungsinstrumenten soll mit der jüngst erlassenen Verordnung des BMG zu den Details des Verfahrens der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt werden. Zum Hintergrund: Mit dem Ende 2019 beschlossenen Digitale-Versorgung-Gesetz wurde ein Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten auf solche digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen – allgemein firmiert dieser Anspruch in der Öffentlichkeit als „Apps auf Rezept“.

Klar ist nun: Das Verfahren zur Aufnahme in ein Verzeichnis, welches zur Leistungserbringung in der Regelversorgung berechtigt, wird beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) etabliert. Der Verordnungsentwurf enthält dazu detaillierte Vorgaben zur Sicherheit und Funktionstauglichkeit, zur Interoperabilität, zum Datenschutz und -sicherheit sowie zum Nachweis eines „positiven Versorgungseffekts“ durch Studien. Gewissermaßen werden also künftig Gesundheits-Apps vom BfArM zertifiziert und können dann von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden.

Ohne Friktionen verläuft die praktische Umsetzung dennoch nicht. Die Krankenkassen signalisieren, mit Argusau-

*Wer sich auf dem Weg zur Digitalisierung so „mitgenommen“ fühlt, der tut sich bisweilen mit der Akzeptanz etwas schwer – gegebenenfalls auch jenseits der grundsätzlichen Einsicht, dass er auf dem richtigen Wege ist.*



Beginn wird die Vergabe von Zugriffsberechtigungen für den Versicherten technisch aber nur sehr eingeschränkt möglich sein.

Dies wirft bislang die nur unbefriedigend beantworteten Fragen danach auf, inwieweit eine solche Akte als haftungsrechtlich sicheres Unterstützungselement im Versorgungsalltag in Praxen und Kliniken tauglich sein wird oder bloßes „Gimmick“ für Interessierte bleibt. Zudem werden Patienten auch einen Anspruch darauf haben, dass Praxisärzte und Kliniken den elektronischen Akten Daten hinzufügen bzw. diese verwalten. Dafür soll es dann Vergütungen geben: Der Anfang April vom Bundeskabinett abgesegnete Entwurf für ein Patientendaten-Schutz-Gesetz sieht beispielsweise vor, dass das erstmalige „Befüllen“ der Akte mit einer einmaligen Vergütung von zehn Euro für das Jahr 2021 abgegolten werden soll.

Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird der zu erwartende zeitliche und technische Aufwand für die Datenpflege und etwaige Informationsgesuche von Patienten kritisch gesehen. Der erforderliche Aufwand sei angesichts der ohnehin schon am Limit arbeitenden Praxen nicht zu rechtfertigen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die elektronische Patientenakte die Ziele, welche man von jeglichen Digitalisierungsbestrebungen erwarten darf – nämlich eine Verbesserung der Patientenversorgung und die Entlastung im Versorgungsalltag – zu erfüllen vermag.

Zeigen tut dieses Beispiel aber deutlich: Im Bemühen um mehr Tempo und schnellere Fortschritte dürfen die Sorgen und Ansprüche der Akteure nicht übergangen werden, will das Bundesgesundheitsministerium die Akzeptanz für die Digitalisierung im

gen auf die Mengen- bzw. Kostenentwicklung zu achten. Auf die verordnenden Leistungserbringer aller Sektoren kommt mit dem neuen Anspruch ein in seinen Ausmaßen schwierig abzuschätzender Informations- und Beratungsaufwand zu.

Ähnliches gilt für die elektronische Patientenakte, die die Krankenkassen ihren Versicherten spätestens ab 1. Januar 2021 anbieten müssen. Die Entscheidung über die Nutzung bleibt den Versicherten überlassen – genauso wie die Entscheidung, auf welche Daten der behandelnde Arzt bzw. Therapeut zugreifen darf, zu

Gesundheitswesen steigern. Mahnende Stimmen sollten nicht einfach „weggebügelt“ werden. Die Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern zum Beispiel würden sich durch die stetig wachsenden und immer komplexer werdenden Anforderungen in Hinsicht auf IT-Ausstattung und TI-Anbindung überfordert und im Stich gelassen fühlen, so beklagte der KV-Vorstand in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Spahn. In der aktuellen Situation, mit „zahlreichen Unklarheiten und IT-technischen Problemen“, schein es kaum möglich, hochsensible Patientendaten und das vertrauliche Arzt-Patienten-Verhältnis wirkungsvoll zu schützen.

Insbesondere bei den Aspekten Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung sollte also Gründlichkeit vor Schnelligkeit gehen – hierzu hat das Bundesgesundheitsministerium den schon erwähnten Entwurf für ein Patientendaten-Schutz-Gesetz vorgelegt. Auch wenn mehr Tempo als in den vergangenen Jahren in Sachen Digitalisierung positiv zu werten ist, müssen die einzelnen Schritte aber trotzdem sicher sitzen: Für das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger – und damit auch der Ärzteschaft – könnte jeder Stolperer einer zu viel sein.



## Medizinsoftware ist keine Bürosoftware

Die großen Ziele der Digitalisierung sind eine effektivere und bessere medizinische Versorgung im Erkrankungs- und Notfall. Das ist sinnvoll und gut. Schon heute steuert passgenau entwickelte Medizinsoftware wie Krankenhausinformationssysteme (KIS) und Arztinformationssysteme (AIS) die Abläufe. Störungen in der Medizinsoftware führen daher aber auch zu erheblichen Störungen im Praxis- oder Klinikbetrieb, bis hin zum Stillstand.

Das Grundprinzip des 2004 eingeführten Qualitätsmanagements lautet: Plan-Do-Check-Act (PDCA-Zyklus). Das muss auch das Grundprinzip bei der Entwicklung von Medizinsoftware und Gesundheits-Apps sein. Doch dazu fehlt derzeit etwas Entscheidendes: echte Feldtests und Analysen.

Ich bin sehr dafür, dass die Digitalisierung auf breiter Fläche Einzug in die Versorgung hält. Doch bislang sorgt die Telematikinfrastruktur weder für eine effektivere noch für eine bessere Gesundheitsversorgung. Gesetze, die Ärzte zu Anwendungen verpflichten, auf deren Entwicklung sie nur begrenzt Einfluss haben können, sind der gänzlich falsche Weg.

Vielmehr muss zunächst nachgewiesen und sichergestellt sein, dass Telematik-Anwendungen im Praxis- und Klinikbetrieb auch tatsächlich funktionieren, nicht den Betrieb stören oder lahmlegen und allen beteiligten Akteuren nutzen – das heißt den Kostenträgern, den Leistungserbringern und den Patienten. Erst dann kann der Gesetzgeber Forderungen stellen.

Denn in einer digitalisierten Welt gefährdet eine schlecht oder falsch funktionierende Medizinsoftware die Gesundheitsversorgung.

Dr. med. Mark F. Tobis, FEBO, HB-Landesvorsitzender in Schleswig-Holstein





## Das Patientendaten-Schutz-Gesetz

# Update für ein digitales Gesundheitswesen

*Digitale Lösungen möglichst schnell zu den Patientinnen und Patienten bringen und dabei zugleich sensible Gesundheitsdaten bestmöglich schützen – dieses Ziel will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) erreichen. Der mittlerweile ins parlamentarische Verfahren gemündete Gesetzentwurf steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), welche das zentrale Instrument der E-Health-Strategie des Bundesgesundheitsministeriums darstellt.*

Bundesgesundheitsminister Spahn betont es immer wieder: Für ihn stellen die Fragen einer digitalen Infrastruktur und von digitalen Anwendungen auch eine Frage der „Selbstbehauptung Europas“ dar. Neben den wichtigen nationalen Regelungen gelte es auch, die deutsche EU-Ratspräsidentschaft zu nutzen, um einen gesamteuropäischen Rahmen für Digitalisierung und Datenschutz zu schaffen – dieser Rahmen solle unter anderem die Datennutzung für Forschungszwecke ermöglichen. Insgesamt müsse sich das „Debattensetting“ in Deutschland zur Nutzung von Patientendaten zum Wohle aller stärker in Richtung „Chancendebatte“ entwickeln.

Folgerichtig beinhaltet das geplante Patientendaten-Schutz-Gesetz unter anderem auch die Möglichkeit, dass Versicherte ab 2023 die in der elektronischen Patientenakte abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung stellen können. Mit dem Gesetz soll zudem die Patientenakte hinsichtlich ihrer Inhalte, ihrer Nutzung, der Verar-

beitungsbefugnisse und der Zugriffskonzeption differenziert ausgestaltet werden. Dies ist unter anderem deshalb notwendig, weil bestimmte Regelungen, die eigentlich bereits mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) umgesetzt werden sollten, von verschiedenen Seiten aus datenschutzrechtlichen Gründen kritisiert worden waren. Dem Vernehmen nach hatte auch das Bundesjustizministerium Einsprüche angemeldet.

Deshalb soll nun ein „Update“ der Regelungen zur Telematikinfrastruktur und ihren Anwendungen erfolgen, um so eine datenschutzrechtlich einwandfreie Ausgestaltung zu erreichen. Seitens des Bundesrates wurden allerdings auch für den PDSG-Entwurf bereits umfassende Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich datenschutzrechtlicher Aspekte geliefert. So kritisiert die Länderkammer unter anderem, dass für die Versicherten nicht erkennbar sei, wer bei einem Datenleck oder unbefugter Datenlöschung die Verantwortung trägt. Zuvor hatte bereits der Bundesda-

tenschutzbeauftragte Professor Ulrich Kelber „wesentliche datenschutzrechtliche Defizite“ moniert.

Auch die Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages Ende Mai brachte reichlich Gegenwind für das Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums. Anwesende IT-Experten kritisierten bestimmte Aspekte wie das Datenmanagement und die technische Zuständigkeit für bestimmte Teile des Telematikinfrastruktur-Systems. Die Bundesärztekammer verwies darauf, dass Gesundheitsdaten zur Kategorie der besonders sensiblen Daten gehören – deshalb müsse die Nutzung höchsten datenschutzrechtlichen und ethischen Standards genügen. Ob die diesbezüglichen Inhalte des geplanten Gesetzes in dieser Hinsicht zu einer breiten Akzeptanz bei Versicherten, Forschern und Ärzteschaft führen werden, sei zweifelhaft. Zudem sollten die Patienten nicht ohne Kenntnis ihrer Ärzte Inhalte ihrer elektronischen Patientenakte an die Krankenkassen übermitteln können, um beispielsweise kassen-spezifische Angebote zu nutzen. Sollte der behandelnde Arzt über solche Angebote an den Patienten nicht zumindest informiert werden, könne das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient Schaden nehmen.

Die wesentlichen geplanten Regelungen des Gesetzes im Kurzüberblick:

### Patientensouveränität

Die elektronische Patientenakte soll als versichertengeführte elektronische Akte – deren Nutzung freiwillig ist – den Versicherten von Anfang an ermöglichen, selbst zu entscheiden, welche Daten gespeichert werden, wer zugreifen darf und ob Daten wieder gelöscht werden. Patienten könnten also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die Akte zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden.

### Zugriffskonzept für Versicherte

Für die elektronische Patientenakte soll spätestens ab dem 1. Januar 2022 ein „feingranulares Berechtigungskonzept auf Dokumentenebene“ vorgegeben werden. Versicherte sollen dann die Möglichkeit bekommen, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, wer darauf zugreifen kann. In der ersten Ausbaustufe, also dem Zugriff für Versicherte über mobile Endgeräte ab dem 1. Januar 2021 ohne differenziertes Zugriffsmanagement, sollen besondere Aufklärungs- und Informationspflichten gelten.

### Zugriffskonzept in den Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken

Versicherte ohne eigenes mobiles Endgerät sollen in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken – aber auch in den Filialen der Krankenkassen – Einsicht in ihre Akte nehmen können. Für diese „Nutzung vor Ort“ soll spätestens ab dem 1. Januar 2022 ein differenziertes Berechtigungskonzept auf Kategorien von Dokumenten vorgegeben werden.

### Vergütung

Für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung der Akten sowie für die Verarbeitung von Daten sollen Vertragsärzte und Apotheker eine Vergütung und die Krankenhäuser einen Zuschlag erhalten. Für die „Erstbefüllung“, mit der auch eine Beratung des Versicherten zur grundsätzlichen Funktionsweise der elektronischen Patientenakte verbunden sein soll, sind derzeit 10 Euro angesetzt.

### Anwendungen

Die Übermittlung ärztlicher Verschreibungen über mobile Endgeräte per E-Rezept soll durch die Aufgabenzuweisung an die gematik eine entsprechende App zu entwickeln vorangetrieben werden. Die App soll im Laufe des Jahres 2021 zur Verfügung stehen.

Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge (GKV-Spitzenverband und KBV) sollen beauftragt werden, die erforderlichen Regelungen zu treffen, damit auch Überweisungsscheine zukünftig in elektronischer Form übermittelt werden können.

Ab 2022 sollen auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden können.

### Sicherheit

Betreiber von Diensten und Komponenten innerhalb der Telematikinfrastruktur sollen Störungen und Sicherheitsmängel unverzüglich an die gematik melden. Tun sie das nicht ordnungsgemäß, drohen Bußgelder.

Der bereits für Patientenakten auf Papier geltende Beschlagnahmenschutz soll auf die elektronische Patientenakte ausgedehnt werden, damit das Arztgeheimnis gewahrt bleibt.



Kein nächster EBM ohne zusätzliches Geld!

# Ist nach der Reform vor der „eigentlichen Reform“?

*Nach mehrjährigen und intensiven Verhandlungen haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband Mitte Dezember auf eine „kleine“ Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) geeinigt. Der neue EBM, das grundsätzliche Vergütungssystem der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, tritt zum 1. April 2020 in Kraft. Für Ärger sorgte dabei die Prämisse, dass die Änderungen im EBM für die Krankenkassen „ausgabenneutral“ erfolgen mussten – diese Festlegung war bereits im Jahr 2012 durch den Bewertungsausschuss getroffen worden.*

Der Bewertungsausschuss – paritätisch besetzt mit jeweils drei Vertretern der KBV und des GKV-Spitzenverbandes – hatte sich damals darauf geeinigt, dass die Aktualisierung und Weiterentwicklung des EBM nicht in eine Erhöhung der von den Krankenkassen gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen münden sollte. Dass das Ergebnis der unter diesen Voraussetzungen gestarteten Verhandlungen nicht alle Ärzte und Psychotherapeuten würde zufriedenstellen können, war absehbar.

Man habe zwar den Schlusspunkt unter eine jahrelange Reform des EBM gesetzt, erklärte auch KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen, aus Sicht der Ärzteschaft bleibe die zugrunde gelegte Punktsummenneutralität aber unbefriedigend. Auf der Agenda der KBV stünde deshalb „frisches Geld“ für Versorgungsthemen wie beispielsweise ambulantes Operieren, Sachkostenpauschalen oder auch Hausbesuche. Nachholbedarf bestehe zudem besonders beim kalkulatorischen Arztlohn. Mit der nun erfolgten ausgabenneutralen Weiterentwicklung des EBM habe man den gemeinsamen Auftrag, die sprechende Medizin aufzuwerten ohne „übermäßige Verwerfungen“ erfüllen können.

Zum Hintergrund: Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte der Gesetzgeber den verhandelnden Akteuren für die EBM-Reform zusätzlich vorgegeben, dass die technischen Leistungen überprüft und die sprechende Medizin gefördert werden sollen. Auf dieser Basis wurden unter anderem

das hausärztliche Gespräch, aber auch Gesprächsleistungen etwa der Psychiater und Neurologen, im EBM-System aufgewertet.

Bemüht man ein wenig Euphemismus, könnte man von wenig ausgelöster Begeisterung ob dieser EBM-Anpassungen sprechen. Scharfe Kritik kam unter anderem von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, welche den Vorstand der KBV aufforderte, unverzüglich in Neuverhandlungen einzutreten. Die „dringend notwendigen Verbesserungen beim kalkulatorischen Arztgehalt und die Finanzierung jeden Mehrbedarfs“ müssten aus den nach wie vor „unangemessen hohen Rücklagen“ der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Eine bloße Umverteilung stelle „keine Option“ dar, da sie Diskussion um das dringend notwendige Ende der Budgetierung ad absurdum führe. Anstatt sich mit aller Kraft gegen diese fatale Entwicklung zu stemmen, habe der KBV-Vorstand assistiert.

Ähnlich fiel das gemeinsame Urteil der im Spitzenverband ZNS (Spiz) zusammengeschlossenen Verbände – Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP), Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) und der Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefen-psychologisch fundiert tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP in der DGPT) – aus. Eine „lediglich formale Aufwertung der Gespräche in nahezu allen Fachgebieten nach dem Gießkannenprinzip“ löse die bestehenden Probleme der unterfinanzierten, krankheitsspezifischen Zuwendungsmedizin nicht. Eine spürbare Verbesserung der Versorgung der Patienten sei vor diesem Hintergrund kaum zu erwarten – zumal es neben den Aufwertungen bestimmter Gesprächsleistungen zum Teil eben auch massive Abwertungen gebe. Eine EBM-Reform unter dem Aspekt der Kostenneutralität könne kein geeignetes Mittel darstellen, das Versorgungsproblem von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu lösen.

KBV-Chef Gassen verwies in Replik auf die Kritiker nochmals darauf hin, dass man in den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband an den 2012er Beschluss gebunden war. Zudem seien auch die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Entwicklungen der Reform informiert gewesen. Die strukturellen Änderungen am EBM seien in Abstimmung mit den Berufsverbänden auf das Nötigste reduziert worden – deshalb werde die Reform keine größeren Verwerfungen bei den Praxen auslösen. Es sei klar gewesen, so KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister, dass es nur dann Anpassungen geben werde, wenn diese nicht zulasten der Ärzteschaft ausfallen würden. So habe die KBV beispielsweise ihre Forderung nach einer Anhebung des kalkulatorischen Arztlohns (Dieses Referenzeinkommen soll theoretisch nach Abzug der Betriebskosten für einen niedergelassenen Vertragsarzt bei einer Wochenarbeitszeit von 51 Stunden erreichbar sein.) bewusst aus den Verhandlungen zurückgezogen, da dies ohne

zusätzliches Geld nicht sinnvoll umzusetzen gewesen wäre – sondern nur zulasten der Gesamtvergütung.

Klar sei, dass betonte der KBV-Vorstand ausdrücklich, dass es eine weitere Reform des EBM ohne zusätzliches Geld nicht geben werde. Diese Meinung dürfte Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten einen. Noch sind die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen im Großen und Ganzen zwar gut gefüllt, mittelfristig werden jedoch die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn aufgelegten Maßnahmen – Stichwörter wären etwa die „Stärkung der Pflege“ oder auch „Apps auf Rezept“ – erhebliche Finanzmittel beanspruchen. Deshalb das „Nullsummenspiel“ ad ultimo zu perpetuieren und keine zusätzlichen Gelder in die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung zu investieren, dürfte aber auf Dauer trotzdem kein vertretbarer politischer Weg sein.



## Was ist für den KBV-Vorstand „eine größere Verwerfung“?

Ende des vergangenen Jahres haben wir in der Vertreterversammlung der KV Hessen eine ablehnende Resolution zur EBM-Reform einstimmig beschlossen. Nicht nur die kundigen Thebaner unter den 50 Vertretern waren sich einig, dass es natürlich auch Fachgruppen geben wird, die erheblich bei der EBM-Reform verlieren werden. Dies bestätigt sich jetzt in den Simulationsrechnungen der KV Hessen. Alle spezialisierten Internisten verlieren um fünf Prozent ihres KV-Gesamthonorars (z. B. 4,8 % Angiologen, 5,8 % Pulmonologen, 5,7 % Gastroenterologen, 4,5 % Kardiologen und 5 % Facharztinternisten ohne Schwerpunkt, Radiologen 5,6 %).

Wissend, dass die Praxiskosten wenigstens bei 50 % des Honorars liegen, bedeutet dies ganz konkret einen etwa zehnprozentigen Verlust für diese hessischen Arztgruppen.

Bei anderen Fachgruppen wie Anästhesisten (+4,8 %), Schmerztherapeuten (+8 %) Gynäkologen (+4,5 %), Neurologen (+4 %), Psychiater -8 %) steigt das Honorar deutlich.

Hier, wie der KBV-Vorstand, von keinen „größeren Verwerfungen“ zu sprechen, zeigt, dass man dort den Boden der alltäglichen Realität in der Praxis längst verlassen hat.

Die KBV hätte einer solchen Reform niemals zustimmen dürfen. Genauer gesagt: Er hätte unter dem Diktat des „Nullsummenspiels“ die Verhandlungen niemals beginnen dürfen. Denn auf diesen neuen EBM hätte ich lieber verzichtet.

Dr. med. Lothar Born, HB-Landesvorsitzender in Hessen, Mitglied der KV-WV Hessen



*Mit leeren Taschen, da ist sich die Ärzteschaft einig, müssen die Kassen bei den nächsten Verhandlungen erst gar nicht erscheinen.*

## Die neue Weiterbildungsordnung Härtetest für das eLogbuch

Kai-Uwe  
Hunsicker

Der Reformbedarf sowie der Reformwille im Bereich der ärztlichen Weiterbildung sind unbestritten. Der kommende Sommer kristallisiert sich nun als eigentlicher Start und Praxistest des neuen Weiterbildungsansatzes mit der Grundidee „Inhalte statt Zeiten“ heraus. Ein wichtiges Puzzleteil, gewissermaßen das Herzstück der Weiterbildungsreform, stellt das elektronische Logbuch (eLogbuch) dar. Mit diesem soll der Kompetenzerwerb der Weiterzubildenden fortlaufend und für die Ärztekammern nachvollziehbar abgebildet werden. Kai-Uwe Hunsicker, Vertreter der Medizinischen Fakultät, und Klaus-Peter Schaps, Vorsitzender des Arbeitskreises Aus- und Weiterbildung, haben sich mit den anstehenden Herausforderungen auseinandergesetzt.

Klaus-Peter  
Schaps

*Das sogenannte eLogbuch ist wesentlicher Bestandteil der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Welche Schritte waren dafür nötig?*

**Hunsicker:** Im Rahmen des 121. Deutschen Ärztetages 2018 wurde beschlossen (Drs. VIII – 02), dass die Dokumentation über den kontinuierlichen Kompetenzzuwachs während der ärztlichen Weiterbildung verpflichtend über ein elektronisches Logbuch erfolgen soll. Mit Abschluss des Softwareerstellungs- und Wartungsvertrags wurden dann die Voraussetzungen geschaffen, um ein bundesweites System für die eLogbuch-Webanwendung zu erstellen. Auf dem 122. Deutschen Ärztetag in Münster ist in 2019 schließlich dem Sachstandsbericht über die Inbetriebnahme zugestimmt worden. Dieser empfahl den Landesärztekammern, das elektronische Logbuch im jeweiligen Landesrecht vorzusehen. Laut Konzept darf es landesspezifische Abweichungen bei den einzelnen Logbüchern geben.

*Das klingt nach einem gewaltigen IT-Projekt im Gesundheitswesen. Wie steht es um die Finanzierung?*

**Hunsicker:** Die Investitionssumme von voraussichtlich 490.000 Euro für das Haushaltsjahr 2019/2020 erfolgt über eine Rücklagenentnahme bei der Bundesärztekammer. Für die folgenden Jahre sind die Aufwendungen bereits in der strategischen Finanzplanung berücksichtigt worden. Die Landesärztekammern haben mit weiteren Kosten zu rechnen, zum Beispiel durch notwendige Anpassungen zur Integration ihrer jeweiligen technischen Systeme und im Fall von kammer-spezifischen Abweichungen von der MWBO. Darüber hinaus wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, welches die verschiedenen Vorgaben für die Umsetzung in Landesrecht berücksichtigt.

*Hört sich durchdacht und gut vorbereitet an. Wie ist der derzeitige Stand der Implementierungen auf Länderebene?*

**Hunsicker:** Eine Basisvariante des eLogbuchs wurde von der Bundesärztekammer im Juli 2019 bereitgestellt (<https://elogbuch.bundesaeztekammer.de/authentication/Account/Login>). Die Anwendung in der Praxis ist jedoch an das Inkrafttreten

der reformierten Weiterbildungsordnung in den Landesärztekammern geknüpft, im Sommer soll der eigentliche Härtetest erfolgen. Die Implementierung wird definitiv aber noch länger dauern, wenn man die vielen Customizing-Anforderungen bedenkt.

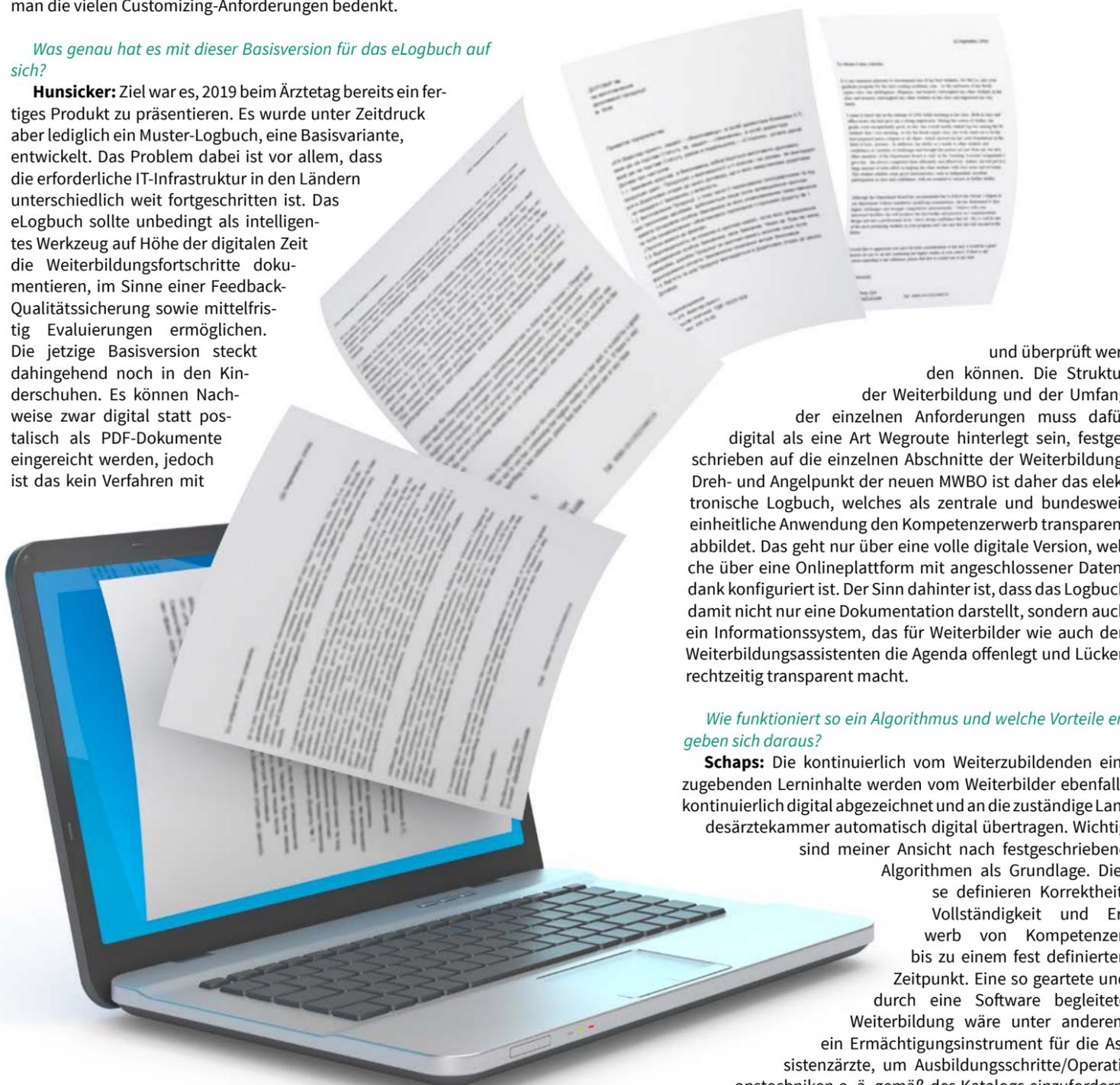
*Was genau hat es mit dieser Basisversion für das eLogbuch auf sich?*

**Hunsicker:** Ziel war es, 2019 beim Ärztetag bereits ein fertiges Produkt zu präsentieren. Es wurde unter Zeitdruck aber lediglich ein Muster-Logbuch, eine Basisvariante, entwickelt. Das Problem dabei ist vor allem, dass die erforderliche IT-Infrastruktur in den Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten ist. Das eLogbuch sollte unbedingt als intelligentes Werkzeug auf Höhe der digitalen Zeit die Weiterbildungsfortschritte dokumentieren, im Sinne einer Feedback-Qualitätssicherung sowie mittelfristig Evaluierungen ermöglichen. Die jetzige Basisversion steckt dahingehend noch in den Kinderschuhen. Es können nachweise zwar digital statt postalisch als PDF-Dokumente eingereicht werden, jedoch ist das kein Verfahren mit

intelligentem Softwarecharakter oder im Stil einer Onlineplattform mit im Hintergrund hinterlegten Algorithmen. Das genügt also bei weitem noch nicht.

*Welche wesentlichen Verbesserungen sehen Sie hinsichtlich der neuen MWBO und dem eLogbuch?*

**Schaps:** Sinn macht die Novelle aus 2019 nur, wenn geplant Weiterbildungsfortschritte stetig und kontinuierlich dokumentiert



und überprüft werden können. Die Struktur der Weiterbildung und der Umfang der einzelnen Anforderungen muss dafür digital als eine Art Wegroute hinterlegt sein, festgeschrieben auf die einzelnen Abschnitte der Weiterbildung. Dreh- und Angelpunkt der neuen MWBO ist daher das elektronische Logbuch, welches als zentrale und bundesweit einheitliche Anwendung den Kompetenzerwerb transparent abbildet. Das geht nur über eine volle digitale Version, welche über eine Onlineplattform mit angeschlossener Datenbank konfiguriert ist. Der Sinn dahinter ist, dass das Logbuch damit nicht nur eine Dokumentation darstellt, sondern auch ein Informationssystem, das für Weiterbilder wie auch den Weiterbildungsassistenten die Agenda offenlegt und Lücken rechtzeitig transparent macht.

*Wie funktioniert so ein Algorithmus und welche Vorteile ergeben sich daraus?*

**Schaps:** Die kontinuierlich vom Weiterzubildenden einzugebenden Lerninhalte werden vom Weiterbilder ebenfalls kontinuierlich digital abgezeichnet und an die zuständige Landesärztekammer automatisch digital übertragen. Wichtig sind meiner Ansicht nach festgeschriebene Algorithmen als Grundlage. Diese definieren Korrektheit, Vollständigkeit und Erwerb von Kompetenzen bis zu einem fest definierten Zeitpunkt. Eine so geartete und durch eine Software begleitete Weiterbildung wäre unter anderem ein Ermächtigungsinstrument für die Assistenzärzte, um Ausbildungsschritte/Operationstechniken o. ä. gemäß des Katalogs einzufordern,

falls ihnen das aus irgendwelchen Gründen verwehrt wird. Des Weiteren ermöglicht die hinterlegte und digital gesteuerte Plausibilitätsprüfung eine frühzeitige Aufdeckung von Abweichungen von der geplanten Weiterbildung, sodass Korrekturen ohne große Zeitverluste rasch vorgenommen werden können. Die Landesärztekammern haben dadurch einen aktuellen Überblick über den jeweiligen Weiterbildungsstand. Ich spreche also von einem intelligenten Algorithmus sowie eine Art Plausibilitätsprüfung, die kontinuierlich im Hintergrund während der Weiterbildung „mitlaufen“ und Abweichungen vom Weiterbildungscurriculum sofort hinterfragen.

*Mehrere Landesärztekammern kritisieren die hohen Investitionskosten für so ein Logbuch nach Ihren Wünschen. Warum darf das kein Argument bei der Diskussion sein?*

**Schaps:** Sicherlich sind die initialen Investitionskosten hoch, aber unterm Strich ist das eLogbuch langfristig günstiger. So wird die Anmeldung zur Facharztprüfung reine Formsache, da zu diesem Zeitpunkt alle Weiterbildungsinhalte bereits geprüft sind. Der erhebliche Verwaltungsaufwand auf Ebene der Landesärztekammern reduziert sich. Hier werden die Kosten gespart, die vorab in die Entwicklung des eLogbuches geflossen sind. Neben einer deutlichen Reduktion der Wartezeiten auf einen Prüfungstermin, schafft ein „echtes“ eLogbuch Transparenz für alle Seiten und hilft bei der Strukturierung der Weiterbildung.

*Welche Kritikpunkte an der Weiterbildungsreform gibt es?*

**Hunsicker:** Die Weiterbildungsordnung gibt nur wenige Vorgaben für den konkreten Ablauf der Weiterbildung an die Hand, sondern es obliegt dem Arbeitgeber, diese zeitlich und teilweise auch inhaltlich zu strukturieren. Genau hier liegt aber ein großes Problem: Wenn es in Kliniken sowieso an Zeit und Fachkräften mangelt, werden Assistenzärzte schnell zum Lückenfüller in einer undichten Personaldecke, Weiterbildung verkommt zum Nebenprodukt und die Praxis konterkariert die Theorie. Hier könnte das eLogbuch helfen, es bietet Möglichkeiten zur Struktur der Aus- und Weiterbildung.

*Welchen Wert stellt eine gut strukturierte, transparent dokumentierte Aus- und Weiterbildung für den Arzt wie auch für die Klinik noch dar?*

**Hunsicker:** Sinnvoll wäre es, wenn die Landesärztekammern ein Standardwerk für die didaktische Anleitung der Weiterbildung in den Weiterbildungsstätten/Kliniken erstellen. Dieses gibt einen Korridor vor, an dem sich alle orientieren können. Gute Weiterbildung ist ein Wert an sich, der sich nicht zuletzt bei der Personalfindung und -bindung auszahlen könnte. Krankenhäuser bieten bereits Mentoren- und Tutorenprogramme an. Weiterbildung wird darüber hinaus für immer mehr Kliniken eine Aufgabe der Personalentwicklung: Dahin sollten alle Krankenhäuser mit einer Weiterbildungsbefugnis kommen, damit sich in der Breite eine Verbesserung der Weiterbildung ergibt. Früher steckte diese in nahezu jedem Tun der ärztlichen Tätigkeit, heute ist das leider nicht mehr zwangsläufig so.



# Konkreter Zeitplan und Finanzierungsfragen noch ungeklärt

## MM2020 – In kleinen Schritten zum großen Wurf?

*Konkrete Pläne für eine neue Approbationsordnung der Humanmedizin bestehen schon seit 2013. Im damaligen Koalitionsvertrag wurde eine grundlegende Reformierung des Medizinstudiums beschlossen. Maßgeblich vorgebracht wurde die Reform von dem damaligen Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe (CDU), und der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Johanna Wanka (CDU). Sie veranlassten 2015 eine Konferenz, deren Ziel die Ausarbeitung eines Masterplans Medizin 2020 (MM2020) war. Diese Konferenz, die Bund-Länder-AG, setzte sich aus den Wissenschaft- und Gesundheitsministerien der Länder zusammen und sah auch die Beteiligung der Verbände vor.*

Etwa zwei Jahre später konnte dann der Masterplan 2020 verabschiedet werden. Er schlug 37 Maßnahmen zur Anpassung des Medizinstudiums vor und sollte bis 2020 umgesetzt werden. Aufgrund der vermuteten Kosten von 300 Mio. Euro im Jahr stand die Umsetzung des Plans aber unter Finanzierungsvorbehalt. Eine Expertenkommission prüfte deshalb sechs der präsentierten Maßnahmen und formulierte Vorschläge für eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung. Ihr Gutachten, das 2018 veröffentlicht wurde, beinhaltet konkrete Vorschläge für einen wirksamen Finanzierungsschlüssel. Nun, fast drei Jahre nach Beschluss des MM2020, hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende 2019 einen ersten Arbeitsentwurf für eine neue Approbationsordnung erarbeitet.

### Neue Schwerpunkte

In der neuen Approbationsordnung wird ein Fokus auf den Umgang mit digitalen Technologien, wissenschaftliches Arbeiten, interprofessionelle Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung gelegt. Erwähnt seien an dieser Stelle nur die elementarsten Änderungen:

Die Famulaturzeiten werden von vier auf drei Monate gekürzt, indem der hausärztliche Teil weggelassen wird. Praktische Übungen werden neben Praktika, Blockpraktika und dem Unterricht am Krankenbett explizit um den Unterricht an Simulationspatienten erweitert. Die strikte Trennung zwischen vorklinischen und klinischen Studieninhalten soll gelockert und ein stärkerer Praxisbezug im ganzen Studium integriert werden. Das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin wird durch vier einwöchige und zwei zweiwöchige Praktika in allgemeinärztlichen Lehrpraxen ersetzt, sodass Allgemeinmedizin longitudinal auf das ganze Studium aufgeteilt wird. Um die Wissenschaftlichkeit im Studium zu stärken, soll verpflichtend eine wissenschaftliche Arbeit geschrieben werden. Die strukturell größte Än-

derung ist die Ausweitung der ärztlichen Prüfung von drei auf vier Abschnitte. Ein Jahr nach dem Physikum soll eine strukturierte klinisch-praktische Prüfung in Form des Prüfungsformates „Objective Structured Clinical Examination“ ergänzt werden.

Das Praktische Jahr soll von drei Abschnitten à 16 Wochen auf vier Abschnitte zu je 12 Wochen umgebaut werden, sodass die Studierenden dann neben den Pflichtabschnitten Innere Medizin und Chirurgie, zwei Wahlfächer absolvieren. Ein Logbuch soll die Ausbildungsziele des PJs in diesem Zusammenhang strukturieren. Zwar soll die bisherige Studienlänge beibehalten werden, aber durch eine in der Approbationsordnung enthaltene Innovationsklausel soll eine Abweichung auf fünf Jahre ermöglicht werden. Die neue Approbationsordnung soll am 1. Oktober 2025 in Kraft treten.

### Lob und Tadel

Der Hartmannbund begrüßt den verstärkten Fokus auf digitale Technik, wissenschaftliche Forschung, ärztliche Gesprächsführung und interprofessionelle Kommunikation im Arbeitsentwurf zur geänderten Approbationsordnung. Es mangelt dem Entwurf aber an konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele. Nachfolgend soll auf die oben erwähnten Änderungen der Approbationsordnung Bezug genommen werden.

Die stärkere Verzahnung von Vorklinik und Klinik bewertet der Verband positiv, ebenso wie den verstärkten Praxisbezug. Wichtig

wäre allerdings, dass der angestrebte Fokus der Rechtsverordnung auf die Allgemeinmedizin, der vor dem Hintergrund der Versorgungsgänge nachvollziehbar ist, nicht zu Lasten anderer Fachrichtungen geht. In diesem Zusammenhang sind die allgemeinmedizinischen Kurzpraktika, die das fünfte Blockpraktikum ersetzen sollen, kritisch zu hinterfragen. Ihre Organisation darf nicht den Studierenden abverlangt werden, damit die Arbeitsbelastung des Studiums nicht weiter ansteigt. Aus dem gleichen Grund muss auch die angedachte wissenschaftliche Arbeit hinterfragt werden. Nur, wenn sie eine andere Prüfungsleistung ersetzt, darf sie den Studierenden zugemutet werden. Dann würde die Arbeit, solange sie in ein strukturiertes Seminarangebot eingebettet ist, zu einer Verbesserung der wissenschaftlichen Ausbildung beitragen.

Die Neustrukturierung der ärztlichen Prüfung und des Praktischen Jahres begrüßt der Hartmannbund ausdrücklich, weil beide Änderungen zu einer Verbesserung der medizinischen Ausbildung beitragen. Für eine optimale Betreuung im PJ schlägt der Verband dem Gesundheitsministerium ein Eins-zu-Eins-Mentoringsystem zwischen Ausbildern und Auszubildenden vor, an dem jeder Assistenzarzt, unabhängig vom Weiterbildungsjahr beteiligt werden kann.

### PJ-Aufwandsentschädigung Fehlanzeige

Leider fehlt die Festschreibung einer bundeseinheitlichen Aufwandsentschädigung im PJ weiterhin im Entwurf zur neuen Approbationsordnung. Der Hartmannbund hat das Bundesgesundheitsministerium in seiner Stellungnahme deshalb explizit dazu aufgefordert, diesen Missstand zu korrigieren und eine entsprechende Klausel in die Approbationsordnung einzufügen. Gleich-

Änderungen/ Neuerungen:	Bewertung* des HBs:
• 4 Abschnitte für die Ärztliche Prüfung (vorher 3)	• Teilung der ärztlichen Prüfung: +
• Famulaturzeit: 3 Monate (vorher 4)	• Famulaturkürzung: -
• PJ: 2 Wahlfächer (vorher 1)	• 2 Wahlfächer im PJ: +
• Durchmischung von vorklinischer und klinischer Inhalte	• Durchmischung von Vorklinik und Klinik: +
• 6 Kurzpraktika in der Allgemeinmedizin (vorher Blockpraktikum)	• 6 Kurzpraktika Allgemeinmedizin: 0
• Einführung einer wissenschaftlichen Arbeit	• Wissenschaftliche Arbeit: +
• Innovationsklausel: Studienzeitkürzung auf 5 Jahre möglich	• Innovationsklausel: -

\*positiv = +; neutral = 0; negativ = -

zeitig wurde das BMG zu einer Streichung der Innovationsklausel aufgefordert, weil eine Verkürzung der Studienzeit zwangsläufig mit Qualitätseinbußen einhergehen muss.

Da eine Anpassung der Approbationsordnung dringend erforderlich ist und nicht hinausgeschoben werden sollte, hat der Verband abschließend die Einhaltung des angedachten Gültigkeitstermins gefordert. Eine pünktliche Realisierung verlangt außerdem einen klaren Finanzierungsplan, der bisher nicht erläutert wurde.



Anzeige

ETL | ADVISION

Steuerspezialisten für Ärzte

Gewinnen Sie mehr Zeit für Ihre persönliche Freiheit

Deutschlandweit immer in Ihrer Nähe

etl-advision.de

## Gemeinsame europäische Arzneimittel-Nutzenbewertung? Deutschland sieht „rote Linie“

Bereits in ihrem Arbeitsprogramm 2017 hatte die Kommission der Europäischen Union (EU) angekündigt, eine Initiative zur Stärkung der EU-weiten Zusammenarbeit bei der Bewertung des Nutzens von Gesundheitstechnologien – darunter auch Arzneimittel – einzuleiten. Im Januar 2018 legte die EU-Kommission dann einen Vorschlag für einen Verordnungsentwurf vor, mit dem die entsprechende Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten verstärkt werden soll. Aktuell laufen dazu auf EU-Ebene noch immer die Debatten um Fragen der Rechtsverbindlichkeit, des Rechtsschutzes sowie der Anwendungsbereiche. Da dann auch noch der Verhandlungsprozess zwischen EU-Kommission, EU-Rat und EU-Parlament erfolgreich abgeschlossen werden muss, ist der Abschluss des politischen Prozesses in der kommenden Ratspräsidentschaft unwahrscheinlich: Die Folgen der Corona-Pandemie bestimmen auch die politische Agenda auf EU-Ebene und lassen kaum Raum für andere Schwerpunkte.

Weshalb aber soll eine Bewertung von Gesundheitstechnologien und damit eben auch die Nutzenbewertung von Arzneimitteln (Health Technology Assessment – HTA) überhaupt zentral auf europäischer Ebene erfolgen? Die EU-Kommission argumentiert hauptsächlich damit, dass unter den derzeitigen unterschiedlichen nationalen und regionalen HTA-Verfahren und -Methodiken in Europa der Marktzugang für innovative Therapien behindert werde – dies beeinträchtigt die Planungssicherheit und die Innovationstätigkeit der Unternehmen. Weitere mögliche negative Folgen könnten, die Mehrarbeit für die nationalen HTA-Stellen, eine ineffiziente Ressourcennutzung und eine eingeschränkte Transparenz für die Patienten sein. Die zuletzt genannten Argumente klingen allerdings eher nach argumentativen Feigenblättern.

Die Zuständigkeit für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln liegt in Deutschland aktuell beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Auf Grundlage von Datenanalysen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) entscheidet der G-BA über den medizinischen Zusatznutzen eines neuen Medikaments im Verhältnis zu einer jeweils festgelegten „zweckmäßigen Vergleichstherapie“. Dieser Zusatznutzen, so es denn einen gibt, spielt dann bei der Preisfindung eine wichtige Rolle: Besteht ein Zusatznutzen, kann der Arzneimittelhersteller mit dem GKV-Spitzenverband einen Preis für das Medikament aushandeln, kann der Hersteller keinen zusätzlichen Nutzen nachweisen, ordnet der G-BA das Medikament einer Festbetragsgruppe zu. Die Verfahren haben sich hierzulande seit Jahren eingespielt und laufen im Grunde recht geräuschlos – was macht man angesichts der Summen um die es hier für die gesetzliche Krankenversicherung und die Pharmaunternehmer geht wohl als Erfolg werten darf.

Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, bewertet den von der EU-Kommission eingeleiteten Prozess hin zu einer Arzneimittel-Nutzenbewertung auf europäischer Ebene folgerichtig eher zurückhaltend. Insbesondere die gegebenenfalls unmittelbaren Auswirkungen auf die nationalen Versorgungssysteme mit ihren unterschiedlichen Standards müssten frühzeitig mitbedacht werden. Eine europäische Lösung mache nur dann Sinn, wenn diese nicht patientengefährdend sei, so mahnte Professor Hecken im Rahmen eines Symposiums Ende letzten Jahres. Auch die höchst

unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten der verschiedenen Mitgliedstaaten müssten beachtet werden. Argumentationsansätze, welche auf eine mittels eines EU-Arzneimittel-Nutzenbewertungsverfahrens zu erzielende Versorgungsgleichheit auf hohem Niveau verweisen, seien aus seiner Sicht anzuzweifeln.

### Prof. Josef Hecken mahnt eindringlich

Die Argumentation Professor Heckens: Die jeweiligen nationalen Versorgungsstandards würden teilweise „gravierende Unterschiede“ aufweisen – dies könne sich unter Umständen auf die Wahl der für eine Nutzenbewertung zugrunde gelegte Vergleichstherapie auswirken. Keinesfalls dürfe es über diesen Weg zu einem Absenken der in Deutschland bewährten Anforderungen des AMNOG-Verfahrens führen.

In der Tat dürften sich wirtschaftliche Faktoren und nationale Versorgungskontexte der vielen EU-Mitgliedsstaaten nicht so einfach einebnen lassen, beides spielt im Rahmen einer Nutzenbewertung aber eine große Rolle. Hier Kompromisse zu finden, stellt sicher keine einfache Aufgabe dar und könnte am Ende mehrere Seiten unbefriedigt zurücklassen: Den wirtschaftlich starken Ländern mit entsprechend ausgestatteten Gesundheitssystemen droht ein Tieferlegen der Messlatte im Verfahren selbst, die wirtschaftlich schwächeren Ländern erhalten möglicherweise positive Nutzenbewertungen für Arzneimittel, welche für sie schlicht nicht finanzierbar sind. Deshalb sind vornehmlich bezüglich der nationalen Bindungswirkung einer auf EU-Ebene durchgeführten Arzneimittel-Nutzenbewertung noch Fragen politisch zu beantworten.

Bevor es zu einer Umsetzung eines europäischen Arzneimittel-Nutzenbewertungsverfahrens komme, so Professor Heckens eindringliche Mahnung, müssten alle offenen wissenschaftlichen Fragen geklärt und größtmögliche Transparenz geschaffen werden. Komme dann ein gesamteuropäisches Verfahren, müsse es innerhalb der Nutzenbewertung die Möglichkeit einer bedingungslosen nationalen Ausstiegsvariante („opt-out“) nach der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie geben.

Die abschließende Diskussion zur EU-Nutzenbewertung dürfte in die deutsche Ratspräsidentschaft fallen, die Deutschland ab 1. Juli 2020 für ein halbes Jahr innehat. Aus dem Bundesgesundheitsministerium hieß es



dazu jüngst von dem für Arzneimittel zuständigen Abteilungsleiter Thomas Müller, die Erwartung der Mitgliedsländer sei groß, dass Deutschland hier zum Abschluss komme. Aktuell stelle sich die Diskussion wegen der sehr unterschiedlichen Lager in Europa allerdings sehr schwierig dar. Die deutsche Verhandlungsposition beinhalte gewisse „rote Linien“ – etwa bezüglich der Eigenverantwortung Deutschlands für die „Werte-Entscheidungen“ (hier ist die abschließende Bewertung eines Nutzens am Ende eines Nutzenbewertungsprozesses gemeint) sowie die Entscheidung darüber, welche Arzneimittel in Deutschland im Endeffekt für welche Patientengruppen vergütet werden.

Vorstellbar sei, dass man die rein wissenschaftliche Bewertung von Studien – also gewissermaßen die erste Stufe der Nutzenbewertung – auf die EU-Ebene hebe und vereinheitliche, die Werteentscheidungen jedoch nicht. Man wolle keine Entscheidung, die in Deutschland der Gemeinsame Bundesausschuss in bewährter Weise treffe, auf die europäische Ebene verlagern, so betonte Müller.

### Wie kommen Arzneimittel auf den Markt?

#### Zulassung

Ein wichtiges Verfahren für die Zulassung von Arzneimitteln im europäischen Raum ist das zentralisierte Verfahren bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). Dieses Verfahren ist für eine Reihe von Arzneimitteln verpflichtend: Dazu gehören Arzneimittel für neuartige Therapien und monoklonale Antikörper, Humanarzneimittel mit neuen Wirkstoffen zur Behandlung von Aids, Diabetes mellitus, Krebs, neurodegenerativen Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen und anderen Immunschwächen bzw. Viruserkrankungen sowie (Orphan-)Arzneimittel zur Behandlung von seltenen Krankheiten. Auch in diesem zentralisierten Verfahren arbeiten nationale Institutionen mit – in die zuständigen Ausschüsse werden von den Mitgliedstaaten Vertreter der jeweiligen Arzneimittelbehörden

entsandt. Zudem besteht die Möglichkeit, über eine nationale Zulassung den Einstieg in ein Verfahren der gegenseitigen Anerkennung zu starten. Hierbei wird ein Zulassungsantrag von der Behörde eines Mitgliedstaates geprüft und dann einem koordinierten Prozess von Behörden anderer Mitglied-

staaten anerkannt. In Deutschland sind beispielsweise das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für „normale“ Arzneimittel und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) für Blutprodukte sowie Impfstoffe zuständig.

#### Nutzenbewertung

Die Nutzenbewertung zugelassener Arzneimittel erfolgt in Deutschland seit 2011 auf Basis des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG-Verfahren). Nach diesem regulär zwölf Monate dauernden Verfahren werden die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel auf Basis einer Zusatznutzenbewertung gegenüber dem Therapiestandard der jeweiligen Indikation bestimmt. Welche Nachweise konkret erforderlich sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest. Er bestimmt unter anderem gegenüber welchem Therapiestandard der Zusatznutzen belegt werden muss und für welche Patientengruppen Belege vorzulegen sind. Auf Basis des Bewertungsergebnisses verhandeln dann das pharmazeutische Unternehmen und der GKV-Spitzenverband einen Erstattungsbetrag, welcher den „Wert“ des Arzneimittels widerspiegeln soll. Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen werden in eine Gruppe mit vergleichbaren Arzneimitteln eingeordnet, für die bereits ein Festbetrag (Erstattungsobergrenze) gilt. Kommt es zu keiner Einigung über den Erstattungsbetrag, entscheidet eine Schiedsstelle.

**Ende April 2020** – Die Zahl der weltweit Infizierten übersteigt 1,4 Millionen Menschen. Im Zusammenhang mit dem Coronavirus sind ca. 140.000 Tote zu beklagen.  
**6. Mai 2020** – Bundeskanzlerin Merkel verkündet weitere Lockerungen: Die Länder sollen sicherstellen, dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit kumulativ mehr als 50 Neu-infektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage sofort ein konsequentes Beschränkungskonzept umgesetzt wird. Alle Geschäfte können unter Auflagen wieder öffnen – Schulen sollen schrittweise wieder mit Unterrichtsangeboten starten.

**29. April 2020** – Das Bundeskabinett beschließt den Entwurf eines „Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. Im Zentrum steht die Modernisierung des ÖGD durch ein finanzielles Förderprogramm. Außerdem sieht das Gesetz umfassendere Meldepflichten vor. **30. April 2020** – Bund und Länder einigen sich auf weitere Lockerungen der Corona-Maßnahmen. Im Zentrum steht vor allem die Öffnung von Spielplätzen, Museen, Zoos und Grottenhäusern.

## Medizinstudierende sondieren Zusammenarbeit Gemeinsam aus Fehlern lernen...



Das 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) bildet mit seinen etwa 750 Mitgliedern einen Querschnitt des deutschen Gesundheitswesens. Die Bündnisplattform will das Lernen aus Fehlern vorantreiben, dabei geht es nicht darum, wer den Fehler gemacht hat sondern warum der Fehler gemacht wurde, um gemeinsam Lösungen zu finden. Neben den persönlichen und institutionellen Mitgliedern gehören dem APS (www.aps-ev.de) auch Verbände der Gesundheitsberufe an sowie Akteure aus der Gesundheitswirtschaft und Industrie. Der neunköpfige Vorstand arbeitet ehrenamtlich. Die Basis des Vereins bilden die Arbeits- und Expertengruppen mit teilweise über 200 aktiven Mitgliedern, hier werden Handlungsempfehlungen für Health Professionals und Patienten erarbeitet. Wir wollen von Dr. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende und Christian Wolfram, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden wissen, inwiefern das APS und die Medizinstudierenden im Hartmannbund voneinander profitieren können...

### Was verbindet das Aktionsbündnis Patientensicherheit und Medizinstudierende, welche Anknüpfungspunkte gibt es?

Christian Wolfram, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund: Sowohl das APS als auch der Hartmannbund sind zu einem Großteil ehrenamtlich organisiert. Unser gemeinsames Interesse besteht in einer funktionsfähigen, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Gesundheitsversorgung. Speziell für uns Studierende ist es natürlich wichtig, dass neben der allgemeinen medizinisch-fachlichen Wissensvermittlung auch Fehlermanagement gelehrt wird.

Dr. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende: Nun, ein Ziel unserer Satzung ist die Beförderung von Maßnahmen zur Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) zum Thema Patientensicherheit. Bereits 2014 wurde unser Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit veröffentlicht. Wir arbeiten im Moment an einer Aktualisierung. Im Jahr 2017 wurden wir von Frau Prof. Jana Jünger, der Direktorin des IMPP, eingeladen, an der neuen Entwicklung des Gegenstandskataloges mitzuarbeiten. In unserer Projektgruppe Patientensicherheit arbeitet ein Student inhaltlich sehr engagiert und federführend mit. Wir haben das IMPP in der Idee unterstützt, ein Studenten-CIRS einzuführen, das „S.H.I.T. HAPPENS“. In diesem Jahr hatten wir für unsere Fachtagung erstmalig vorgesehen, die jungen Studierenden mit einzubeziehen. Bedauerlicherweise ist die zweitägige Tagung wie viele andere ausgefallen.

### Das Thema Patientensicherheit kommt oft zu kurz, was kann man voneinander lernen?

Wolfram: Bisher stellt Patientensicherheit im Studium meistens nur ein Randthema dar, das am Ende einer Vorlesung in den letzten drei Minuten kurz erwähnt wird, wenn überhaupt. Teilweise gibt es auch freiwillige Seminare, die sich mit der Thematik beschäftigen. Diese müssen dann aber zusätzlich zum ohnehin schon hohen Lernaufkommen bewältigt werden und sind oft nur für eine kleine Anzahl von Studierenden zugelassen. Uns ist wichtig, dass Patientensicherheit genau wie interprofessionelle Kommunikation mehr Raum im Studium einnimmt. Das APS setzt sich für diese Forderungen schon länger ein und bringt ein hohes Maß an Expertise mit. Wir können speziell die Bedürfnisse der Studierenden artikulieren und gleichzeitig auch die Überlastung des Curriculums im Auge behalten, sodass wir uns gut ergänzen können.

Dr. Hecker: Wie es bei Vereinen manchmal so ist, gibt es einen hohen Anteil von Mitgliedern, die sehr viel prakti-

sche Erfahrung und auch theoretisches Wissen haben und sich in der Mitte oder am Ende ihres Berufslebens befinden. Die Arbeitswelt ändert sich ständig und die Anforderungen, die Studierende und Junge Ärzte an die Ausbilder und Arbeitgeber stellen, ändern sich. Die neue Generation ist anders sozialisiert, hat andere Ziele und einen anderen aber auf jeden Fall frischeren Blick auf die Situation im Gesundheitswesen. Das wichtigste: Sie sind die Führungskräfte von morgen und sich ihrer Verantwortung absolut bewusst. Das hat mich am meisten beeindruckt, die jetzt Zwanzig- bis Dreißigjährigen sind unglaublich verantwortungsvoll, zuverlässig und bereit, für ihre Ideen und Werte einzustehen. Und sie wissen genau, was Patientensicherheit bedeutet, was gut läuft und was nicht gut läuft. Bedauerlicherweise finden sie nicht immer Vorgesetzte, denen sie sich öffnen und mitteilen können. Die Zeiten, auf die wir in den 1980-er Jahren stolz waren „see one-do one-teach one“ sind nun wirklich vorbei. Wir können den Studierenden helfen, die Situationen zu verstehen, und ihnen Methoden an die Hand geben, damit sie besser mit „Unsicherheiten“ umgehen können. Sie können uns helfen zu verstehen, wie heute Handlungsempfehlungen vorbereitet und implementiert werden müssen, damit sie wirken.

### Welche gemeinsamen Ziele stellen Sie sich vor, wie könnte eine Kooperation aussehen?

Wolfram: Uns ist wichtig, der Thematik Patientensicherheit einen höheren Stellenwert im Curriculum zu sichern. Fehlermanagement muss in der Aus- und Weiterbildung eine Rolle spielen. Nur so können wir später als Ärzte und Ärztinnen selbstbewusst agieren. Dafür ist es erforderlich, dass Fehler offen kommuniziert und im Team analysiert werden. Zunächst möchten wir das APS zu unserer kommenden Sitzung einladen. Dort möchten wir eine Basis für gemeinsame Projekte legen, uns weiter austauschen.

Dr. Hecker: Studierende sollen grundständig und umfassend Werte, Strategien und Verhaltensweisen zur Patientensicherheit vermittelt bekommen. Wir möchten erreichen, dass die Studierenden im Studium lernen, dass Patientensicherheit auch immer etwas mit dem eigenen sicheren Handeln zu tun hat, mit der Sicherheitskultur des Arbeitgebers und unbedingt die Kompetenzen erlangen, damit sie nicht zu einem zweiten Opfer, „second victim“, werden. Die Resilienz soll ihnen die Freude an diesem tollen Beruf erhalten. Wir können uns einen regelmäßigen Austausch vorstellen, ein Mentorensystem zum Thema Patientensicherheit und die Beteiligung an unserer Jahrestagung.



Hallo, mein Name ist Laura. Ich bin Assistenzärztin und habe mich schon immer gefragt ...

## ... wie ist man eigentlich während des Studiums krankenversichert, muss ich etwas tun und was passiert danach?

hinaus müssen die Eltern in der GKV versichert sein und die Studierenden dürfen keinem umfangreicheren Studentenjob nachgehen, ansonsten wird in der GKV immer ein eigener Beitrag fällig. Unter Berücksichtigung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge liegen die GKV- und PKV-Beiträge mit ihren Jugend- und Ausbildungskonditionen meist auf einem vergleichbaren Niveau. In jedem Fall lohnt sich aber auch ein Blick auf die Leistungen, z.B. bei Vorsorgeuntersuchungen sowie Bonuszahlungen und Beitragsrückerstattungen, die den Beitrag reduzieren – das gilt für GKV wie PKV gleichermaßen!

Nach dem Startschuss ins Medizinstudium jagt eine Prüfung die nächste. Doch wird das Physikum erst einmal erfolgreich gemeistert, stehen die Klinikturen offen – und das Thema Krankenversicherung kreuzt erneut den Weg, da es Altersgrenzen und Fristen einzuhalten gilt. Sofern die Entscheidung bei Studienbeginn auf die PKV gefallen ist, kann diese Wahl mindestens bis zum Ende des Studiums, teilweise auch gleich darüber hinaus, fortgeführt werden. So erreichen manche junge Mediziner schon beim Berufseinstieg die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), sodass sie ohne Unterbrechung in der PKV bleiben können.

Sollte die Entscheidung aufgrund der Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung auf die GKV gefallen sein, verlangt das vollendete 25. Lebensjahr es

erneut, aktiv zu werden. Denn durch den Wegfall der Familienversicherung besteht erneut Entscheidungsbedarf, sich von nun an als Student in der gesetzlichen oder auch in der privaten Krankenversicherung – jeweils gegen Beitrag – zu versichern. Hierbei sind die gleichen Fragestellungen wie bereits beim Studienstart relevant.

Ab dem 30. Lebensjahr endet die Pflichtversicherung in der GKV für Studierende. Sie müssen sich aber natürlich weiterhin versichern, entweder zu einem höheren Beitrag freiwillig in der GKV oder auch in der PKV. Die Entscheidungsfaktoren bleiben dabei unverändert.

Doch ein Tipp unter dem Motto Was fehlt Ihnen denn? Bei Studierenden ist der Gesundheitszustand in jungen Jahren in der Regel sehr gut, quasi ohne Befund. Das ist ein Vorteil, den sich angehende Mediziner sichern sollten, sofern sie sich für einen GKV-Schutz während des Studiums entschieden haben. Sogenannte Optionstarife konservieren den aktuellen Gesundheitszustand und sichern somit die Eintrittskarte in die private Krankenversicherung – sei es für den Wechsel in die private Krankenversicherung oder als Ergänzung zur GKV.

Nach der Theorie werfen wir jetzt einen Blick auf die Praxis bei den Kooperationspartnern des Hartmannbundes: Als Mediziner muss man sich zu diversen Zeitpunkten mit dem Thema Krankenversicherung – gesetzlich oder privat – beschäftigen.

### Die Private von AXA bietet u.a. folgende Vorteile:

- **Top-Leistungen** je nach Tarif wie freie Arztwahl, keine Zuzahlung bei Arznei- und Heilmitteln, Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbeschränkung und Zuschüsse zur Brille.
- Sollten neben Vorsorgeuntersuchungen keine Leistungen benötigt werden, erhält man eine **Beitragsrückerstattung** in den Ausbildungstarifen von bis zu 6 Monatsbeiträgen pro Jahr.
- **Weltweiter Versicherungsschutz.**
- **Sonderkonditionen für Hartmannbundmitglieder für den Optionstarif VIAMed** mit dem Kooperationspartner Deutsche Ärzte Finanz.

### Die Gesetzliche von der HEK bietet u.a. folgende Vorteile:

- **Private Vorsorge - keine Frage des Geldes** Mit dem HEK Bonus Vorsorge plus erhalten Sie jährlich einen Zuschuss von bis 144 Euro für eine neue abgeschlossene Versicherung aus den Bereichen: Krankenzusatz | Pflegezusatz | Altersvorsorge | Berufsunfähigkeit
- **Auf Reisen bestens geschützt** Die HEK übernimmt die Kosten für die Reise-schutzimpfungen zu 100%.
- **Hautkrebs-Screening bereits ab 18 Jahren** Früherkennung ist hier das Zauberwort. Deshalb fördert die HEK diese Vorsorgeuntersuchung schon ab 18 Jahren (sonst erst ab 35).
- **Verwaltung und Service zu 100 % mobil** über die HEK Service-App.

Beim Thema Krankenversicherung gibt es also keine Pauschalantwort, ob PKV oder GKV das Richtige für Sie als Studierender ist. Deshalb ist eine individuelle Betrachtung wichtig. Dabei und bei vielen weiteren Fragen rund um Studium und Berufsstart hilft Ihnen die Deutsche Ärzte Finanz gerne weiter, um eine optimale Lösung für Sie zu finden.



13. Mai 2020 - Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel warnt eindringlich vor möglichen Rückschritten: Noch gebe es trotz vielversprechender Forschungsansätze keine Medikamente und keinen Impfstoff – deshalb stelle das Virus weiterhin eine Gefahr „für jede und jeden“ dar. 14. Mai 2020 – Der Bundestag stimmt dem „Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ zu. Am 15. Mai folgt die Zustimmung des Bundesrates. 26. Mai 2020 – Weltweit haben sich nach Angaben der Johns Hopkins-Universität 5.497.532 Menschen in 188 Ländern infiziert. 346.269 Menschen sind an dem Virus gestorben, 2.232.593 Menschen gelten als genesen. In Deutschland sind bislang knapp 180.000 Infizierte bestätigt – das RKI listet 8.302 Todesfälle.

## Wenn die Corona-Krise die Praxiszahlen durcheinanderbringt Ein Praxis-Check für niedergelassene Ärzte schafft Überblick

Von Daniel Zehlich, Leiter des Bereichs Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik bei der apoBank

Aktuell denken wir bei den Stichworten „Corona“ und „Ärzte“ erst einmal an den großen Einsatz der Akteure im Gesundheitsmarkt im Kampf gegen das Virus. Doch während ein Teil der Heilbrüfler durch die Pandemie an ihre Leistungsgrenzen geht, geraten gleichzeitig viele Praxen in wirtschaftliche Schieflage. Lieferengpässe, Patientenrückgang und Umsatzeinbrüche beeinträchtigen die Arbeit in den Arztpraxen. Sowohl die Umfrage des Hartmannbundes als auch die der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) zeigen, dass viele Praxisinhaber mit wirtschaftlichen Einbußen konfrontiert werden. Einige mussten bereits erste Sofortmaßnahmen ergreifen, um den Praxisbetrieb zu sichern und die ambulante Versorgung auch weiterhin gewährleisten zu können. Vor allem Praxen mit einem hohen Anteil an Einnahmen über die Privatkrankenversicherung und Selbstzahlerleistungen geraten durch die anhaltenden Einschränkungen immer stärker wirtschaftlich unter Druck.



### Anteil an Privatpatienten und Zusatzleistungen entscheidend

Als apoBank beobachten wir aufmerksam die wirtschaftlichen Folgen der Corona-Krise auf die Gesundheitsversorgung. Es ist anzunehmen, dass die langfristigen Effekte auf die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzte zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehbar sind. Zwar wird ein staatlicher Schutzschirm über die Praxen gespannt, doch er betrifft nur die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rückgang bei den Privateinnahmen wird davon nicht abgedeckt. Dabei kann dieser Einnahmenblock aktuell sowohl die Umsatz- als auch die Gewinnsituation in den Praxen stark beeinflussen.

Eine Beispielrechnung für Praxen mit einem Privatanteil zwischen 25 und 35 Prozent zeigt, dass bei einem Rückgang der Privateumsätze um 50 Prozent der Praxisüberschuss um bis zu 40 Prozent sinken könnte. Bei Fachgruppen mit einem höheren Anteil an Privatliquidation können die Verluste noch gravierender sein. Entsprechend empfehlen wir Vertretern bestimmter Fachrichtungen, wie den niedergelassenen Augenärzten, Hautärzten oder Orthopäden, sich ihre Praxiszahlen einmal genauer anschauen.

### Gut aufgestellt aus der Krise hervorgehen

Für Arztpraxen, die aktuell Umsatzrückgänge verzeichnen, kommt es nun drauf an, sich für die nächsten Monate **Klarheit über den finanziellen Bedarf** zu verschaffen und diesen **Bedarf aktiv zu managen**. Die beste Lösung ist immer individuell auf die eigene Praxis zugeschnitten. Deshalb unterstützt die apoBank dabei, unterschiedliche Corona-Szenarien für die eigene Praxis zu analysieren, mit einer neuen Dienstleistung zur Optimierung von

Arztpraxen. Die Anwendung befindet sich noch in der Testphase und wird zunächst kostenlos zur Verfügung gestellt. Mit dem „Praxis-Check“ können Umsätze für die kommenden Monate simuliert werden und als Orientierung für eine langfristige Vorgehensweise dienen. Klarheit über die **Höhe des Liquiditätsbedarfs zu haben** und zu wissen, wie lange er voraussichtlich bestehen wird - das ist der erste Schritt ins aktive Praxismanagement.

Für eine passende Gesamtlösung können unterschiedliche Instrumente zum Einsatz kommen wie beispielsweise der Einsatz einer bestehenden Versicherung, Steuerstundung, Kurzarbeit, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder Ausgleichszahlungen nach dem Covid-19-Entlastungsgesetz. Zudem können verschiedene Darlehen in Anspruch genommen werden, wie die Liquiditätshilfen der apoBank, Soforthilfen der Bundesländer oder KfW-Mittel.

Insgesamt geht es aber auch darum, aus der Corona-Krise gut aufgestellt hervorzugehen. Unsere Beratung ist so ausgerichtet, dass sie nicht nur die aktuelle Lage berücksichtigt, sondern dass die Maßnahmen immer auf den langfristigen Erfolg der Praxis einzahlen. Am Ende steht ein Gesamtkonzept, das auch nach der Krise einen klaren Fahrplan vorgibt.

## @ Kostenloser Praxis-Check der apoBank

Der „Praxis-Check“ verschafft einen Überblick über die Auswirkungen der Corona-Krise auf die Umsatzzahlen der eigenen Praxis. Dabei werden folgende Fragen beantwortet: Wie steht meine Praxis aktuell da? Ist sie weit entfernt vom Benchmark der vergleichbaren Praxen? Und was kann ich tun, um mehr Praxisumsatz zu generieren? Auf diese Weise können Inhaber herausfinden, ob ihre Praxis durch die aktuelle Corona-Situation möglicherweise in Liquiditätseingänge gerät, und erhalten konkrete Hilfestellungen, was sie dagegen tun können.

**Interessenten können sich für den kostenfreien Praxis-Check auf [www.opti-prax.de](http://www.opti-prax.de) anmelden.**



## Hausarzt-Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser gesucht! Werden Sie Teil des MediStart-Lehrkrankenhauspools!

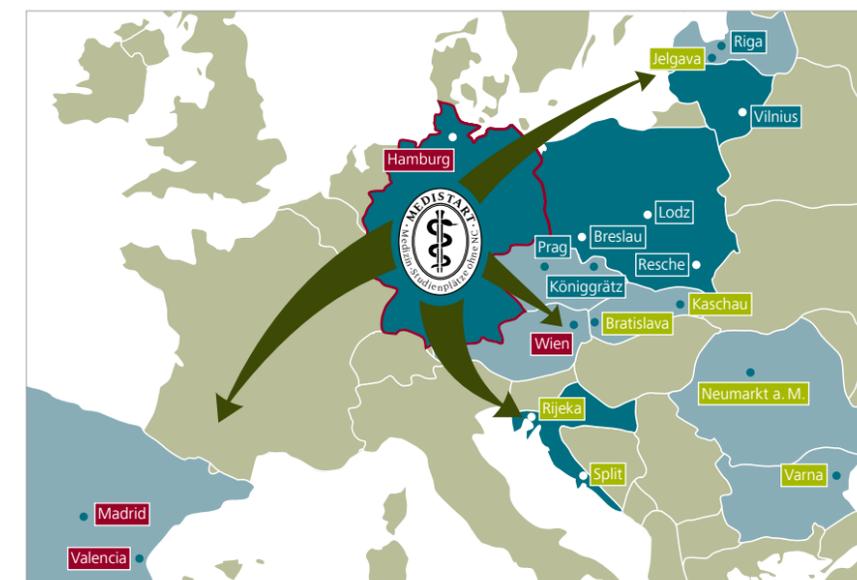


MediStart ist langjähriger Kooperationspartner des Hartmannbundes und vermittelt jedes Jahr mehrere hundert Studienplätze für Human-, Zahn- und Tiermedizin an EU-Partneruniversitäten – ohne Hochschulstart-NC & Wartezeit! An einigen dieser Universitäten können deutsche MediStart-Studenten dann auch klinisch-praktische Studienteile in Deutschland absolvieren, z. B. an den beliebten Universitäten Rijeka (Kroatien) oder Vilnius (Litauen).

MediStart organisiert dies in einem „Lehrkrankenhauspool“ und bietet **deutschen Krankenhäusern und Hausärzten** die Möglichkeit, an der universitären Ausbildung mitzuwirken. Dies stellt sowohl für Studenten als auch für Krankenhäuser und Praxen eine Win-Win-Situation dar: Studenten werden so bereits während ihres Studiums mit dem Gesundheitssystem und dem Umgang mit Patienten in Deutschland vertraut gemacht.

Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser hingegen können mit der Ausbildung angehender Kollegen bereits früh den Kontakt zur nächsten Ärztegeneration knüpfen und an der akademischen Lehre aktiv mitwirken, um so dem andauernden **Fachärztemangel vorzubeugen**. Zu den MediStart-Partneruniversitäten gehören Universitäten, die ein hohes internationales Ansehen genießen, wie z. B. Breslau (Polen) oder Vilnius (Litauen).

Neben den Universitäten Vilnius (Litauen) oder Rijeka (Kroatien) ermöglicht es auch der private Medizincampus UMCH in Hamburg, der seit 2019 den Medizinstudiengang in Deutschland anbietet, praktische Teile der Ausbildung in deutschen Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern zu absolvieren.



Der MediStart-Lehrkrankenhauspool dient als Bindeglied und Verteilungsmechanismus, um sicherzustellen, dass die Studenten einen Teil der klinisch-praktischen Studienteile in Deutschland absolvieren können.

**Die Praxen und Kliniken können sich in unterschiedlichen Regionen Deutschlands befinden.**

Zusätzlich ist mit dem MediStart-Lehrkrankenhauspool auch die **Anerkennung der praktischen Ausbildung** als Studienleistung an der jeweiligen Universität abgesichert, da die Inhalte über Logbücher bereits im Voraus abgestimmt werden. In geeigneten Fällen können Praxisinhaber und Klinikärzte zusätzlich über Lehraufträge und Professuren in die Fakultäten eingebunden werden.

Die Mitgliedschaft im MediStart-Lehrkrankenhauspool ist für Kliniken und Praxen mit keinerlei Kosten verbunden, bietet jedoch die Möglichkeit, sich europaweit mit renommierten Universitäten zu vernetzen und den Kontakt zu angehenden Ärzten herzustellen.

**Sie können sich als Hausarztpraxis oder Klinikum die Teilnahme am MediStart-Lehrkrankenhauspool vorstellen? Dann kontaktieren Sie uns unter:**

### KONTAKT

**MediStart GmbH & Co. KG**  
Medizin-Studienplatzberatung  
& Auslands-Agentur für Medizin,  
Zahnmedizin und Tiermedizin  
Telefon: (040) 413 436 60  
Telefax: (040) 413 436 61  
eMail: [info@medistart.de](mailto:info@medistart.de)  
Internet: [www.medistart.de](http://www.medistart.de)

## Ermächtigte Krankenhausärzte): Haftungsrisiko erkennen und richtig versichern



Mittlerweile sind rund 10.000 Klinikärzte ermächtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Wie haften sie und was sollten sie beim Versicherungsschutz beachten? Rechtsanwalt Patrick Weidinger, Deutsche Ärzteversicherung, informiert.

### Persönliche Haftung des ermächtigten Arztes für eigene Fehler

An der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, die eigentlich für niedergelassene Ärzte vorgesehen ist, können unter bestimmten Voraussetzungen auch in Krankenhäusern beschäftigte Ärzte teilnehmen.

Die in diesem Sinne ermächtigten Ärzte haften dem Patienten analog zu Praxisinhabern, nämlich zum einen aus dem Behandlungsvertrag und zum anderen aus sogenannter unerlaubter Handlung. Diese Haftung ist der Höhe nach nicht begrenzt und kann im Falle schwerer iatrogenen Dauerschäden wie einem hypoxischen Hirnschaden zu Millionenforderungen führen. Diese Ansprüche reichen

### Persönliche Haftung der Hilfspersonen des ermächtigten Arztes

Jeder, der einem anderen schuldhaft einen Schaden zufügt, haftet persönlich. Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich auch für Hilfspersonen des ermächtigten Arztes. Haben nachgeordnete Ärzte einen Fehler gemacht, wird der Patient auch sie in Anspruch nehmen.

Seine Arbeit delegieren darf der ermächtigte Arzt übrigens nicht. Die Ermächtigung ermöglicht die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch persönliche Leistungserbringung. In Ermächtigungsbescheiden wird regelmäßig darauf hingewiesen, dass zum Umfang der Ermäch-

### Haftpflichtversicherung des ermächtigten Arztes

In Betriebshaftpflichtversicherungen von Krankenhäusern ist das Haftpflichtrisiko des ermächtigten Arztes meist nicht mitversichert. Deshalb verlangen Krankenhausträger vom ermächtigten Arzt regelmäßig den Nachweis einer entsprechenden Haftpflichtversicherung. Diese ist übrigens nicht nur zum Schutze des Privatvermögens notwendig, sondern auch, weil das Fehlen einer solchen Versicherung nach der Bundesärzteinordnung zur Anordnung des Ruhens der Approbation führen kann.

### Haftpflichtversicherung für Hilfspersonen des ermächtigten Arztes

Mitarbeiter von Krankenhäusern, welche den ermächtigten Arzt unterstützen, benötigen Versicherungsschutz für ihre eigene Haftung. Sieht der Krankenhausträger und/oder dessen Betriebshaftpflichtversicherung die unterstützende Tätigkeit nicht als Dienstaufgabe und deshalb nicht als versichert an, muss man sich um Versicherungsschutz kümmern. Deshalb sollte immer klar sein, ob die Unterstützung des ermächtigten Arztes Dienstaufgabe im Rahmen des Arbeitsvertrages ist oder nicht.

### Strafrechtsschutz der Berufshaftpflichtversicherung

Ein Strafverfahren wegen eines Behandlungsfehlers kann verheerende Folgen haben. Während es im Zivilrecht um Schadensersatz für den Patienten geht, geht es im Strafrecht um eine Geld- oder Freiheitsstrafe, vor allem wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung. Die Berufshaftpflichtversicherung der Deutschen Ärzteversicherung beinhaltet einen „erweiterten Strafrechtsschutz“, der die Kosten einer kompetenten anwaltlichen Verteidigung übernimmt. Diese ist wichtig, denn einem vorbestraften Arzt drohen unter Umständen der Entzug der Kassenzulassung und sogar der Widerruf der Approbation.

Lassen Sie sich beraten und Ihren Versicherungsschutz prüfen. Unter der Telefonnummer 0221 148-22700 oder über [service@aerzteversicherung.de](mailto:service@aerzteversicherung.de) können Sie Informationen und konkrete Angebote anfordern.

1) Die männliche Form umfasst alle Geschlechter. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden männliche und weibliche Formen nicht parallel verwendet.



Foto: iakovenko/123rf.com

dann vom Schmerzensgeld über den Verdienst- und Haushaltsführungsschaden bis hin zu Heilbehandlungs- und Pflegekosten.

### Persönliche Haftung des ermächtigten Arztes für Fehler anderer

Gegenüber dem Patienten haftet der ermächtigte Arzt auch für die Fehler derjenigen, die ihn in Rahmen seiner ermächtigten Tätigkeit unterstützen. Dieser sogenannten Erfüllungsgehilfenhaftung kann er sich nicht entziehen, etwa dadurch, dass er eine ordnungsgemäße Auswahl und Überwachung der Hilfspersonen nachweist.

tigung gehörende Leistungen nicht delegiert werden dürfen. In der Ermächtigungsambulanz nachgeordnete Ärzte dürfen also nicht alleinverantwortlich behandeln. Dies wurde bereits mehrfach gerichtlich bestätigt, zum Beispiel durch Beschlüsse des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen. Bei Verstößen drohen dem ermächtigten Arzt Disziplinarmaßnahmen und Honorarforderungen. Eine Vertretung im Rahmen der Ermächtigung ist nur unter bestimmten Umständen wie Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder einer Wehrübung möglich.

## EUROPCAR – Exklusive Konditionen für Sie als Hartmannbund-Mitglied



Sie haben den richtigen Plan, wohin es mit Ihrer Praxis gehen soll. Wir bringen Sie mit individuellen Mobilitätslösungen an Ihr Ziel, ganz gleich ob im PKW oder einem unserer Transporter & LKW. Als Hartmannbund-Partner erhalten Sie bei Europcar besonders günstige Konditionen und finden für jedes Ziel die passende Mobilität!

### Europcar: Mobilität vom spontanen Fahrzeugbedarf bis zur langfristigen Miete

Mit dem Produkt Mid Term deckt Europcar auch den längerfristigen Fahrzeugbedarf ab: Dynamisch wie Miete, günstig wie Leasing. Hier können Sie bei einer Mietdauer von bis zu 24 Monaten mehrere wirtschaftliche Vorteile kombinieren. Sie können unabhängig von langen Leasingverträgen und Bestellzeiten Fahrzeuge für

Ihr Business mieten - so individuell und dynamisch, wie Sie es selbst führen.

### Ein besonderes Dankeschön

Unser Privilege-Loyalitätsprogramm ermöglicht Ihnen attraktive Vorteile, beispielsweise eine kostenlose Wochenendmiete ab der dritten Buchung oder einen schnelleren Service durch unsere Priority Lane am Schalter. Privilege gliedert sich in vier Stufen: Club, Executive, Elite und Elite VIP, die Sie durch das Sammeln von Mieten bzw. Miettagen erreichen.

Darüber hinaus profitieren Europcar Kunden von unserem besonderen Service: Mit unserem Online-Check-In können Sie wertvolle Zeit vor Ihrer Miete sparen und dank unserer Elite-Modelle können Sie sich bewusst für ein höherwertiges Fahrzeugmodell innerhalb Ihrer gewählten Mietwa-

genkategorie entscheiden. Zubehör rund um Ihre Miete, wie mobile Navigationsgeräte oder Zusatzfahrer, können ganz einfach und unkompliziert dazu gebucht werden.

Mit Europcar für jeden Auftrag den passenden Transporter & LKW – auch für den langfristigen Bedarf

Deutschlandweit stehen Ihnen bei Europcar an mehr als 320 Standorten Transporter & LKW zur Verfügung, um verschiedensten Anforderungen im Geschäftsalltag gerecht zu werden. Ergänzt wird dieses Fahrzeugangebot durch eine breite Auswahl an Zubehör wie Zurrgurten, Packdecken, Fittings und Sackkarren.

Um bei der Buchung von Ihren exklusiven Hartmannbund-Konditionen zu profitieren, nutzen Sie bitte immer die Contract ID 40295733.

**Europcar – MOVE YOUR PLANS**

## „Ärzte helfen Ärzten in Not“

Jede Spende hilft! Kollegiale Hilfe in Notsituationen



**Die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt Arztfamilien in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar.**

### Wir helfen:

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

### Wir bieten:

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

**Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten!**

**Unterstützen Sie mit Ihrer Spende Kolleginnen und Kollegen in Not. Vielen Dank!**



Online-Spende unter  
[www.aerzte-helfen-aerzten.de](http://www.aerzte-helfen-aerzten.de)

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

## Umsatzsteuerliche Tücken in der Arztpraxis vermeiden!

Ärzte in eigener Praxis oder BAG haben meist eines gemein: Sie können keine – oder zumindest nur geringe – Vorsteuerbeträge beim Finanzamt geltend machen, da sie vorwiegend umsatzsteuerfreie Leistungen erbringen.

### Die Kleinunternehmerregelung

Denn sofern die umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen (bspw. bestimmte IGeL-Leistungen) eines Arztes oder einer BAG im vergangenen Jahr den Betrag von 22.000 Euro (2019 betrug die Vorjahresgrenze 17.500 Euro) nicht überschritten haben und im laufenden Jahr aller Voraussicht nach den Betrag von 50.000 Euro nicht überschreiten werden, gilt er als sogenannter Kleinunternehmer. Umsatzsteuer wird dann nicht erhoben und der Vorsteuerabzug ist ausgeschlossen. Diese Regelung vereinfacht die steuerliche Abrechnung für den Arzt mitunter ganz enorm, weil die Vorschriften des Umsatzsteuergesetzes größtenteils unbeachtlich sind.

### Verzicht auf Kleinunternehmerregelung und Regelbesteuerung

Auf die Anwendung der Kleinunternehmerregelung kann allerdings verzichtet werden. Dies kann vor allem dann sinnvoll sein, wenn hohe Anfangsinvestitionen erforderlich sind, weil die Umsatzsteuer aus der Investition dann (zumindest teilweise) als Vorsteuer geltend gemacht werden kann. Wird die Kleinunternehmergrenze überschritten, muss ein Arzt in jedem Fall für seine umsatzsteuerpflichtigen Leistungen Umsatzsteuer abführen.

### Vorsteueraufteilung oder voller Vorsteuerabzug?

Bei Investitionen, die sowohl für umsatzsteuerpflichtige als auch für umsatzsteuerfreie Umsätze genutzt werden können, ist der Vorsteuerabzug nur im Verhältnis der umsatzsteuerpflichtigen zu den umsatzsteuerfreien Umsätzen zulässig. Kann ein Wirtschaftsgut aber eindeutig einem bestimmten Umsatz zugeordnet werden, ist der Vorsteuerabzug entweder in voller Höhe zulässig oder vollständig ausgeschlossen. Wie diese Regelung aber in der Praxis auszulegen ist, damit beschäftigen sich regelmäßig die höchsten Gerichte des Landes und der Europäische Gerichtshof.

### Fall aus der Praxis: Weiterberechnung von Mietereinbauten

Und so hatte auch der Bundesfinanzhof (BFH-Urteil vom 13.11.2019 – V R 5/18) im November 2019 zu entscheiden, ob ein Augenarzt, der sich in Absprache mit seinem Vermieter für 500.000 Euro eine Praxis nach eigenen Wünschen einrichten durfte, diese Einbaumaßnahmen als voll umsatzsteuerpflichtigen Vorgang an seinen Vermieter weiterberechnen konnte. Vereinbart war dabei, dass der Arzt gegenüber den Bauunternehmern in eigenem Namen auftrat und die bezogenen Leistungen seinerseits an den Vermieter mit Umsatzsteuer weiterberechnete. Der Vermieter erwarb nicht nur das zivilrechtliche Eigentum an dem Mietereinbau, sondern hatte auch einen echten wirtschaftlichen Vorteil in Form einer höheren Miete.

### Finanzgericht: Vorsteuerabzug ausgeschlossen!

Sowohl das Finanzamt als auch das Finanzgericht (FG) sahen das Ganze kritisch. So wurde argumentiert, dass es sich bei einer solchen Leistung um einen ebenfalls umsatzsteuerfreien Hilfsumsatz handeln könne oder gar um eine umsatzsteuerfreie, aber grunderwerbsteuerpflichtige Grundstückslieferung. In der Folge verwehrten sowohl das Finanzamt als auch das FG dem Augenarzt den Vorsteuerabzug. Die Umsatzsteuer hingegen wurde vom Arzt geschuldet, da er diese in der Abrechnung offen ausgewiesen hatte. Insoweit hätte der Arzt den zu Unrecht geltend gemachten Vorsteuerabzug zurückzahlen müssen. Die Umsatzsteuer hätte er im Gegenzug vom Finanzamt jedoch erst zurückerstattet bekommen, nachdem er den Umsatzsteuerausweis in den Rechnungen korrigiert hätte. Bis zu diesem Zeitpunkt wären dann pro Jahr Zinsen in Höhe von sechs Prozent auf die Steuerschuld angefallen. (Anmerkung: Die Höhe dieser steuerlichen Zinsen steht aufgrund der derzeitigen Niedrig- bzw. Negativzinsphase derzeit beim BFH auf dem Prüfstand.)

Bundesfinanzhof: Vorsteuerabzug zulässig! In der Sache konnte sich der BFH jedoch nicht der Auffassung des Finanzamtes und der Vorinstanz anschließen. Für ihn konnte insbesondere kein Hilfsumsatz vorliegen,

ETL | ADVIMED

weil der Arzt seine Tätigkeit noch gar nicht aufgenommen hatte. Die Leistung durch den Arzt an den Vermieter sah der BFH im Übrigen als voll umsatzsteuerpflichtigen Vorgang an, so dass sowohl der Umsatzsteuerausweis durch den Arzt als auch der Vorsteuerabzug korrekt waren. Der Vorsteuerabzug war insbesondere nicht nur im Verhältnis der steuerpflichtigen zu den steuerfreien Umsätzen zulässig, da die bezogene Leistung eindeutig einem voll umsatzsteuerpflichtigen Vorgang zugeordnet werden konnte.

### Quintessenz: Es kommt auf die Vertragsgestaltung an!

Ob Mietereinbauten durch den Mieter mit oder ohne Umsatzsteuer abzurechnen sind, wird in der Praxis immer von der jeweiligen vertraglichen Vereinbarung abhängen. So wäre möglich, dass der Arzt gegenüber den Baudienstleistern lediglich im Namen des Vermieters auftritt und diesen zivilrechtlich als Bevollmächtigter verpflichtet. In diesem Fall wäre der Arzt im Grunde nicht in den Leistungsprozess eingeschaltet, so dass er auch keinen umsatzsteuerpflichtigen Vorgang hätte. Da der Vermieter auf der anderen Seite gewöhnlich nicht vorsteuerabzugsberechtigt ist, dürften beide Varianten zum gleichen Ergebnis führen. Was konkret besser ist, sollten Arzt und Vermieter im Vorfeld mit ihrem steuerlichen Berater klären.

### Autor:

Bastian Koecke (Wirtschaftsprüfer und Steuerberater im ETL ADVISION-Verband) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen



### Kontakt:

ETL ADVIMED Rinke  
Wuppertal  
info@etl-advimed-rinke.eu  
www.etl-advimed-rinke.eu  
Tel: 0202/2496-280

**RDB**  
SPEZIALVERANSTALTER  
WELTWEITER REISEN  
SEIT 1973



**Hartmannbund**

Verband der Ärzte Deutschlands

## Fachstudienreise exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder

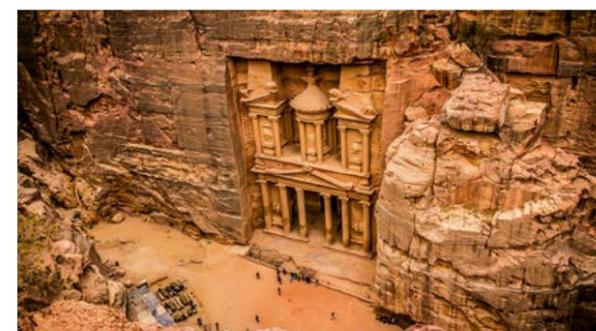
Wir, die RDB Reisedienst Bartsch GmbH, sind ein Reiseveranstalter mit dem Schwerpunkt Fach- und Studienreisen. Seit 45 Jahren betreuen wir unsere Kunden und organisieren Fachexkursionen in Länder aller Kontinente.

Als **Kooperationspartner des Hartmannbundes** bieten wir allen Mitgliedern, Familienangehörigen, Freunden und Bekannten eine Fachreise nach Jordanien an. Reisen Sie zu den Wundern dieser Welt.

### Fachstudienreise nach Jordanien

Reisetermin 1: 14.03. – 22.03.2021 | Reisepreis € 1.995,-

Reisetermin 2: 27.03. – 05.04.2021 (Ostern) | Reisepreis € 2.085,-



### Jordanien - „Auf den Spuren von Lawrence von Arabien“

„Ahlan wa sahlan“ – willkommen in Jordanien! Das haschemitische Königreich von Jordanien, das schon immer Reisende in seinen Bann zog, begeistert heute als moderner und dynamischer Staat. Vom pulsierenden Zentrum in Amman bis zur imposanten Kargheit des Wadi Rum, von den majestätischen Ruinen vergangener Zivilisationen, über das länderübergreifende Rote Meer zum zeitlosen Glanz des Toten Meer – Jordanien präsentiert sich in jeder Hinsicht als faszinierendes Reiseziel. Höhepunkt jeder Jordanien-Reise ist zweifellos das in Fels gemeißelte antike Petra, die märchenhafte Stadt der Nabatäer, 1985 in die Liste des UNESCO-Welterbe aufgenommen.

**Ihre Reiseroute in Kurzform:** Frankfurt, Amman, Petra, Aquaba, Totes Meer, Jerash, Amman

Detaillierte Informationen zu diesen Reisen erhalten Sie bei uns im Internet unter: [www.verbandsreisen.de/hb2021](http://www.verbandsreisen.de/hb2021) 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 93

## Niedrigzinsen, Zölle, Corona Anlagestrategien 2020: Quo vadis?

Das Börsenjahr ist erst ein paar Wochen alt und ganz unterschiedliche Ereignisse beschäftigen die Finanzmärkte: Fortdauernde Niedrigzinsen, Neuregelung des Welthandels – Stichwort Zölle auf im Ausland produzierte Waren, starke Schweizerfranken-Bewertung, Corona-Virus. Als Investor fragt man sich immer, wann ist der richtige Zeitpunkt gekommen, um zu investieren oder gegebenenfalls seine Gewinne zu realisieren.



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

Um darauf eine Antwort zu finden, gibt es verschiedene Strategien. Zum Beispiel die Dividendenstrategie: Hier werden zu Jahresbeginn die Aktien ausgewählt, die im Aktienleitindex eines Landes die zehn höchsten Dividendenrenditen (Verhältnis der Dividende zum aktuellen Aktienkurs) aufweisen. Die zehn Aktien werden ein Jahr gehalten, dann wiederholt sich dasselbe Auswahlverfahren jährlich wieder. Aktien, die in punkto

Rendite nicht mehr in die Top-Ten passen, werden entfernt, neue dazugekauft. Oder die Saisonstrategie: Ab Anfang November startet für Aktien tendenziell das bessere Halbjahr als in der Phase von Mai bis Oktober. Das zeigen diverse Studien.

Oder die Langfriststrategie: „Buy and Hold“: Sie ist die Mutter aller Anlagestrategien für Aktien – und für Aktien-Anleger die bequemste.

„Buy and Hold“ setzt auf die langfristige Anlage von Wertpapieren. Investoren kaufen Aktien und behalten diese – in Erwartung einer Wertsteigerung – über Jahre oder Jahrzehnte unangetastet im Depot. Bis Ende der 1990er-Jahre funktionierte diese Strategie in stetig steigenden Aktienmärkten fast perfekt. Seither gab es zwei große Börsen-Crashes, die Märkte wurden volatil und unberechenbarer. Fazit: „Buy and Hold“ kann gut sein gut für einen Teil des Depots jedoch braucht der Investor Zeit um allfällige Korrekturen wieder aufzuholen.

Doch jeder Investor hat seine eigenen Ziele und andere Lebensumstände. Die oben beschriebenen Strategien sind nicht für jeden Investor geeignet sowie benötigt man Zeit und persönliches Interesse für den Finanzmarkt. Wir leben in einer sich immer schneller verändernden Epoche. Deshalb ist es wichtig, Anlageentscheide nicht dem Zufall zu überlassen, sondern der Auswahl Ihrer Anlagen im Depot einem regelmäßigen Check zu unterziehen.

BANK ALPINUM 

Wir bieten unseren Kunden mit unserer aktiv bewirtschafteten Vermögensverwaltung einen Marktzugang an, der sonst nur institutionellen Anlegern vorbehalten ist.

Unsere Experten reagieren umgehend auf Marktveränderungen und nehmen entsprechende Anpassungen vor. Im Rahmen der Vermögensverwaltung haben wir als Privatbank Zugang zu zahlreichen, kostengünstigen Anlageinstrumenten. Wir wählen für unsere Kundschaft die besten Anlagen des Marktes aus. Dadurch sind unsere Experten unabhängig und frei von Interessenskonflikten. Die Bank Alpinum bleibt auch weiterhin ihrem Ansatz treu, unseren Kunden keine eigenen Anlageinstrumente anzubieten.

Für weitere Informationen und Gespräche steht Ihnen Frau Jacqueline Krämer, Stellvertretende Direktorin und Leiterin Privatkunden der Bank Alpinum gerne unter der Telefonnummer +423 239 62 33 oder unter [jacqueline.kraemer@bankalpinum.com](mailto:jacqueline.kraemer@bankalpinum.com) zur Verfügung.

## CarFleet24 – Zeit, umzuschalten.

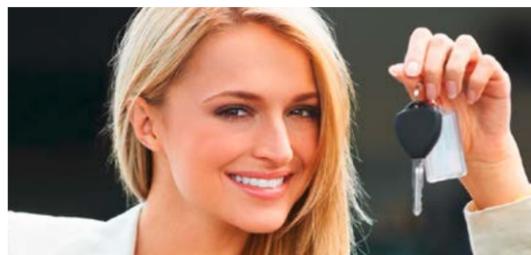
Die Stromer starten dieses Jahr durch – lassen Sie sich einfach elektrisieren

Die Autoindustrie ist im Umbruch. Getrieben von strengeren CO<sub>2</sub>-Vorgaben aus Brüssel setzt sie mehr denn je auf Elektrofahrzeuge. Nach Jahren der Ankündigungen lassen die Hersteller ihren Worten Taten folgen und bringen jede Menge neue Stromer auf den Markt. Der Durchbruch des E-Autos ist schon häufiger vorausgesagt worden. Im kommenden Jahr dürfte es aber so weit sein – zumindest wächst das Angebot massiv. Allein, weil so viele attraktive Modelle neu auf den Markt kommen wie nie zuvor. Die Bandbreite reicht vom günstigen Kleinwagen bis zum rasanten E-Sportler – schöne, praktische sowie schnelle und witzige. Hinzu kommt auch der massive steuerliche Anreiz für

Dienstwagennutzer seit der Einführung des neuen Elektromobilitätsgesetz Juli 2019. Neugierig?

Auf unserem Portal [CarFleet24.de](http://CarFleet24.de) stellen wir Ihnen selbstverständlich die neuen Stromer vor. Dort finden Sie alle auf dem deutschen Markt erhältlichen E-Fahrzeuge & Hybrid.

Uns ist bewusst, dass bei diesem gesamten Themenbereich, der erst in den vergangenen



CarFleet24 

Jahren wieder auf den Plan gerückt ist, sich hierzu nachvollziehbarerweise zahlreiche Fragen ergeben. Wie funktioniert ein E-Auto von seinem Grundprinzip, wann gilt es eigentlich als solches oder wie schnell und wie weit kann es fahren? Auf all das und weitere Fragen, die sich im Allgemeinen und um elektrisch angetriebene Mobile drehen, erhalten Sie bei unseren Verkaufsberatern die Antworten.

### Kontakt

CarFleet24  
[www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de)  
Passwort: hartmannbund  
Fon: 01805 – 717107\*  
Fax: 01805 – 717108\*  
E-Mail: [kundenbetreuung@carfleet24.de](mailto:kundenbetreuung@carfleet24.de)

\* [0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]

## Virtuell lernen, Fehler zu vermeiden Online-Präsenz-Seminare von FaktorMensch



Die sogenannte „Corona-Krise“ hat viele Firmen animiert, neue Wege zu beschreiten. So auch den Seminaranbieter FaktorMensch, der bereits über 2.000 Teilnehmer in Online-Präsenz-Seminaren mittels der Software Zoom zum Thema „Fehlervermeidung in der Medizin“ geschult hat.

### Was ist FaktorMensch?

FaktorMensch ist ein Ausbildungsformat für Mediziner, das anhand zahlreicher Fallbeispiele praxistaugliche Strategien vermittelt, um Fehler zu vermeiden und so die Patientensicherheit zu erhöhen. Es geht dabei um menschliches Verhalten und Teamprozesse in medizinisch-kritischen Situationen, um in kritischen Momenten handlungsfähig zu bleiben.

### TRM Basic-Seminar per Videokonferenz in Zoom

Das Seminarformat TRM Basic (8 Einheiten je 45 Min. an einem Tag per Videokonferenz in Zoom) bietet einen grundlegenden Einblick in Themen aus dem Bereich des Team Resource Management (TRM) wie z. B. „Ich und das Team“, „Führen und Leiten“, „Kommunikation“, „Stress und Perform-

ance“, „Entscheidungsprozesse“, „Wahrnehmung“ sowie „Risiko- und Fehlerkultur“.

Im Online-Präsenz-Seminar sind genauso wie im Vor-Ort Seminar alle Teilnehmer und der Dozent im gleichen Zeitraum zusammen in einem Raum – in diesem Falle in einem virtuellen Raum. So ist es auch möglich Zwischenfragen zu stellen und sich als Teilnehmer aktiv einzubringen. Ein speziell geschulter Moderator steht den Teilnehmern ergänzend für die gesamte Zeit des Seminars zur Verfügung.

Die ersten, sehr positiven Erfahrungen von Dozenten wie auch Teilnehmern mit den virtuellen Seminaren per Videokonferenz in Zoom haben FaktorMensch darin bestärkt, das Angebot von Online-Präsenz-Seminaren weiter auszubauen und künftig zu einem dauerhaften Bestandteil der Kurspalette zu machen.

### Kostenlos für Mitglieder im MEDI PROFESSIONAL Club

Der besondere Clou: Für Mitglieder im Club werden im Laufe des Jahres an zahlreichen Terminen kostenfreie Online-Präsenzseminare zu interessanten Themen für Mediziner angeboten. Zu den Terminen wird im Club regelmäßig per E-Mail informiert und eingeladen.

### Mehr Information

Ausführliche Informationen zu den Online-Präsenz-Seminaren und weiteren Angeboten von FaktorMensch finden sich im Internet unter: [www.faktormensch.ch](http://www.faktormensch.ch)



Daniel Marx, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und Initiator von FaktorMensch

## Der Hartmannbund und ÄKzert® kooperieren Zertifizierung aus „ärztlicher Hand“



ÄKzert® ist als unabhängige Zertifizierungsstelle von der Ärztekammer Westfalen-Lippe gegründet worden. Sie wurde von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) akkreditiert und ist berechtigt, Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen sowie Einrichtungen im Sozialwesen nach DIN ISO 9001 zu zertifizieren. Durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat die Zertifizierungsstelle 2016 zudem die Berechtigung für die Durchführung von KPQM-Zertifizierungen erhalten. Geleitet wird die Zertifizierungsstelle von der Internistin Dr. med. Andrea Gilles und dem Chirurgen Dr. med. Ha.-Jo. Bückner-Nott, die seit vielen Jahren im Auftrag des Landes NRW die vom Land im Rahmen der Krankenhausplanung anerkannten Brustzentren erfolgreich zertifizieren.

Zusammenarbeit mit dem Hartmannbund: Der Hartmannbund möchte seine Mitglieder auch bei der Einführung von Qualitätsmanagement und der Außendarstellung

des Erreichten unterstützen. Aus diesem Grund hat der Hartmannbund einen Rahmenvertrag mit der Zertifizierungsstelle ÄKzert® geschlossen:

„ÄKzert® räumt Einrichtungen, deren ärztlicher Leiter Mitglied des Hartmannbundes ist, auf den Preis des Audits einen Rabatt ein. Dieses Angebot beinhaltet Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001 oder KPQM.“

Diese Vereinbarung garantiert den Auditkunden jedoch keinen erfolgreichen Abschluss des Auditverfahrens.“

### Medizinisch erfahrene Auditoren (Ärzte, Pflegeexperten)

Ein ÄKzert®-Auditteam wird grundsätzlich von einem Arzt geleitet. Die Auditoren besitzen neben ihrer Expertise im Qualitätsmanagement auch langjährige medizinische Erfahrung. So wird sichergestellt, dass unter Wahrung aller Akkreditierungsvorgaben auch klinischer Sachverstand und Verständnis für die Notwendigkeiten des medizinischen

Betriebes in den Auditprozess eingebracht werden. Hierdurch lässt sich die Akzeptanz des Qualitätsmanagements bei allen Beteiligten deutlich stärken – was letztendlich den Praxen, aber auch Ihren Mitarbeitern zugute kommt. Die Erfahrungen aus der langjährigen Zertifizierungstätigkeit zeigen, dass ein wirksames Qualitätsmanagementsystem, das von kompetenten, berufserfahrenen Auditoren begleitet wird, der zertifizierten Organisation viele Vorteile bringt.

### Mögliche weitere Kostenreduktion

Durch Absprache der Audittermine z. B. zwischen zwei benachbarten Praxen können Reisekosten eingespart werden, ein Vorteil, den ÄKzert® selbstverständlich an die Kunden weitergibt.

Weitere Informationen zur Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe gibt es im Internet: [www.aekzert.de](http://www.aekzert.de)

Gerne informieren wir Sie auch telefonisch oder per E-Mail an [info@aekzert.de](mailto:info@aekzert.de).

# 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](http://www.hartmannbund.de). Schauen Sie doch mal vorbei.



© burak cakmak - fotolia.com

## Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt  
Tel.: 030 206208-15

## Ärztliche Weiterbildung

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber  
Tel.: 030 206208-24

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

## Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Christina Thelen/  
Sandy Stephan  
Tel.: 030 206208-43

## Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs  
Tel.: 030 206208-53

## GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Thelen  
Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan  
Tel.: 030 206208-43

## Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)  
Olivia Hahn  
Tel.: 030 206208-56

## Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)  
Philipp Hoffmann  
Tel.: 030 206208-41

## Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)  
Jeannette Hristov  
Tel.: 030 206208-62

## Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)  
Sebastian Bauknecht  
Tel.: 030 206208-65

## Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

### ABZUGEBEN/ZU VERKAUFEN

#### Hausarzt in MVZ im Alpenvorland gesucht

Für mein hausärztliches MVZ suche ich ab ca. 1.10.20 einen Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin oder hausärztlichen Internist/in. Wir sind ein hausärztliches MVZ mit derzeit 7 Ärzten auf 5 KV-Sitzen in Schongau, einer Kleinstadt mit 12.000 Einwohnern, allen Schulen am Ort, stündlicher Bahnanschluß nach München im attraktiven Alpenvorland. Zur Praxis gehören auch zwei kleine Filialpraxen, die stundenweise geöffnet sind. Die Praxis ist in einem neu renovierten Gebäude mit idealer Aufteilung und großem MFA-Team auch mit VERAH. Als Lehrpraxis der TU kommen immer wieder Studenten zu Praktika und Famulatur. Die Praxis können Sie auf [www.praxis-kayser.de](http://www.praxis-kayser.de) erkunden. Bewerbungen bitte an [m.kayser@praxis-kayser.de](mailto:m.kayser@praxis-kayser.de)

#### FA für Radiologie vertritt bundesweit

Falls Sie keine Urlaubsvertretung haben, Radiologe Dr. Andreas Blynov vertritt Sie bundesweit. Anfragen unter: [rentaradiologist@t-online.de](mailto:rentaradiologist@t-online.de)



#### Instrumente aus gyn. Praxis zu verkaufen

Instrumente aus gyn. Praxis (Spekula Metall, Spekula Glas, Kornzangen, Kugelzangen, Klemmen, Cüretten, Hegarstifte, PE-Zangen, IUD-Faßzange, Glasfieberamioskope, scharfe Löffel, Nasenspreizspekulum, Nadelhalter, Pinzetten) zu verkaufen. Bei Interesse bitte Anfragen an [DrBerthold@t-online.de](mailto:DrBerthold@t-online.de)

## Kleinanzeigen (Fortsetzung)

### Hautarztpraxis Nähe Nürnberg abzugeben

Hautarztwohlfühlpraxis nördliches Mittelfranken („Speckgürtel“ von Nürnberg) zum 10/2020 abzugeben. Langjährig, gut etabliert, breites Spektrum. Durch Größe und sehr gute Ausstattung viel Potential zur weiteren Umsatzsteigerung. Auch für Übernahme durch zwei Ärzte/innen gut geeignet. Kontakt-E-Mail: [ad@dr-dennerlein.de](mailto:ad@dr-dennerlein.de)

### Hausarztpraxis in Hamburg abzugeben

Zentral gelegene große Hausarztpraxis im Nordosten von Hamburg Anfang 2021 aus Altersgründen abzugeben. Patientenzahlen (GKV und privat) sowie Umsatz seit Jahrzehnten überdurchschnittlich. Sehr erfahrenes, nettes Team, hohe Patientenbindung, breites Spektrum. Sehr gute Verkehrsanbindung und moderne Räume. Hohes Wachstumspotential durch örtlich rege Bautätigkeit. Auch Übernahme durch zwei Arzt/innen sowie frühzeitige Kooperation und Einarbeitung möglich. Kontakt unter Tel. 0176/21607446

### Klinik im Berliner Umland bietet Weiterbildung u. a. in Innerer Medizin

Große Klinik im Berliner Umland mit exzellenter Verkehrsanbindung bietet volle Weiterbildung in Allgemeiner Innerer Medizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Onkologie. Rotationen zur Intensivmedizin sowie in die Kardiologie, Nephrologie und Angiologie sind möglich. Promotionsarbeiten im Rahmen der Ausbildung werden unterstützt. Kontakt unter: 03381 41 1600.

## GESUCHT

### FÄ oder FA für Allgemeinmedizin in Teilzeit in Bochum gesucht

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Bochum mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin sucht ab dem 1.7.2020 in Teilzeit angestellte/n FÄ oder FA für Allgemeinmedizin. Bei Interesse wenden Sie sich unter Angabe der Chiffre-Nr. 172453 per E-Mail an uns.

### Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin als Praxispartner in Schleswig-Holstein gesucht

Sie möchten selbstständig, flexibel und selbstbestimmt arbeiten? Dann kommen Sie nach Jübek! Facharzt/in für Allgemeinmedizin als Praxispartner/in in BAG oder Praxisgemeinschaft. Die Praxis: Die Praxisräume verfügen über moderne, offene und freundliche Räumlichkeiten die 2018 fertig gestellt wurden. Die Praxis mit einem allgemeinen hausärztlichen Spektrum wird von einem gut ausgebildeten Team von Medizinischen Fachangestellten unterstützt. Über Jübek: Jübek ist mit dem Ortsteil Friedrichsau einer der größten Gemeinden im Amt Arensharde und liegt ca. 15 Autominuten von Schleswig. Ebenso finden Sie hier eine gute Infrastruktur mit Kindergarten, Schule, Apotheken und vielseitigen Einkaufsmöglichkeiten. Zur Gemeinde zählen ca. 2.600 Einwohner, die sich in Jübek wohl fühlen und auch ein beliebtes Erholungsziel bei vielen Urlaubern ist. Bewerbungen und weitere Fragen zum Stellenangebot richten Sie bitte an: Frau Laura Löffler, Stv. Geschäftsführerin, Tel: 04551 – 9999 174, E-Mail: [laura.loeffler@aegnord.de](mailto:laura.loeffler@aegnord.de).

### Nachfolger/Nachfolgerin für Zahnarztpraxis in Celle

Nachfolger bzw. Nachfolgerin zum 30.03.2020 oder später für die Zahnarztpraxis im alten Fachwerkhaus bei Celle gesucht. Einmaliges Ambiente, Holzbalkendecke, Kamin etc. auf 170 m<sup>2</sup>. Die Praxis hat Telematik VPN Anbindung auf Z1 Compudent, zwei Behandlungsräume, Büro, einen Raum für alternative Behandlung, Sozialraum, Röntgen mit OPG und Tubus, Räume für Labor und Aufbereitung. Diese Region hat mehrere zuzugsstarke Neubaugebiete. Sehr guter Standort für MKG und Implantologie. ZahnarztFachwerkhaus@t-online.de

### Ihr Profil: Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin

Golzow ist eine kleine lebendige Gemeinde im ländlichen Oderbruch. Mit einer Fahrzeit von einer Stunde ist Berlin-Ostkreuz mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Golzow bietet neben einer Grundschule mit musikalischem Schwerpunkt auch eine Integrations-Kita, schnelles Internet, günstiges Bauland, gastronomische Angebote sowie eine Vereinslandschaft mit einem umfangreichen sportlichen und kulturellem Programm. Wir erwarten, dass Sie die diakonische Ausrichtung unseres Unternehmensverbundes unterstützen und mittragen. Die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche ist erwünscht. Für Rückfragen steht Ihnen Kathrin Adam telefonisch unter 03328 427 312 zur Verfügung. Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an: MEDIZINISCHE EINRICHTUNG GGMBH TELTOW Wolfgang Taciak, Potsdamer Straße 7/9, 14513 Teltow [wolfgang.taciak@diakonissenhaus.de](mailto:wolfgang.taciak@diakonissenhaus.de)

### Nachfolgerin/Nachfolger für HNO in Lehrte

HNO-ärztliche Gemeinschaftspraxis im Raum 3 sucht Nachfolgerin/ Nachfolger für ausscheidende Kollegin. Die Praxis ist seit mehr als 30 Jahren gut etabliert; 3 Arztstühle; eingespieltes Team mit 11 MFA's (teilweise Teilzeit); Belegbetten; elektronische Patientenakte; eine Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate Allergologie und 6 Monate Klinik sind vorhanden; alternative Verfahren werden angeboten. Erwünscht wäre eine Kennenlernphase (Jobsharing) und danach die Übernahme des Sitzes. Eintrittszeitpunkt verhandelbar. Kontakt unter: [gemeinschaftspraxis-hno@web.de](mailto:gemeinschaftspraxis-hno@web.de)

### Weiterbildungsassistent(in) in Germering ab 1.5.2020 gesucht

VZ-Weiterbildungsassistent(in) für 24 Monate ab 1.5.2020 für moderne Allgemeinpraxis (seit 12/2019 in neuen Räumen) mit eingespieltem MFA-Team in 82110 Germering, Münchner Straße 1 (EKZ/GEP) gesucht. Kontakt: 089-848002 oder Dr. Ludwig Jakob, Münchner Str. 1, 82110 Germering

### Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin in München-Großhadern gesucht

Als Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin bin ich im Besitz der Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr in meinem Fachgebiet. Hier kann ich Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung zum Allgemeinarzt für 1 Jahr auf einer Vollstelle oder 2 Jahre auf einer Halbstelle etc. (auch andere Zeitmodelle sind möglich) weiterbilden, da es sich um ein Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung handelt. Neben mir gibt es noch eine angestellte fachärztliche Kollegin für PRM. Es wird ein breites Spektrum der konservativen Orthopädie und Schmerztherapie vermittelt. Die/der angestellte Ärztin/Arzt hat ein eigenes, schönes und helles Sprechzimmer in einer freundlichen und hellen Praxis. Weitere Info unter [www.bernt-wuenschmann.de](http://www.bernt-wuenschmann.de). Bewerbungen gerne auch an E-Mail: [bernt.wuenschmann@gmx.de](mailto:bernt.wuenschmann@gmx.de).

### Suche Ärztin oder Arzt in Weiterbildung für den Facharzt für Allgemeinmedizin ab 09.2020 in Bad Segeberg

Meine hausärztliche Praxis besteht neben mir noch aus zwei angestellten Allgemeinärztinnen und einem liebenswürdigen Mitarbeiterteam. Wir arbeiten in attraktiven Praxisräumen in einer alten Stadtvilla. Die Praxis verfügt über eine gute technische Ausstattung mit EKG, Ergo, LZ-RR, LZ-EKG, Sono, Spiro und BIA. Wir behandeln Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren, ganz im Sinne der Familienmedizin. Jetzt fehlen nur noch Sie: Arzt oder Ärztin in Weiterbildung für den Facharzt für Allgemeinmedizin. Ich habe die Weiterbildungsbefugnis für 30 Monate. Sie passen zu uns, wenn Sie engagiert, motiviert und verantwortungsbewusst sind und genau wie wir ein ehrliches Interesse daran haben, unseren Patienten zu helfen. Kontakt: Dr. Michael Emken, Kurhausstraße 84, 23795 Bad Segeberg, Tel. 04551 / 90 88 90 / [info@doktoremken.de](mailto:info@doktoremken.de) / [www.doktoremken.de](http://www.doktoremken.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.)

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, Köllen Druck+Verlag GmbH

**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: drawnkeeper

**Icons:** © venimo – Fotolia.com

Als Ärztin Berufspolitik gestalten – damit die  
Belange von Ärztinnen umgesetzt werden

## Online-Seminar für Ärztinnen: Ehrenamt im Hartmannbund konkret

*Obwohl Ärztinnen seit langem einen wesentlichen Anteil an der Patientenversorgung haben, gestalten sie gesundheitspolitische Strukturen und innerärztliche Entscheidungen nur zu einem geringen Teil mit. Dies möchten die Ärztinnen im Hartmannbund ändern.*

### Im Hartmannbund mitzuarbeiten ist für jede Kollegin möglich. Wie das geht?

Im Online-Seminar „Ehrenamt konkret“ berichten eine angehende Fachärztin und eine erfahrene Kollegin, beide seit langem im Verband aktiv, von ihren Erfahrungen und beantworten Fragen rund um das Ehrenamt im Hartmannbund: Was kommt bei einem ehrenamtlichen Engagement im Hartmannbund auch mich zu? Kann ich persönlich und beruflich davon profitieren? Wie sieht die Arbeit konkret aus? Wie groß ist der Zeitaufwand? Wie ist es vereinbar mit meiner Familie, meinem Beruf, meinen Interessen oder Hobbies? Die Referentinnen möchten Mut machen, Türen öffnen und zeigen, dass ein Engagement sich lohnt.

**Wann:** 2. September 2020 von 20 bis 22 Uhr

**Referentinnen:** Prof. Anke Lesinski-Schiedat, Vorsitzende des LV Niedersachsen, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes und Mitglied des Ausschusses „Ärztinnen“  
Dr. Dr. Galina Fischer, Vorsitzende des Arbeitskreises „Stationäre Versorgung“, Mitglied in den Leitungsgremien der Ausschüssen „Assistenzärzte“ und „Ärztinnen“

**Vorab-Anmeldung:** Per E-Mail an  
gabi.meyfeldt@hartmannbund.de



„  
Nicht nur in der Klinik sind  
wir im Team erfolgreicher.“

**Auch im Verband sind wir gemeinsam stark.  
Stark für Ärztinnen und Ärzte.**



Praxiskosten  
managen!

Was jetzt?

apoJETZT

Mit neuen Plänen  
in den neuen Alltag.

Was auch immer Sie beschäftigt,  
unsere Berater bringen Sie weiter.  
Finden Sie mit uns den kürzesten Weg  
aus der Krise: [apobank.de/apojetzt](https://apobank.de/apojetzt)

 deutsche apotheker-  
und ärztebank