

01/2019

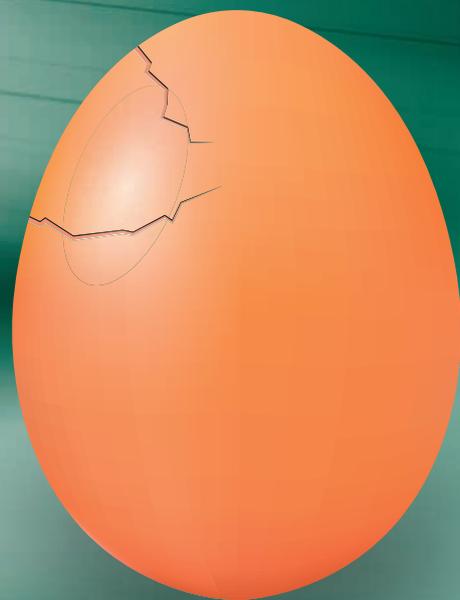


Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin



**Gefährlicher Schwung**  
Über Wert und Zerbrechlichkeit  
der ärztlichen Freiberuflichkeit



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



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



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

Editorial

# Editorial



**Dr. Klaus Reinhardt**

Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

in der Berufspolitik ist es ab und zu ganz so wie im normalen Leben. Da gehen Dinge, die uns wichtig sind, schon einmal unter. Dinge, über deren Wert wir uns eigentlich im Klaren sind. Dinge, um die wir uns trotzdem zum wiederholten Male nicht so kümmern, wie wir es uns eigentlich vorgenommen haben. Natürlich ist dieses „Phänomen“ – zuhause genauso wie in der Berufspolitik – vor allem der immer höheren Taktung der Ereignisse geschuldet – dem Tempo, in dem wir den Geschehnissen um uns herum ausgesetzt sind oder uns ihnen selbst aussetzen. Wir sind gefordert, schnell zu reagieren, mit Unvorhersehbarem umzugehen oder kurzfristig unterschiedlichsten Erwartungen gerecht zu werden. Grundsätzliches bleibt dabei leider oft auf der Strecke.

Mit Blick auf die Vertretung unserer ärztlichen Interessen heißt das häufig: Wir reden über Geld. Und dies zurecht. Weil (auch) Ärztinnen und Ärzte Anspruch auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen haben und die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen damit zudem ihre Praxis finanzieren müssen – womit sie am Ende auch Versorgung sicherstellen. Wir reden über Arbeitsbedingungen. Und das zurecht. Weil wir uns nicht für den Wunsch nach einer angemessenen Work-Life-Balance entschuldigen müssen, für die Forderung nach einer korrekten Erfassung unserer Arbeitszeiten in der Klinik und schon gar nicht dafür, dass wir den Anspruch haben, uns ausreichend Zeit für die Versorgung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten nehmen zu können. Wir reden über Digitalisierung. Zurecht. Weil die Digitalisierung des Gesundheitswesens ganz maßgeblich unsere Arbeitsbedingungen, die medizinischen Möglichkeiten der Zukunft und damit auch das Arzt-Patienten-Verhältnis von Morgen prägen wird. Und weil wir diese Entwicklung mitgestalten wollen. Ich könnte diese Liste endlos fortsetzen, möchte aber stattdessen die Frage stellen:

Reden wir auch genug über Freiheit?

Reden wir genug darüber, dass Arzt-Sein – so wie wir es verstehen – nur in Freiberuflichkeit, in der im wahrsten Sinne des Wortes freien Ausübung ärztlicher Tätigkeit möglich ist? Und vermitteln wir diese Erkenntnis – unverzichtbar mit dem Selbstverständnis ärztlichen Handelns verbunden – in ausreichendem Maße den jungen Ärztinnen und Ärzten, die in unsere Fußstapfen treten? Viele Errungenschaften geraten in Vergessenheit, weil wir ihre Existenz für selbstverständlich halten. Dass sie gefährdet sind, erkennen wir häufig erst, wenn es fast zu spät ist. Das ist gefährlich. Es sollte deshalb Teil einer Art von „innerärztlichem Generationenvertrag“ sein, die Bedeutung dieser Werte, die Bedeutung der Freiberuflichkeit an die Ärztegeneration von Morgen weiterzugeben. Ich bin sicher, dass wir die jungen Ärztinnen und Ärzte davon nicht nur überzeugen, sondern sie auch dafür begeistern können. Das ist aller Mühen wert.

Ihr  
*Klaus Reinhardt*

**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)

# Inhalt

## Freiberuflichkeit – Über Wert und Wesen eines bedrohten Guts

Der Begriff der Freiberuflichkeit steht in Deutschland im Zentrum des ärztlichen Selbstverständnisses. „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ – so heißt es gleich im ersten Paragraphen der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Doch was bedeutet eigentlich diese „Freiberuflichkeit“ für (ausdrücklich) alle Ärztinnen und Ärzte – egal ob stationär oder ambulant tätig, egal ob angestellt oder selbständig? Worin liegt der tiefere Sinn, worin liegen Wert und Wesen des freien Berufes Arzt?

# 6



ab **9**

### Titel Standpunkte

**Prof. Dr. med. Giovanni Maio**

Freiberuflichkeit ist kein Privileg, sondern eine Verpflichtung

**Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**

Der Arztberuf in Freiheit und Verantwortung

**Prof. Dr. Wolfgang Ewer**

Unser Passwort ist das Gemeinwohl



**17**

### Die Schweiz als Vorbild

Mit standardisierter Ersteinschätzung und „116117“ gegen überfüllte Notaufnahmen?!

**11**

### Politik

#### Elektronisches

#### Arzneimittelinformationssystem

Versorgungskontrolle oder sinnvolle Steuerung?



**18**

### Personalmangel betrifft „beide Seiten“

Können Ärzteschaft und Pflege ihre Probleme in der Klinik gemeinsam lösen?

**12**

### Viel Feind, viel Ehr?

Reformgalopp mit Zuckerbrot und Peitsche

**14**

### Reform der Psychotherapeutenausbildung

Im Parlament dürfte weiter „gefeilt“ werden



**20**

### Medizinstudierende Masterplan Medizinstudium 2020

Wird Finanzvorbehalt der Länder zum Nadelöhr?

**HB-Intern 22**

**Service 26**

Kooperationspartner

Ansprechpartner **32**

Impressum **34**

## Professionalität, Gemeinwohlverpflichtung, Selbstkontrolle und Eigenverantwortlichkeit

# Freiberuflichkeit – Über Wert und Wesen eines bedrohten Guts

Der Begriff der Freiberuflichkeit steht in Deutschland im Zentrum des ärztlichen Selbstverständnisses. „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ – so heißt es gleich im ersten Paragraphen der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Doch was bedeutet eigentlich diese „Freiberuflichkeit“ für (ausdrücklich) alle Ärztinnen und Ärzte – egal ob stationär oder ambulant tätig, egal ob angestellt oder selbständig? Worin liegt der tiefere Sinn, worin liegen Wert und Wesen des freien Berufes Arzt?

Der ursprüngliche Sinn des Begriffes der Freiberuflichkeit scheint in der Alltagsdiskussion bisweilen verloren zu gehen. Gerade in den aktuellen Diskussionen um die schleichende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens oder auch angesichts der Kritik an politische Vorgaben an die niedergelassene Ärzteschaft vermengen sich häufig Aspekte der Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit.

Von den knapp 5,3 Millionen freiberuflich Tätigen in Deutschland sind „nur“ etwa 1,4 Millionen als Selbstständige – davon ca. 417.000 in den Freien Heilberufen – verzeichnet. Die wirtschaftliche Selbstständigkeit mag also in den Freien Berufen weit verbreitet sein, der Anteil an allen Selbstständigen liegt bei etwa einem Drittel, aber eine Voraussetzung für Freiberuflichkeit ist sie mitnichten.

Der Begriff „Freier Beruf“ ist, obwohl er nicht selten in Rechtsnormen, Gerichtsurteilen oder etwa in rechtswissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet wird, kein allgemeingültiger Rechtsbegriff. Analysiert man die weitreichende und recht komplexe Verrechtlichung der Freien Berufe, so lassen sich als Quintessenz folgende bestimmende Merkmale identifizieren:

- Es werden hohe Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung gestellt, es ist also eine besondere berufliche Qualifikation gegeben.
- Es werden Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit erbracht – und zwar persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig.



Knapper „2. Platz“: So hätte das Titelbild des aktuellen Magazins auch aussehen können.

### Historie

In der römischen Antike wurden Lehrer, Rechtsanwälte, Baumeister, Architekten, Ingenieure sowie Ärzte den sogenannten „artes liberales“ zugerechnet. Diesem Begriff lag schon damals eine soziale, moralische und rechtliche Bewertung der Arbeit zu Grunde, damit lässt sich der Begriff des Freien Berufes mittelbar auf die „artes liberales“ zurückführen. Noch bis zum 18. Jahrhundert wurden geistige Tätigkeiten unter dem Begriff „artes liberales“ zusammengefasst.

In dieser Tradition und unter dem Einfluss des erblühenden Liberalismus bildete sich im 19. Jahrhundert dann ein eigenes Standesbewusstsein der Freien Berufe heraus. Damit einhergehend wurden erste eigene Standesorganisationen gegründet, welche die Interessen der jeweiligen Berufe zu bündeln suchten. Diese Organisation der Freien Berufe schuf auch die Grundlage der ersten berufspolitischen Initiativen, nämlich der Loslösung der Freien Berufe aus der strikten staatlichen Aufsicht und Kontrolle – viele Freie Berufe, wie bspw. die Rechtsanwaltschaft, die Ärzteschaft und die Apotheker, waren zu Beginn des 19. Jahrhunderts sehr eng in die staatlichen Strukturen eingebunden.

Den genannten Berufsgruppen gelang es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, sich von der staatlichen Aufsicht und Kontrolle zu emanzipieren. Die erste Ärztekammer wurde 1865 in Baden errichtet, 1871 folgte die Ärztekammer Bayern, 1887 schließlich die Ärztekammer Preußen. Auf die berufsständischen Organisationen wurden beispielsweise Fragen der Berufszulassung und der Berufsaufsicht übertragen.

- Es besteht eine Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, beziehungsweise eine strikte Beschränkung der Delegationsmöglichkeiten an geringer Qualifizierte.

Da diese Kriterien den Begriff und das Wesen der Freiberuflichkeit zwar eng umreißen, aber eben nicht zweifelsfrei definieren, findet man in den Untiefen des deutschen Einkommensteuergesetzes dazu noch eine Art „Katalog“. Demnach werden so unterschiedliche Tätigkeiten wie Rechtsanwälte, Wirtschaftsprüfer, Ingenieure, Architekten, Lotsen, Journalisten, Künstler, Schriftsteller, Designer und natürlich Ärzte, Zahnärzte und Apotheker unstrittig zu den Freien Berufen gezählt. Die Freien Berufe sind also keine homogene Gruppe – sie repräsentieren eine enorme Breite und berufliche Vielfalt mit einem sehr vielschichtigen Dienstleistungsspektrum.

### Nur als Freier Beruf funktioniert die „Berufung Arzt“

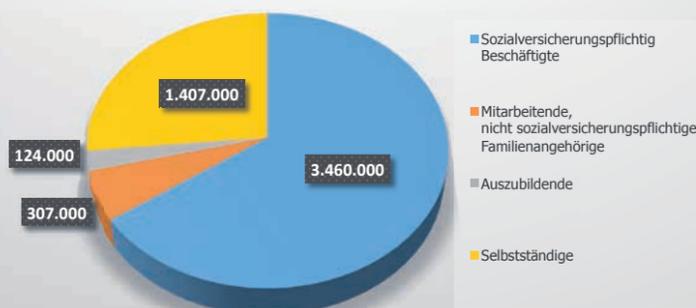
Worin liegt nun aber der Praxisbezug dieser grundsätzlichen Betrachtungen? Es gibt den Freien Beruf Arzt, aber warum hat er sich nicht nur historisch gesellschaftlich herausgebildet, sondern bildet noch heute ein unverzichtbares Fundament in der medizinischen Versorgung?

„Wir brauchen die Freiberuflichkeit als Prinzip ärztlicher Verantwortung – ohne sie wäre alles nichts“, so prägnant formulierte Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, die Substanz dieses Berufs anlässlich seiner Eröffnungsrede zum 118. Ärztetag in der Frankfurter Paulskirche im Mai 2015. Die Freiheit der Berufsausübung stelle die Grundlage des ärztlichen Handelns dar und sei somit viel mehr als wirtschaftliche Unabhängigkeit. Sie sichere die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses, und damit Patientenrechte gegen mögliche externe Einflüsse.

Hiermit dringt man zum Wesenskern der ärztlichen Freiberuflichkeit vor: Eine Ärztin oder ein Arzt muss in der täglichen Arbeit unabhängig und eigenverantwortlich freie Entscheidungen nach fachlich-medizinischen Gesichtspunkten treffen können, die das Wohl des Patienten zum obersten Ziel haben. Ohne die Möglichkeit, die zugleich eine Pflicht darstellt, zur freien und am individuellem Fall orientierten Urteilsbildung – für die dann auch die volle Verantwortung übernommen wird – ist eine „ärztliche“ Tätigkeit streng genommen gar nicht möglich.

Denn nur die absolute Unabhängigkeit und Eigenverantwortung des Arztes schafft überhaupt erst das für eine erfolgreiche Behand-

### Struktur der Freien Berufe in Deutschland 2018: Insgesamt ca. 5.298.000 Freiberufler



Eigene Darstellung, Daten: Institut für Freie Berufe Nürnberg (IFB)



Marionettentheater. Kaum anzunehmen, dass sich Gesundheitspolitik so erfolgreich organisieren lässt!

lung notwendige Grundvertrauen der Patienten in die ärztlichen Entscheidungen zu Diagnose und Therapie. Und dies gilt, man muss es nochmals betonen, für niedergelassene und angestellte Ärzte gleichermaßen.

Die in Deutschland gewachsene, auf Freiberuflichkeit der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker basierende gesundheitliche Versorgungslandschaft erzielt sowohl in internationalen Vergleichen wie auch bei Bevölkerungsumfragen Spitzenplätze. Ein klares Zeichen dafür, wie gut das eigenverantwortliche und unabhängige Handeln der Berufsträger funktioniert. Die Freiberuflichkeit stellt insofern auch ein Privileg für die Patientinnen und Patienten in Deutschland dar.

**Wie ist es um die Zukunft der Freien Berufe bestellt?**

Kann man in einer zunehmend durch Wettbewerb, ökonomische Effizienz und globalisierten Dienstleistungsgesellschaft geprägten Zeit die der Freiberuflichkeit zugrundeliegenden Werte noch ohne gravierende Einschränkungen erhalten? Diese Frage scheint angesichts seiner bestehenden Bedrohungen offensichtlich.

**„Stärken unseres Gesundheitswesens sind die Freiberuflichkeit der Heilberufe, freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und gut qualifizierte Gesundheitsberufe.“**

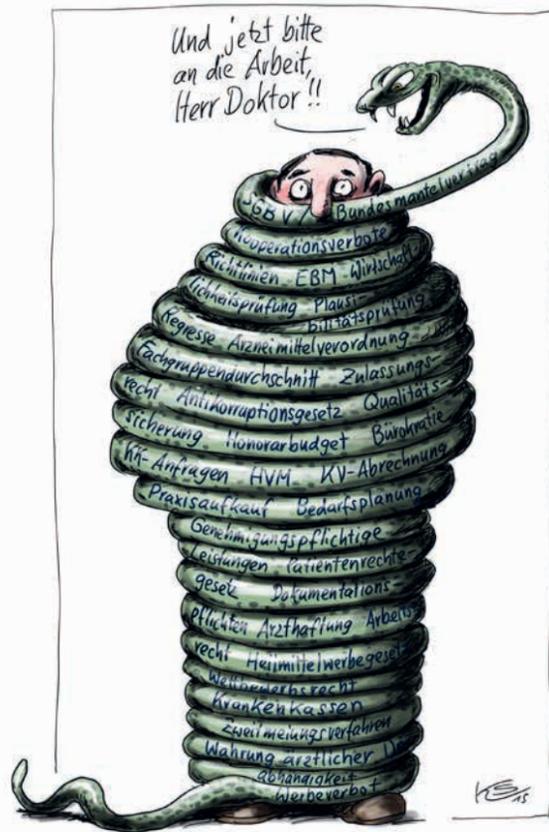
– Passage aus dem aktuellen Koalitionsvertrag der Großen Koalition

So sorgt der stetig zunehmende ökonomische Druck, insbesondere in den Krankenhäusern, für wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die zum Teil strukturelle ökonomische Fehlanreize setzen. Diesen gilt es, die Eigenverantwortlichkeit der Ärzteschaft als Schutzmechanismus entgegenzustellen und, mag es auch kräftezehrend sein, das Vertrauen in ärztliche therapeutische Entscheidungen zu bewahren.

Zudem zielen jüngste politische Eingriffe, wie etwa das umstrittene und viel kritisierte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), offenbar auf Veränderungen hin zu einem stärker staatlich gelenkten Gesundheitssystem ab. Zwar betreffen die geplanten Regelungen im TSVG, so zum Beispiel die vorgesehenen Vorgaben zum Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte, prioritär vorgeblich „nur“ wirtschaftliche Abläufe in den Arztpraxen.

Berücksichtigt man aber daneben weitere Gesetze der jüngeren Vergangenheit, als Stichworte seien das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz oder natürlich auch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz genannt, so droht in der Summe durchaus eine erschwerte individuelle Therapieentscheidung, eine Schwächung der liberalen Verständnis von Freiheit und Verantwortung entsprechenden Selbstverwaltung der Freien Berufe und somit die Erosion der Freiberuflichkeit.

Hinzu kommt, dass auf Ebene der Europäischen Union (EU) seitens der Europäischen Kommission mit ihrer „Generaldirektion



Und jetzt bitte an die Arbeit, Herr Doktor!!

Mit diesem auffälligen Motiv warnte der Hartmannbund schon vor Jahren vor der „Erdrosselung“ der ärztlichen Handlungsfähigkeit.

Wettbewerb“ immer wieder Pläne angeschoben werden, welche auf Veränderungen des nationalen Berufsrechts zielen. Zum Teil laufen diese Vorhaben, die bislang verhindert oder zumindest abgeschwächt werden konnten, auf eine an rein ökonomisch orientierten Standards ausgerichteten Deregulierung der Freien Berufe hinaus.

All die aufgeführten Faktoren scheinen potenziell geeignet, den Freien Beruf Arzt im Kern zu erschüttern. Angesichts dessen, dass der Verlust des Wesenskerns der ärztlichen Freiberuflichkeit einen gesamtgesellschaftlichen Verlust darstellen würde, muss sich die Ärzteschaft diesen Entwicklungen entgegenstemmen. Die nötige Kraft kann sich aus einer Selbstvergewisserung und der Besinnung auf das Wesen der Freiberuflichkeit – auch

und gerade bei Nachwuchsmedizinerinnen – speisen, denn: Nur im Sein des Arztes als Freier Beruf kann sichergestellt werden, dass der Dienst am Patienten auch in Zukunft nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen kann.



Wenn's denn mal so einfach wäre... Aber nach „Schema F“ geht Gesundheit nur einmal nicht. Deshalb ist der Arztberuf ein freier Beruf! Und muss es auch bleiben!

**Professor Dr. med. Giovanni Maio: Freiberuflichkeit ist kein Privileg, sondern eine Verpflichtung**



Prof. Dr. med. Giovanni Maio

(Foto: Universität Freiburg/Silke Wernet)

„Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf“, so hält es die Berufsordnung fest. Mit dem Begriff der Freiberuflichkeit wird nichts anderes zum Ausdruck gebracht, als dass der ärztliche Beruf weder ein reines Gewerbe noch ein staatliches Gebilde ist. Der Staat überträgt der Selbstverwaltung die Kontrolle über ihre Mitglieder, dafür hat die Selbstverwaltung dem Staat zugesichert, dass die Ärzte diese Freiheit nicht ausnutzen, sondern sie in den Dienst der guten Betreuung der Patienten stellen. Es geht beim freien Beruf somit nicht um eine Freiheit als Selbstzweck, sondern um eine funktionale Freiheit, eine Freiheit, um zu helfen. Die Freiheit der freien Berufe ist als eine Verpflichtungsformel zu verstehen, die nichts mit einer Einladung zur Beliebigkeit zu tun hat. Die Freiheit der freien Berufe ist also kein Privileg, sondern eine Verpflichtung. Es gibt sie wiederum nicht umsonst, sondern nur um den Preis der Kontrolle, einer Kontrolle, die in die Hände der Selbstverwaltung gelegt wird.

Mit dem Postulat der Weisungsfreiheit wird die notwendige Unabhängigkeit des freien Berufes von privaten und staatlichen Weisungen betont, was darauf verweist, dass vom Arztberuf eine eigene Sachverständigkeit erwartet wird. Dieser Aspekt verweist auf die Expertenstellung des Arztes und auf die Notwendigkeit, dass er unabhängig sein muss, wenn er wirklich dem Patienten gerecht werden will. Die Weisungsunabhängigkeit des freien Berufs ist deswegen unabdingbar, weil der Arzt nicht weniger braucht als einen Ermessensspielraum, wenn er ein guter Arzt sein will. Die Situationen in der Medizin sind in den meisten Fällen Situationen, in denen es keine letztgültige Gewissheit gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten und Restunsicherheiten. Hier kann man nicht arithmetisch entscheiden, sondern man muss deswegen nach praktischer Urteilskraft entscheiden, aber um diese Urteilskraft auch tatsächlich zur Geltung bringen zu können, muss man weisungsfrei sein und wissen, dass man einen Ermessensspielraum hat.

Ärzte unterliegen mehr als andere Erwerbstätige dem Postulat, sich bei ihrer Berufsausübung nicht primär von Erwerbssichten leiten zu lassen. Das ist die öffentliche Erwartung an die Ärzte, dass sie sich gerade nicht als Geschäftsleute verstehen. Der freie Beruf ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass er kein Gewerbeberuf ist. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass mit dem Arztberuf unweigerlich eine Gemeinwohlverantwortung verbunden ist.

Allerdings ist es wichtig, den Erwerbsdruck der Ärzte als unvermeidbare und selbstverständliche Realität ernst zu nehmen. Die Notwendigkeit, dass Ärzte Einnahmen erzielen müssen, darf nicht einfach zugedeckt werden, weil das ein Überidealismus wäre, der sich an der Realität bricht. Man braucht die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte ja auch gar nicht zu leugnen, aber die Strukturen müssen so sein, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass er trotz des Erwerbsdrucks der Ärzte, immer gut beraten werden wird, dass der Rat des Arztes eben primär dem Patienten gilt und nicht primär der Erwirtschaftung von Einkommen.

Der Patient muss sich in die Hände der Ärzte begeben können, ohne dass er die Güte der Therapie bis ins Letzte kontrollieren und beurteilen kann. Erst das Vertrauen ist es, das den Patienten befähigt, die Kluft der Nichtkontrollierbarkeit zu überbrücken, es befähigt ihn letzten Endes dazu, das Hilfsangebot der Ärzte anzunehmen. Das ist der Grund weswegen auch das Bundesverfassungsgericht den ärztlichen Beruf als einen „staatlich gebundenen Vertrauensberuf“ bezeichnet hat. Es sollte Aufgabe gerade der Politik sein, darauf hinzuwirken, dass den Ärzten ihre Freiheit, im Interesse ihrer Patienten, wieder zurückgegeben wird. Denn ohne das Bewusstsein, dass die Ärzte frei sind in ihren Therapieempfehlungen wird ein solches Vertrauen der Patienten nur schwer möglich sein.

Professor Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil., ist seit 2005 Lehrstuhlinhaber für Medizinethik am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Vor seiner Habilitation für Ethik in der Medizin (Juli 2000) war Professor Maio langjährig internistisch-klinisch tätig, verkörpert also idealtypisch die Verbindung von Wissenschaft und Praxis. Er engagiert sich unter anderem in verschiedenen überregionalen Ethikkommissionen und Ethikbeiräten sowie als Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer.



**Hartmannbund**  
STARK FÜR ÄRZTE.



## Das Portal – Ihr Netzwerk im Hartmannbund

Welche Weiterbildung ist für mich die richtige? Was ist bei der Praxisabgabe zu beachten? Wie komme ich als junge Ärztin in die Ärztekammer und wie finde ich Kolleginnen oder Kollegen für die Erstellung einer HB-Liste? Ich möchte gerne als Landarzt arbeiten, wer kann mir in meiner Region weiterhelfen? Wer hat Famulatur-Erfahrungen in der Südsee? Fragen über Fragen... bei deren Beantwortung wir Ihnen als Ihr Berufsverband gerne helfen wollen. Indem wir für Ihre Anliegen und für Ihre Fragen einen idealen Ansprechpartner aus unserem Netzwerk erfahrener Mitglieder suchen und Ihnen vermitteln. Auf unserer Homepage finden Sie ein Kontaktformular für Ihr Anliegen. Nutzen Sie es gerne!

[www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)



## Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der BÄK: Der Arztberuf in Freiheit und Verantwortung

Die ärztliche Freiberuflichkeit hat in der Vergangenheit schon viele Angriffe überlebt. Ihre robuste Natur ist ein Segen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Gerade deshalb müssen wir als Ärzteschaft wachsam bleiben und sie auch weiterhin konsequent verteidigen. Denn kaum eine Woche vergeht ohne neue Ideen aus Bund und Ländern, wie man die Entscheidungsspielräume von Ärztinnen und Ärzten einengen könnte. Wenn es nach Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geht, sollen in Zukunft sogar Beamte darüber entscheiden, welche Behandlungsmethoden gut für die Patienten sind. Ganz zu schweigen von dem Plan, die Öffnungszeiten von Arztpraxen per Gesetz zu diktiert. Derweil haben Investoren Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren als lukrative Cashcows entdeckt. Die lassen sich umso besser melken, wenn Gewinninteressen schwerer wiegen als das Patientenwohl.

Die Ärzteschaft wird nicht müde, vor solchen Fehlentwicklungen zu warnen und auf den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit zu pochen. Macht sie das zum Kampfbegriff rückwärtsgewandter Besitzstandswahrer? Nein, denn die Freiberuflichkeit ist kein Fetisch, den die Ärzteschaft als Ausweis ihrer Einzigartigkeit vor sich herträgt. Sie beschreibt den Kern unserer Tätigkeit. Ohne sie wäre eine Patientenversorgung auf dem in Deutschland hohen Qualitäts- und Sicherheitsniveau überhaupt nicht denkbar. Die Freiberuflichkeit steht für Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hochqualifizierte Sachkunde und das Bekenntnis zu humanitären Werten. Sie ist

kein Selbstzweck, sondern Garant der professionellen Autonomie, die sich im Rahmen der beruflichen und ethischen Standards allein am Patientenwohl orientiert. Gleichzeitig bedeutet das: Der freiberuflich tätige Arzt übernimmt die volle Verantwortung für sein Handeln.

Freiheit und Verantwortung bilden das Fundament der Beziehung zwischen Patient und Arzt, zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft. Damit unmittelbar verknüpft sind eine hochwertige Fort- und Weiterbildung sowie die Überwachung der Berufspflichten durch die ärztliche Selbstverwaltung. Dieses System hat sich bewährt. Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland zählt zu den besten weltweit. Wenn das so bleiben soll, müssen wir den Arztberuf in Freiheit und Verantwortung schützen und bewahren – für unsere Patienten, für die Gesellschaft und für die nachwachsende Ärztesgeneration.



Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery,  
Präsident der Bundesärztekammer

(Foto: BÄK)

## Professor Dr. Wolfgang Ewer, Präsident des BFB: Unser Passwort ist das Gemeinwohl



RA Prof. Dr. Wolfgang Ewer

„Wir Freiberufler, ob selbstständig oder angestellt, sind ein gesellschaftlicher Pluspunkt – ist unser Passwort doch das Gemeinwohl: Wir wirken nicht nur im Interesse unserer Patienten, Kunden, Klienten oder Mandanten, sondern auch im Interesse der Gesundheit, des Rechtsstaats, der Sicherheit, der Sprache oder der Kunst. Mit unserer „Personal Social Responsibility“ schaffen wir Werte für die Gesellschaft, die sich nicht in Eurocent berechnen lassen.“

Auf unsere Freiberufler-DNA ist die Maxime „Der

Mensch steht im Mittelpunkt“ kodiert. Der persönliche Kontakt zu unseren Patienten, Kunden, Klienten oder Mandanten ist typisch für uns und unser Gesicht ist unser Logo. Bei uns läuft niemand als anonyme Vorgangsnummer durch – anders als bei fremdkapitalfinanzierten Ketten und börsennotierten Konzernen. Der Verbrau-

cher wertschätzt unsere Unabhängigkeit: Frei zu sein von Fremdinteressen bedeutet, frei zu sein in der Bildung des eigenen Urteils und die volle Verantwortung für das eigene Handeln zu tragen.

Wir machen bei der Qualität keine Kompromisse. Darum sind Qualifikations- und Weiterbildungsanforderungen sowie Zulassungshürden bei uns Freiberuflern so hoch. Dafür stehen unsere starken Organisationen, die für Transparenz sorgen und Qualitätsmaßstäbe für unsere freiberufliche Arbeit setzen. Durch die freiberuflichen Kammern und Berufsverbände sind wir Freien Berufe „ur-europäisch“, weil subsidiär strukturiert, und entlasten den Staat. Ob Berufsaufsicht, Weiterbildung oder als Träger des dualen Ausbildungssystems, mit unseren Organisationen übernehmen wir Freien Berufe Aufgaben, die wir als Experten besser lösen und verbürgen können als staatliche Lösungen. Von unseren Berufsregeln profitieren die Verbraucher durch hohe Qualität. Und mehr noch: Sie erhöhen die Marktgängigkeit unserer Leistungen, weil sie das in uns gefasste Vertrauen potenzieren. So ist Regulierung in unseren Märkten auch ein die Nachfrage stimulierender Wachstumsfaktor.“

*Professor Dr. Wolfgang Ewer, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, ist seit 2017 Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe e. V. (BFB). Der BFB vertritt als einziger Spitzenverband der freiberuflichen Kammern und Verbände die Interessen der Freien Berufe, darunter sowohl Selbstständige als auch Angestellte, in Deutschland.*

## Elektronisches Arzneimittelinformationssystem Versorgungskontrolle oder sinnvolle Steuerung?

*Die „Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung“ (EAMIV) soll – so hat die Politik ihr Vorhaben begründet – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mittels ihrer jeweiligen Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln informieren. Die Verordnung soll zugleich regeln, wie die maschinenlesbaren Fassungen der Beschlüsse des G-BA zu veröffentlichen sind, damit diese dann auch zum Einsatz in den Software-Programmen geeignet sind.*

Gegen das elektronische Arzneimittelinformationssystem, das als politisches Vorhaben Bestandteil des bereits im Mai 2017 in Kraft getretenen GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) war, gibt und gab es von Anfang an vielfältige Bedenken und Vorbehalte. Ende Oktober 2018 legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dann einen Verordnungsentwurf vor, der in fünf knappen Paragraphen die aus Sicht des Ministeriums zu stellenden Mindestanforderungen an ein solches Informationssystem definiert.

Zum Hintergrund: Durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2010, mit dem die Grundlage für eine am Zusatznutzen orientierte Preisbildung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen geschaffen wurde, erhoffte sich der Gesetzgeber auch eine Orientierung der Vertragsärzte an den Nutzenbewertungen des G-BA. Allerdings zeigte sich in der Versorgungsrealität, dass das zuerkannte Ausmaß des Zusatznutzens das Verordnungsverhalten der Ärzteschaft nicht immer wie erhofft beeinflusste. So erreichten einige Medikamente mit hohem Zusatznutzen nur eine eher geringe Marktdurchdringung, einige mit geringem oder nicht belegtem Zusatznutzen wurden indes häufig verordnet. Vermutet wurde, dass in den Reihen der Ärzteschaft die Nutzenbewertungsbeschlüsse des G-BA aufgrund der Sperrigkeit im Praxisalltag wenig genutzt werden.

Laut der Verordnung sollen die Praxissoftware-Systeme mindestens folgende Angaben enthalten:

- Wirkstoff(e) und Bezeichnung des Arzneimittels
- Zugelassenes Anwendungsgebiet oder zugelassene Anwendungsgebiete
- Zuordnung des Wirkstoffs oder der Wirkstoffe zur anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation
- Patientengruppe(n), für die eine Aussage zur Bewertung des Zusatznutzens des Arzneimittels getroffen wird
- Zuordnung zum Krankheitsgebiet gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, jeweils getrennt nach Patientengruppen
- Zusatznutzen mit Angabe der für den bestimmten Zusatznutzen maßgeblichen Vergleichstherapie, jeweils getrennt nach Patientengruppen
- Zusammenfassende Darstellung der klinischen Ergebnisse der für den Zusatznutzen relevanten klinischen Endpunkte, jeweils getrennt nach Patientengruppen
- Angaben zu Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung, jeweils getrennt nach Patientengruppen
- Geltungsdauer des Beschlusses, Angaben zu einer Befristung sowie den wesentlichen Gründen der Befristung und etwaiger noch ausstehenden Daten oder laufenden Studien, jeweils getrennt nach Patientengruppen
- Zusammenfassung der tragenden Gründe des Beschlusses des G-BA, jeweils zu den Kategorien Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Nebenwirkungen sowie zusammenfassend für den Gesamtzusatznutzen je Patientengruppe
- Sofern ein Beschluss nicht zustande gekommen ist oder das Verfahren anderweitig erledigt worden ist: Die Gründe hierfür.

- Sofern ein Beschlussverfahren eingeleitet, aber noch nicht abgeschlossen worden ist: Den Hinweis hierauf und den Zeitplan der weiteren Behandlung.
- Angaben zur Art der Zulassung und, wenn es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens gemäß § 35a Absatz 1 Satz 11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch handelt, einen Hinweis hierauf.
- Die Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und, soweit vorhanden, die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie.
- Den Hyperlink zur Internet-Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses, auf der die Informationen zu dem betreffenden Arzneimittel bereitgestellt werden.

Ob mit diesen Punkten die seitens der Ärzteschaft gehegten Befürchtungen, das Arzneimittelinformationssystem könne zugleich ein System zur rigiden Verordnungssteuerung darstellen, zerstreut werden können? Die deutsche Ärzteschaft, von der Bundesärztekammer (BÄK) über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bis zum Hartmannbund, warnte wiederholt davor, aus einem künftigen Arzneimittelinformationssystem ein Instrument zu einer solchen Verordnungssteuerung zu machen. Nun sollen laut BMG-Entwurf durchaus ökonomische Informationen in dem System enthalten sein – es bleibt abzuwarten, wie sich dies auswirken wird.

Der GKV-Spitzenverband äußerte sich wiederholt dahingehend, dass solche Daten den verordnenden Ärzten im Sinne eines „befreienden Signals“ eine sichere Argumentationsbasis für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verschaffen könnten. Dies lässt sich freilich auch genau andersherum interpretieren: Aufgrund von Hinweisen zur Wirtschaftlichkeit könnte es zu einer verstärkten „Verordnungskontrolle“ mit einer Verschärfung der Regressbedrohung kommen. Hier muss die gelebte Praxis erweisen, inwieweit beispielsweise der Druck steigt, die Jahrestherapiekosten der im System hinterlegten jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie zu beachten.

Nähere Einzelheiten zu den Mindestanforderungen an die Inhalte der kommenden Arzneimittelinformationssysteme in den Softwareprogrammen der Praxen sollen, so der Verordnungsentwurf, durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden. Diesen blieben so „angemessene Gestaltungsspielräume bei der Ausfüllung der Rahmenvorgaben belassen“ – man wird sehen müssen, inwieweit sich dann die Ansichten der Kassen und der Ärzteschaft in Einklang bringen lassen. Viel Zeit für die Verhandlungen und die technische Umsetzung bleibt nicht: Die elektronischen Programme müssen laut Bundesgesundheitsministerium spätestens ein Jahr nach Verkündung der Verordnung den definierten (Mindest-)Anforderungen entsprechen ...

## Viel Feind, viel Ehr? Reformgalopp mit Zuckerbrot und Peitsche

*Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) legt – überwiegend mit Einverständnis des Koalitionspartners – mit sehr hoher Schlagzahl Gesetzentwürfe zu zahlreichen Versorgungs- bzw. Regelungsbereichen vor. Offenbar sollen alle wichtigen Vorhaben bis zu Halbzeit der Regierungskoalition abgeschlossen sein. Die SPD will dann über die Fortführung der Koalition erneut beraten, mittlerweile hat auch die CDU-Spitze angekündigt, ebenfalls eigene Vorstellungen als Maßgabe für die weitere Zusammenarbeit mit der SPD einbringen zu wollen. Während das GKV-Versichertenentlastungsgesetz mit der Einführung der paritätischen Finanzierung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung und auch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) allgemein positiv aufgenommen wurden und für das Ministerium sicherlich „dankbare“ Aufgaben darstellten, verlaufen die weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht ganz so reibungslos.*

Eine zunächst von Spahn vorgelegte Neuregelung einer sogenannten gestuften und gesteuerten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen hatte bei Ärzte-, Therapeuten- und Patientenverbänden wie auch seitens der SPD und der Opposition, für heftige Kritik gesorgt und auch der Bundesrat sprach sich gegen das geplante Modell aus. Unter anderem konnte eine gegen diese Pläne gerichtete Petition über 200.000 Unterstützer verzeichnen. Obligatorische Konsultationsgespräche mit einem Arzt oder Psychotherapeuten als Zugangsvoraussetzung für eine Therapie sei ein unzumutbarer Hürdenlauf, so die grundsätzliche Kritik. Zwar hatte Spahn Mitte Januar seine Pläne zunächst noch verteidigt, am Ende war der Widerstand dann aber offensichtlich doch zu groß. Als „Ersatz“ soll nun der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), so sieht es eine Regelung im geplanten Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vor, den Auftrag erhalten, in der Psychotherapie-Richtlinie eine berufsgruppenübergreifende koordinierte Zusammenarbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit anderen Leistungserbringern zu regeln.

Unruhe unter den Akteuren der gesundheitspolitischen „Szene“ in Berlin herrscht aufgrund des jüngsten und nicht erstmaligen Vorstoßes des Bundesgesundheitsministeriums, künftig per ministerieller Verordnung Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung „hieven“ zu wollen, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, nicht innerhalb von zwei Jahren eine Entscheidung über eine neue Methode getroffen haben. Dies stößt bei weiten Teilen der Selbstverwaltung auf deutliche Ablehnung. Und hier flammt die schon länger geführte Diskussion um die Entscheidungsbe-fugnisse der gemeinsamen

Selbstverwaltung als Nadelöhr zur Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog wieder auf.

Zwar verschließe man sich sachgerechten Überlegungen zur Beschleunigung der Bewertungsverfahren ausdrücklich nicht, so betonte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken. Allerdings sei der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gewählte Ansatz denkbar ungeeignet. Die Idee des Bundesgesundheitsministeriums, im Rahmen des Gesetzes zur Errichtung eines Deutschen Implantatregisters (Implantatregister-Errichtungsgesetz – EDIR) die Möglichkeit, Zeitraum, Qualität und Vergütung für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Krankenhäusern und Arztpraxen per ministerieller Rechtsverordnung festzulegen, erfülle ihn mit tiefer Sorge, denn die Verfahrenslänge hinge oftmals von nicht vom G-BA zu beeinflussenden Faktoren ab.

Eine solche Umgehung der entsprechenden G-BA-Verfahren würde eine „Einfallstor“ für eine Gesundheitspolitik nach Belieben und politischer Opportunität darstellen, urteilte Professor Hecken. Für den CDU-Politiker und ehemaligen saarländischen Justiz- und Gesundheitsminister ein vollständiger Systembruch – eine Einschätzung, die vornehmlich seitens der ambulanten Ärzteschaft und den Krankenkassen geteilt wird. „Es wäre ein schlechtes Signal,

wenn Leistungen mit nicht eindeutig nachgewiesenen Nutzen per Rechtsverordnung eingeführt würden. Dadurch wäre die Sicherheit der Patientenversorgung nicht mehr in jedem Fall gewährleistet“, betonte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Krankenhäuser wie aus Positionierungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) deutlich wird, sind allerdings anderer Ansicht. Die manchmal überaus langwierigen Verfahren im G-BA, wie auch Entscheidungen, die oftmals nur von einer Stimme abhängen, rechtfertigten eine solche Regelung, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum unlängst.

Mehrheitliche Ablehnung aus den Reihen der gemeinsamen Selbstverwaltung erfährt die gesetzgeberische Absicht des Bundesgesundheitsministeriums, im Zuge des derzeit im parlamentarischen Verfahren stehenden Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) 51 Prozent der Gesellschafteranteile bei der Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zu übernehmen. Sollte dieser Plan Realität werden, und das ist durchaus wahrscheinlich, könnte das Ministerium künftig Mehrheitsentscheidungen ohne und gegen die anderen Anteilseigner – also GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche

Assoziation der Zahnärzte (DZA), Apothekerverband (DAV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) – treffen.

Zwar stehe im Koalitionsvertrag noch das klare Bekenntnis der Regierung zu Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, jetzt aber solle die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen mit einem staatsdirigistischen Eingriff ausgehebelt werden, kritisierte BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery diesen Vorstoß scharf. Medizinische Notwendig-

keit, Wissenschaftlichkeit sowie die Einbeziehung des Sachverständigen der Beteiligten und Betroffenen in der Selbstverwaltung müssten grundlegende Prinzipien der Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems bleiben. Die gematik de facto zu einer staatlichen Oberbehörde zu machen, lehne man strikt ab.

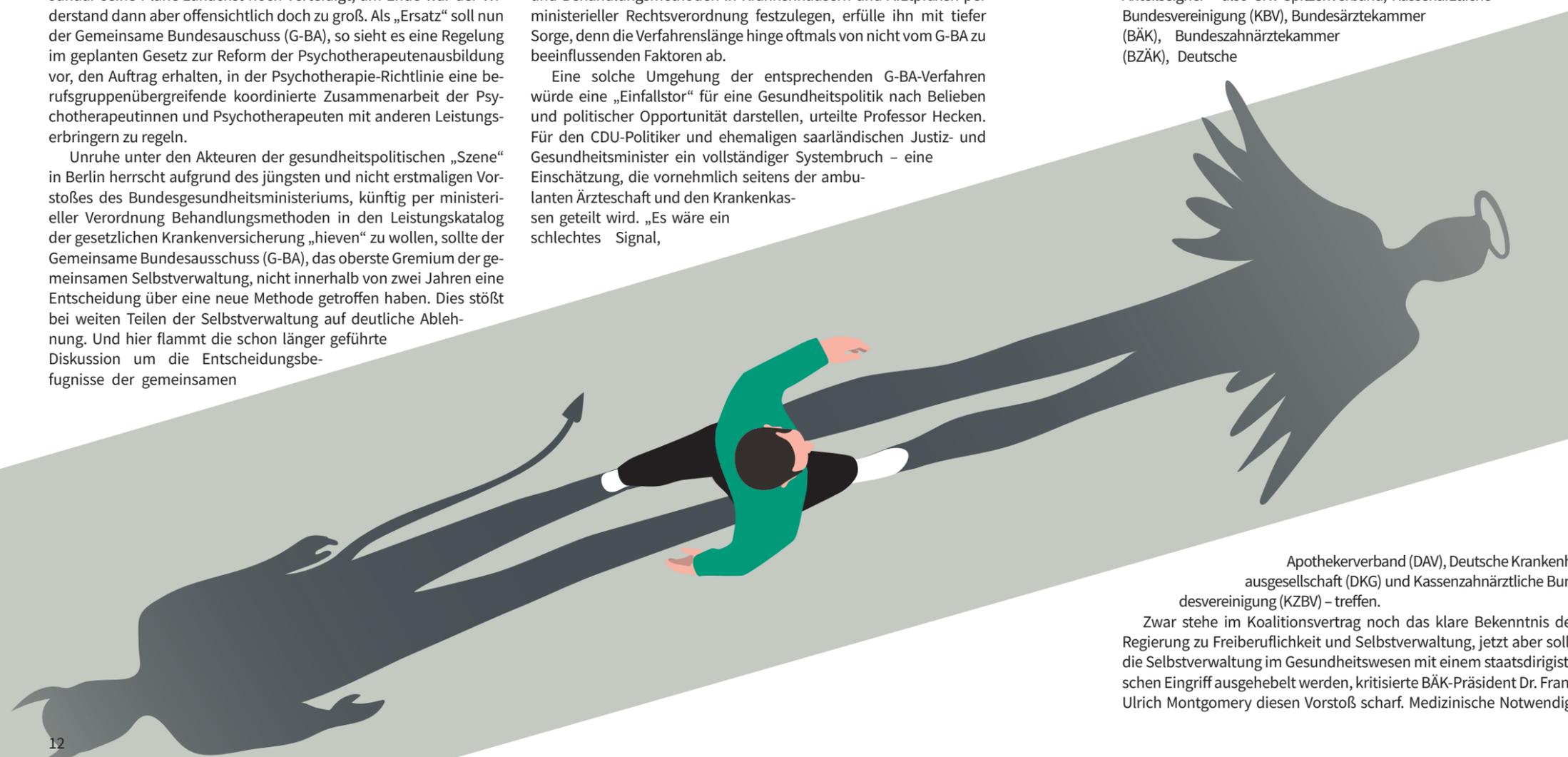
Im Zusammenhang mit den in diesem Gesetz ebenfalls vorgesehenen Eingriffen in die Praxisorganisation niedergelassener Ärzte, ohnehin keine Ursachen- sondern Symptombekämpfung bestehender Probleme (die Stichwörter wären hier mehr Medizinstudienplätze oder auch Entbudgetierung ärztlicher Leistungen), ist die Häufung dirigistischer Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums Anlass zu ernsthafter Sorge (siehe auch Titelgeschichte zur Freiberuflichkeit).

Der Bundesgesundheitsminister scheut keinen Widerstand, sowohl bei Medizinern als auch Krankenkassen. Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes und als Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit unter Ministerin Ulla Schmidt von 2003 bis 2009 selbst auf politischer Seite tätig, kritisierte im Zusammenhang mit den BMG-Plänen zur Methodenbewertung grundsätzlich „die Art, permanent und mit minimalen Möglichkeiten zur Stellungnahme wesentliche praktische Änderungen in der letzten Minute einzubringen“.

Das TSVG ist nach zwei Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages und zahlreichen weiteren Änderungsvorstellungen des Gesetzentwurfs, die 50-Marke wurde mit den entsprechenden Änderungsanträgen im Februar gesprengt, thematisch bis an die Grenzen beladen. So spannt sich der Bogen von Aspekten der ärztlichen Versorgung, Terminservicestellen und elektronischer Patientenakte über Regelungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Bestimmungen zur Vorbeugung von HIV-Infektionen bis hin zu Hebammen.

Die jüngsten Änderungsvorstellungen sehen unter anderem Boni für Versicherte in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vor. Sofern hier Effizienzgewinne von Krankenkassen erzielt werden, sollen die Versicherten künftig daran teilhaben. Auch die Vergütungsanreize, die den niedergelassenen Ärzten, die nach wie vor heftiger Kritik ausgesetzten geplanten Regelungen zu Sprechstundenzeiten und Terminvergabe schmackhaft machen sollen, sollen nochmals angepasst werden. Für Neupatienten sollen nicht die im ursprünglichen Gesetzentwurf vorgesehenen Zuschläge von mindestens 25 Prozent auf die jeweiligen Versicherten- und Grundpauschalen gezahlt werden, sondern die Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär im ersten Behandlungsquartal erfolgen. Diese Umstellung von Zuschlägen auf die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen soll auch für die im Gesetz vorgesehenen zusätzlichen fünf offenen Sprechstunden gelten. Zusätzlich soll es für Behandlungen nach Vermittlung durch die Terminservicestellen neben der extrabudgetären Vergütung aller Leistungen auch von der Wartezeit auf die Behandlung abhängige, gestaffelte Zuschläge geben. Es soll also etwas mehr Zucker zur Peitsche geben – zur seitens der Ärzteschaft immer wieder geforderten Entbudgetierung sämtlicher Grundleistungen, also die mit dem Erstkontakt verbundenen Pauschalen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, reicht es jedoch nicht.

Dieses seitens der Ärzteschaft nach wie vor hochumstrittene Gesetz dürfte aller Voraussicht nach Ende März vom Bundestag beschlossen werden, im April den Bundesrat passieren und am 1. Mai 2019 in Kraft treten.



# Die Psyche im Fokus: Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen Reform der Psychotherapeutenausbildung – im Parlament dürfte weiter „gefeilt“ werden

*Die Diskussion um den – Anfang des Jahres – vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten und Ende Februar vom Kabinett beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung war heftig und kontrovers. Dabei sind sich im Grundsatz alle Akteure, also Ärzteschaft, Psychotherapeuten und Politik, einig, dass es im Bereich der psychotherapeutischen Ausbildung umfassender Anpassungen bedarf. Schließlich stammt das gültige Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1998, die darin geregelte Ausbildung kann also den Ansprüchen an eine qualifizierte, patientenorientierte, bedarfsgerechte sowie flächendeckende psychotherapeutische Versorgung auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nur noch schwerlich in vollem Umfang gerecht werden.*

In Deutschland sind laut aktuellen Schätzungen jährlich 17,8 Millionen Personen von psychischen Erkrankungen betroffen – weniger als 20 Prozent nehmen Kontakt zu entsprechenden Leistungsanbietern auf.

Etwa 15 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage werden durch eine psychische Erkrankung verursacht. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen liegt bei deutlich über 30 Tagen. Psychische Erkrankungen sind mit 43 Prozent der häufigste Grund für Frühverrentungen.

Pro Quartal werden etwa 1,8 Millionen gesetzlich versicherte Patienten bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde behandelt.

In einem Quartal nehmen etwa 1,1 Millionen gesetzlich versicherte Patienten psychotherapeutische Leistungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten in Anspruch.

An der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Erwachsener mit psychischen Erkrankungen nahmen 2017 knapp 26.000 Psychotherapeuten – davon etwa 6.000 ärztliche Psychotherapeuten und 20.000 psychologische Psychotherapeuten – und etwa 5.900 spezialisierte Fachärzte teil.

Am „Drive“ der wochenlangen Diskussionen war auch das Bundesgesundheitsministerium nicht ganz unschuldig, denn insbesondere eine geplante Regelung zur Arzneimitteltherapie sorgte für viel Unruhe. Während derzeit nur Absolventen mit medizinischem Studium Psychopharmaka verordnen dürfen, sollten – so die Idee – in Zukunft auch nicht-ärztliche Psychotherapeuten einen Modellstudiengang Psychopharmaka absolvieren können, um nach erfolgreichem Abschluss Arzneimittel und hier insbesondere Psychopharmaka verordnen zu dürfen. Dieser Plan wurde allerdings sowohl seitens der Ärzteschaft als auch der Psychotherapeuten einhellig abgelehnt und im Gesetzentwurf, nicht zuletzt aufgrund des Widerstands aus beiden „Lagern“, gestrichen.

Um die weiteren, teils deutlich widerstrebenden, Argumente und Positionen in der laufenden Diskussion um die Novellierung der Psychotherapeutenausbildung nachvollziehen zu können, muss man sich die hochkomplexe und ausdifferenzierte Versorgungslandschaft für den Bereich der psychischen Erkrankungen vergegenwärtigen. Mit Psychiatern, Psychosomatikern, Psychotherapeuten und Psychologen sind hier mehrere Berufsgruppen mit durchaus unterschiedlichen Schwerpunkten und Aufgabenfeldern involviert. Psychiater und Psychosomatiker als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. als Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchlaufen eine klassische Facharztausbildung. Psychiater sind auch mit der körperlichen Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Patienten befasst. Sie stellen zum Beispiel körperliche Ursachen einer psychischen Erkrankung fest und verordnen Medikamente. In diesem Berufsbild existiert auch noch der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Es ist ausschließlich Ärzten vorbehalten, Psychopharmaka zu verordnen. Ein Qualifikationsweg zum „ärztlichen“ Psychotherapeuten, abgesehen vom Beruf des Psychiaters, besteht für approbierte Ärzte in einer entsprechenden zusätzlichen Psychotherapieweiterbildung.

Hingegen basiert die Qualifikation von Psychologen auf einem mit einem Diplom- oder Mastertitel abgeschlossenen Hochschulstudium der Psychologie. Die sich unmittelbar ergebenden Arbeitsfelder sind von der wissenschaftlichen Grundlagenforschung über komplexe Versorgungslandschaft, die Entwicklung und Evaluation von Diagnostik- und Interventionsverfahren bis hin zu Tätigkeiten in der freien Wirtschaft breit gefächert – psychotherapeutisch tätig werden dürfen sie aber nicht. Dazu konnten Psychologen bislang eine Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, um dann Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes ausüben zu dürfen. Dieser Ausbildungsweg zur Berechtigung psychotherapeutisch als Nicht-Arzt tätig werden zu dürfen, wird voraussichtlich ab September 2020 Geschichte sein. Zum Wintersemester 2020 soll erstmals die neue Ausbildung angeboten werden, die als Berufsbezeichnung nur noch „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ führt.

Zwar betrifft der Gesetzentwurf des Ministeriums im Kern „nur“ die Ausbildung nicht-ärztlicher Psychotherapeuten, die möglichen Auswirkungen hingegen die gesamte Versorgung. Und dazu gehen die Bewertungen mehr oder weniger weit auseinander. So warnt die Bundesärztekammer (BÄK) nachdrücklich davor, mit einer Ausbildungsreform getrennte Versorgungsbereiche zu schaffen. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dürfe nicht aus dem medizinischen Versorgungsbereich ausgegliedert werden – (nichtärztliche) Psychotherapeuten könnten das Versorgungsangebot zwar sinnvoll ergänzen, die ganzheitli-



## Hauptaspekte der geplanten Reform der Psychotherapeutenausbildung

*Kernstück des Gesetzentwurfes ist ein fünfjähriges Hochschulstudium der Psychotherapie, das aus einem dreijährigen Bachelorstudium und einem darauf aufbauenden zweijährigen Masterstudiengang bestehen soll. Künftig sieht der Abschluss der Ausbildung folgendermaßen aus: Die Approbation mittels einer staatlichen Prüfung wird künftig nach dem Psychotherapiestudium erworben. Für den Erwerb des Fachkundenachweises, der für die Eintragung in das Arztregister und die Zulassung zur psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Voraussetzung ist, soll eine anschließende Weiterbildung erforderlich sein. Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass sich die Weiterbildungsregelungen der Landeskammern dabei auf eine Musterweiterbildungsordnung stützen, die die Bundespsychotherapeutenkammer entwickelt. Ein solches Konzept entspreche dem Vorbild der ärztlichen Weiterbildung. In der Weiterbildung sollen Schwerpunkte in der Behandlung von Erwachsenen beziehungsweise Kindern und Jugendlichen gesetzt und eine vertiefte Qualifizierung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erlangt werden können, die beispielsweise zum Fachpsychotherapeuten zur Behandlung von Erwachsenen oder zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen führen. Anders als derzeit die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) werden die Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiWs) bereits während der Weiterbildung Anspruch auf ein geregeltes Gehalt haben, wie etwa Assistenzärzte, da die Zulassung zur Berufsausübung mit der Approbation vorliegt. Dies gilt auch für den ambulanten Bereich – die Krankenkassen sollen hier die Vergütung übernehmen. Zudem enthält der Gesetzentwurf einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in der Psychotherapie-Richtlinie eine berufsgruppenübergreifende koordinierte Zusammenarbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit anderen Leistungserbringern zu regeln.*

che ärztliche Diagnose und Therapie aber weder mit ihrer jetzigen noch der geplanten Ausbildung ersetzen. Ein Hauptkritikpunkt seitens der Ärzteverbände, die ursprünglich geplante Streichung der obligatorischen somatischen Abklärung von ärztlicher Seite im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist allerdings ausgeräumt – eine solche Abklärung sieht der Gesetzentwurf wieder vor.

Seitens der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und auch der Psychotherapeutenverbände signalisiert man Gesprächsbereitschaft. Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), betont gegenüber dem Hartmannbund Magazin eindringlich die Notwendigkeit einer gemeinsamen Versorgung psychisch Erkrankter – an der bewährten Zusammenarbeit werde sich auch nach der Ausbildungsreform nichts ändern.

In der Kommunikation mit den politischen Akteuren, das parlamentarische Verfahren soll im Deutschen Bundestag bis Mitte

des Jahres abgeschlossen sein, können Ärzteschaft und Psychotherapeuten, einen sachlichen Dialog vorausgesetzt, durchaus gemeinsam an Optimierungen feilen. Dass es sich lohnt, vorhandene Schnittmengen gegenüber der Politik klar zu artikulieren, zeigt sich an der ursprünglich geplanten nun aber gestrichenen Arzneimittel-Verordnungskompetenz oder der erwähnten nun wieder verpflichtenden somatischen Abklärung durch einen Arzt vor einer Psychotherapie.

Das Gesamtkonzept, etwa die noch parallel zum Gesetzgebungsverfahren zu formulierende Approbations-Ordnung, ist

noch nicht vollständig, daran wird aber mit Hochdruck gearbeitet. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zeigt sich aber zuversichtlich, die durch den Bundesrat zustimmungspflichtige Reform im beschriebenen zeitlichen Rahmen abzuschließen, denn auch die Länder würden unisono seit Jahren eine Novellierung der Psychotherapeutenausbildung fordern, wie Spahn in Berlin anlässlich der Vorstellung des Gesetzentwurfs erläuterte. Die Thematik der Reform der Psychotherapeutenausbildung dürfte in ihrer Aktualität auch im Rahmen des 122. Deutschen Ärztetages 2019 (28. bis 31. Mai in Münster) eine Rolle spielen.

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK:

## Versorgung psychisch Kranker ist gemeinsame Aufgabe von Psychotherapeuten und Ärzten



Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Die Versorgung psychisch kranker Menschen ist eine Gemeinschaftsaufgabe von Psychotherapeuten und Ärzten. Alle Patienten, die in unsere Praxen kommen und eine Behandlung brauchen, erhalten eine somatische Abklärung über einen Konsiliarbericht durch ihren Hausarzt oder einen Facharzt. Auch wenn wir die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele gelernt haben, ziehen wir im Interesse unserer Patienten und in Erfüllung unserer Sorgfaltspflichten die Expertise der ärztlichen Kollegen hinzu. Von uns aus und aufgrund der gesetzlichen Vorschrift im SGB V (§ 28 Absatz 3 SGB V). Daran wird die Reform unserer Ausbildung nichts ändern.

Wir stehen aber nicht nur vor Beginn, sondern auch während einer Behandlung im engen Austausch mit den ärztlichen Kollegen, denn nicht wenige Patienten brauchen flankierend zur Psychotherapie auch eine Pharmakotherapie oder leiden an chronischen körperlichen Erkrankungen, die in der Behandlung zu berücksichtigen sind.

Psychisch kranke Menschen müssen sich direkt an einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin wenden können. Angesichts der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist es wichtig, dass es ihnen erspart bleibt, ihre Sorgen und Nöte mehreren Personen zu erläutern, ehe sie in psychotherapeutische Behandlung kommen. Wir sind sehr froh, dass solch eine Prüfung durch Dritte, ob eine Psychotherapie notwendig ist, wie sie im Terminservice- und Versorgungsgesetz geplant war, inzwischen kein Thema mehr ist. Der Direktzugang zum Psychotherapeuten ist für uns nicht verhandelbar.

Gleichzeitig wissen wir, dass gerade ältere Patienten nur über die Empfehlung ihres Hausarztes oder eines Facharztes den Weg

in unsere Praxen finden. Wir wissen, dass vor Ort diese Kooperation zwischen den ärztlichen und psychotherapeutischen Kollegen hervorragend funktioniert. Sie könnte noch besser werden, wenn es nicht derart unzumutbar lange Wartezeiten auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung gäbe.

Wir wissen durch eine Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von rund 240.000 Patientinnen und Patienten, dass jeder dritte Patient zwei bis drei Quartale warten muss, ehe er eine indizierte Richtlinienpsychotherapie beginnen kann. Das ist deutlich zu lange. Wir hoffen hier, gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen, bei der Reform der Bedarfsplanung auf nachhaltige Verbesserungen. Dass Verbesserungen möglich sind, zeigte sich mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Dank dieser Reform warten Patienten auf einen ersten Sprechstundentermin im Durchschnitt fünf bis sechs Wochen und nicht mehr fast 13 Wochen. Das senkt die Schwelle beim Zugang zur Psychotherapie erheblich und macht es den ärztlichen Kollegen leichter, bei Bedarf ihre Patienten an einen Psychotherapeuten zu überweisen. Auch die neue psychotherapeutische Akutbehandlung bedeutet mehr Flexibilität.

Wir sind auf einem guten Weg in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Die 25.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung stellen sich gemeinsam mit ihren ärztlichen Kollegen der schwierigen, aber häufig auch sehr befriedigenden Aufgabe, psychisch kranke Menschen zu versorgen. Wir arbeiten gemeinsam daran, die Versorgung noch besser zu machen.

Diesem Ziel dient auch die Reform unserer Ausbildung. Wir orientieren uns dabei an der Struktur der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Psychotherapeuten sollen künftig breiter und besser qualifiziert sein und während ihrer Qualifizierung, so wie Ärzte auch, sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden können. Es geht für uns um die Zukunft unserer Profession und keinesfalls darum, die gute Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten infrage zu stellen. Meine Überzeugung ist, jeder von uns hat eine spezifische Qualifikation, jeder Arzt und jeder Psychotherapeut weiß um seine Pflichten als Mitglied eines verkammerten Heilberufs und sieht sich in der Verantwortung, da wo die eigene Kompetenz nicht mehr reicht, die Kooperation mit den Kollegen zu suchen.

Die Schweiz als Vorbild

## Mit standardisierter Ersteinschätzung und „116117“ gegen überfüllte Notaufnahmen?!

*Das Patientenaufkommen in den Notaufnahmen in den Kliniken steigt stetig – jedes Jahr um fast zehn Prozent und jeder Patient möchte natürlich am besten sofort behandelt werden. Aufgrund des eher schwach ausgeprägten Wissens über ambulante Notfallstrukturen, Unsicherheit über die Schwere der eigenen Erkrankung oder auch der als zu lang empfundenen Wartezeiten auf einen Arzttermin stellen sich viele Patientinnen bzw. Patienten auf eigene Initiative in den Notaufnahmen vor. Intelligente Leitsysteme sollten Abhilfe schaffen – von 116117 bis hin zu Instrumenten einer „standardisierten Ersteinschätzung“.*

Bei weitem nicht jeder „Notfall“-Patient gehört bei objektiver Betrachtung in eine Klinik. Die steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser griff in jüngster Zeit auch die Politik auf: Kurz vor dem Jahreswechsel 2018/19 kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine umfassende Reform der Notfallversorgung an. Diese Reform soll im Jahr 2021 abgeschlossen sein und den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notfallambulanz in den Krankenhäusern stärker verknüpfen. So sollen beispielsweise Patienten von gemeinsamen Notfallstellen in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden – und so ggf. gar nicht erst im Krankenhaus auflaufen.

Diese Leitstellen sollen dann nicht nur über die Nummer des Notrufs 112 sondern auch über 116117, der Telefonnummer des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), erreichbar sein. Nach einer qualifizierten Ersteinschätzung sollen Patienten gegebenenfalls vom Rettungsdienst in sogenannten Integrierten Notfallzentren an den Kliniken oder in Vertragsarztpraxen versorgt werden.

Um die zu bewerkstellenden Patientenströme sinnvoll zu lenken, verfügen viele Notaufnahmen zum Teil bereits seit Jahren über fest etablierte und wissenschaftlich evaluierte Methoden der Triage – die hier verwendeten Verfahren, wie etwa die MTS Triage, fokussieren sich jedoch auf die Dringlichkeitseinschätzung von zeitkritischen und schwerstkranken Patienten.

Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung läuft bereits die Implementierung einer Software zur Ersteinschätzung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Nummer 116117. Die Software namens „SmED“ (Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland) soll darüber hinaus auch in Bereitschaftspraxen Anwendung finden. Grundsätzlich werden dem Patienten anhand der Software von (nichtärztlichem) Fachpersonal methodisch Fragen gestellt und dementsprechend seine Beschwerden eingeschätzt und auf dieser Basis die Dringlichkeit bewertet. Dabei geht es zunächst natürlich um den Ausschluss unmittelbarer Lebensbedrohung. In einem zweiten Schritt erfolgt dann die Identifizierung der Leitbeschwerde sowie die eigentliche strukturierte Patientenbefragung – etwa zu Dauer und Stärke der Beschwerden und konkreten Symptomen.

Dieses standardisierte Verfahren soll eine sichere Empfehlung ermöglichen, wer tatsächlich akut die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen muss. Die weniger schwerwiegenden Fälle sollen dann direkt in den richtigen Versorgungspfad vermittelt werden – so könnten Krankenhäuser und Bereitschaftspraxen von „unechten Notfällen“ entlastet werden. Das SmED-Verfahren wird also als „Leitsystem“ dabei helfen, die knapper werdende Ressource Arztzeit sinnvoll einzusetzen.

Das strukturierte Ersteinschätzungsverfahren wird ab dem ersten Quartal 2019 im Alltagseinsatz auf dem Gebiet von elf KVen an

### MTS Triage: Manchester Triage Scale

Zur Strukturierung in Notaufnahmen deutscher Kliniken wird bislang am häufigsten das Manchester-Triage-System (Manchester Triage Scale bzw. MTS Triage) erfolgreich zur Ersteinschätzung eingesetzt. Die MTS Triage wurde in den 90er Jahren in Großbritannien entwickelt und wird mittlerweile in vielen weiteren, vor allem europäischen Ländern eingesetzt. Während ohne ein solches Instrument die Ersteinschätzung vom persönlichen Empfinden der Triage-Fachkraft abhängt und demzufolge in ihren Merkmalen, Zeitfenstern und Eingruppierungsstufen variieren kann, könne geschulte Pflegekräfte mit dem MTS-System systematisch und standardisiert anhand der vom Patienten geschilderten Symptome und Beschwerden dessen Erkrankungs- bzw. Verletzungsschwere ermitteln. Diese werden einer fünfstufigen Farbkodierung zugeordnet. Diese entsprechen fünf Dringlichkeitsstufen bzw. Behandlungsprioritäten. Jeder der fünf MTS Gruppen sind jeweils maximale Wartezeiten zugeordnet, also die Zeitspanne, nach der ein Patient spätestens einen Arztkontakt haben soll.

rund 30 Modellstandorten evaluiert und soll kontinuierlich verbessert werden. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fördert ein entsprechendes Evaluationsprojekt unter Leitung des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut).

Als gedankliche, fachliche und strukturelle Grundlage diente das Schweizer Projekt „Red-Flags“ – mit diesem softwaregestützten System werden im Nachbarland seit einigen Jahren mit positiven Erfahrungen Patienten einer Ersteinschätzung unterzogen. Die Validierung des Systems in der Schweiz hat eine Übereinstimmung der Entscheidungen des software-geleiteten nichtärztlichen Personals mit ärztlichen Entscheidungen von über 90 Prozent gezeigt und auch bei nicht übereinstimmenden Entscheidungen sind bislang keine Hinweise auf eine lebensbedrohliche, gesundheitsschädigende oder ethisch/moralisch nicht vertretbare Ersteinschätzung aufgetreten.

Für das deutsche Versorgungssystem wurde die Software zudem vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Kooperation mit dem aQua-Institut und der ursprünglichen Schweizer Entwicklungsfirma „in4medicine“ angepasst. Zur Anpassung und Weiterentwicklung hat das Zi darüber hinaus einen medizinischen Beirat eingerichtet, in welchem neben niedergelassenen Haus- und Fachärzten auch die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) vertreten ist. Dass der Einsatz eines solchen Systems trotz des nötigen Aufwandes durchaus Ressourcen freisetzen kann, zeigen die Erfahrungen aus der Schweiz: Hier konnte bei etwa 50 Prozent der Anrufenden eine Selbstbehandlung empfohlen werden.

## Personalmangel betrifft „beide Seiten“ Können Ärzteschaft und Pflege ihre Probleme in der Klinik gemeinsam lösen?

*Spürbarer Personalmangel, zunehmende Arbeitsverdichtung, Überstundenaufbau, implizite Rationierung der Kontaktzeiten mit den Patienten – diese nicht mehr zu leugnenden Realitäten der deutschen Krankenhauslandschaft treffen sowohl das pflegerische wie auch das ärztliche Personal. Eigentlich sollten also Pflege und Ärzteschaft natürliche Verbündete im Ringen um eine möglichst hohe Versorgungsqualität und gute Arbeitsbedingungen sein. Aber wie realistisch ist diese Annahme – einmal ganz abgesehen von zurzeit noch einseitigen Aktivitäten der Politik in Sachen Personalschlüssel und Finanzierung? Berücksichtigt man den hektischen Klinikalltag, der zudem oft noch von starren und wenig durchlässigen Hierarchien geprägt ist, verwundert es kaum, dass das idealtypische Bild eines guten Miteinandersein ein ambitioniertes Ziel ist.*

Wenn in Umfragen, wie beispielweise im seit 2017 jährlich erstellten CARE Klima-Index, nur eine Minderheit der Pflegenden und Ärzte die Zusammenarbeit positiv sieht, dann wird der Optimierungsbedarf mehr als deutlich. Dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nur von 44 Prozent der Ärzte und sogar nur von 22 Prozent der Pflegenden positiv gesehen wird, kann jedenfalls nicht zufriedenstellen. Andreas Westerfellhaus, seit März 2018 Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, hat bereits mehrfach eine „Neujustierung in der Zusammenarbeit“ von Ärzten, Pflegepersonal und anderen Gesundheitsberufen eingefordert. Zu guten Rahmenbedingungen gehöre, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen „wirklich interdisziplinär und auf Augenhöhe zusammenarbeiten“.

Wie hier mögliche Verbesserungen durch eine offene Haltung der Führungsetage erzielt werden können, zeigt sich am Beispiel der Uniklinik Regensburg (UKR). Anna Mahnke, Pflegedienstleiterin in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I am UKR, erläuterte – gemeinsam mit UKR-Pflegedirektor Alfred Stockinger,

Intensivstationsleiter Dr. med. Stephan Schmid und Professor Dr. med. Martina Müller-Schilling (Direktorin der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I) – dem Hartmannbund dieses Konzept näher (siehe Bericht auf der Nebenseite).

Um eine solch vorbildliche „Unternehmenskultur“ nachhaltig und flächendeckend zu etablieren, muss zunächst perspektivisch die Frage der personellen Ausstattung – und zwar in der pflegerischen und ärztlichen Versorgung gleichermaßen – in Angriff genommen werden. In diesem Zusammenhang sei auf eine Umfrage des Hartmannbundes unter Assistenzärzten verwiesen. Erschreckende zwei Drittel hatten dort die ärztliche Personaldecke als „nicht ausreichend“ eingeschätzt. Beide Berufsgruppen beklagen zurecht immer wieder nachdrücklich die aus zu knappen Personalstrukturen resultierende hohe Belastung und mangelnde Zeit für die Patienten.

Nun hat aber der Gesetzgeber ausgerechnet beim Kernproblem Personalausstattung künstliche Trennlinien zwischen den Professionen eingezogen: Das Anfang 2019 in Kraft getretene

*Viele Herausforderungen lassen sich  
am Ende nur im Team lösen.*

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) bringt unter anderem eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Pauschalen, die Einführung eines krankenhausesindividuellen, bedarfsorientierten Pflegebudgets und eine vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen in der Pflege.

Natürlich stellen diese Maßnahmen wichtige und richtige Schritte dar, um den Kostendruck zu reduzieren. Allerdings betrifft dieser Druck alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Zudem wurde er auch maßgeblich durch Entscheidungen der Politik verursacht – es sei nur an das massive Zurückfahren der Investitionskostenfinanzierung erinnert. Wenn man die Versorgung in den

Krankenhäusern als Zusammenspiel verschiedenster Berufsgruppen sieht, stellt sich hier die Frage, was denn z. B. ärztliche und pflegerische Personalkosten unterscheidet?

Konsequent wäre es, wie auch seitens des Hartmannbundes gefordert, die gesamten Personalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung dienenden Bereichen eines Krankenhauses aus dem DRG-System herauszulösen. Andernfalls droht perspektivisch die ungute Entwicklung, dass die Last der mangelhaften Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und der daraus resultierende Kostendruck allein auf die Schultern der nicht pflegerischen Berufsgruppen verlagert wird.



Das Regensburger Modell stellt sich vor:

### Gemeinsam arbeiten, forschen, lehren und managen

*Die Versorgung von schwerstkranken Patienten, der steigende wirtschaftliche Druck sowie die immer knapper werdenden pflegerischen und ärztlichen Ressourcen, stellen das Gesundheitswesen und insbesondere die Führungskräfte vor immer neue Herausforderungen.*

*Wir haben in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsklinikum Regensburg ein interprofessionelles Konzept, das die Säulen der universitären Medizin, Forschung, Lehre, Klinik mit Management und Personalentwicklung kombiniert. Wir arbeiten, forschen, lehren und managen gemeinsam. Im Folgenden werden wir unser „Regensburger Modell“ anhand konkreter Beispiele aus unserem klinischen Alltag vorstellen.*

**Arbeiten:** Interprofessionelle Tafelbesprechungen und gemeinsame Visiten gehören zum täglichen standardisierten Tagesablauf. Wir haben den ärztlichen und pflegerischen Kliniktag synchronisiert, um hier größtmögliche Synergien zu erreichen.

*In Zusammenarbeit mit anderen Instituten und Kliniken finden interprofessionelle, interdisziplinäre Visiten, z.B. mit Vertretern der Klinikapotheke statt. Beispiele sind hier die gemeinsamen Arzneimittelvisiten, in denen in Ergänzung zum Antibiotic Stewardship besonders der rationale Medikamenteneinsatz und die möglichen Interaktionen thematisiert werden. Ziel ist es, eine exzellente bedarfs- und ressourcenorientierte Versorgung zu gewährleisten, bei welcher der Patient im Mittelpunkt steht.*

*Unsere täglich stattfindende klinikinterne Fortbildung haben wir interprofessionell organisiert. Hier werden neben Fachinhalten, Managementinhalte und gemeinsame SOPS thematisiert.*

**Forschen:** Der Einsatz von Bachelorabsolventen in der Pflege hat die interprofessionelle Forschung intensiviert. Der Einsatz von akademisierten Pflegekräften in der direkten Patientenversorgung führt nachweislich zu weniger Komplikationen und niedrigeren Mortalitätsraten. Berufliche Kompetenzen werden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse geschaffen. Beispiele für praxisnahe und interprofessionelle Forschungsprojekte sind auf unserer Intensivstation aktuelle Projekte wie das Management des Delirs, die Untersuchung von Infektionen bei zentralen Gefäßkathetern sowie die Etablierung und Validierung gemeinsamer Skills Lab Trainings.

**Lehren:** Das gesamte Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramm der Klinik wird im interprofessionellen Team geplant und durchgeführt. Beispielhaft ist hier die Fortbildungsreihe



*Ärzte und Pflegefachkräfte des UKR  
(ganz links Prof. Martina Müller-Schilling, 2. v. re. Anna Mahnke)*

*„Intensive Gastroenterologie“, die jedes Jahr unter Einbeziehung ärztlicher und pflegerischer Themen stattfindet und ein interaktives Konzept mit Vorträgen und hands on Training – interprofessionell und interdisziplinär – beinhaltet.*

**Managen:** Interprofessionalität ist „Chefsache“ und muss von der Führungsebene aus gelebt werden. In Ergänzung sieht unser „Regensburger Modell“ vor, jeden Mitarbeiter\*in sowohl fachlich als auch in Managementfähigkeiten, in Budgetfragen und in der Führung des eigenen Bereiches zu unterstützen und auszubilden. Jede/r Mitarbeiter\*in ist eine Führungskraft – das ist unser gemeinsames Credo. Um alle Mitarbeiter\*innen entsprechend zu qualifizieren, finden zweimal im Jahr Strategieklausuren statt, um die Klinikstrategie und Ziele gemeinsam festzulegen und zu kommunizieren. Weiterhin finden in Ergänzung für die Bereiche Lehre und Forschung vierteljährlich interprofessionelle Strategieklausuren statt. Auch in die Budgetgespräche der Klinikdirektorin werden die leitenden Mitarbeiter sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite eingebunden.

*Unsere Erkenntnis aus der bisherigen Projektlaufzeit können wir gemeinsam so formulieren: High End Medizin funktioniert nur gemeinsam und interprofessionelle Zusammenarbeit rettet Leben, stärkt die Mitarbeiter und inspiriert in gemeinsamer Lehre und Forschung.*

*Die transparente Kommunikation auf Augenhöhe fördert das Gemeinschaftsgefühl, die Mitarbeitermotivation steigt. Ein positives Betriebsklima ist eine wichtige Personalbindungs- und Rekrutierungsmaßnahme.*

*Auch der Vorstand des UKR ist vom interprofessionellen Regensburger Konzept überzeugt, da die gelebte Interprofessionalität die wirtschaftliche Situation äußerst positiv beeinflusst und direkt erlöswirksam ist.*

## Masterplan Medizinstudium 2020

## Wird Finanzvorbehalt der Länder zum Nadelöhr?

*Nun liegen sie also vor: Konkrete Vorschläge der Kultusminister für die Neuregelung der Vergabe von Studienplätzen im Zentralen Vergabeverfahren. Im Dezember beschloss die Kultusministerkonferenz (KMK) den Entwurf eines neuen Staatsvertrags, mit dem das Zulassungsverfahren für das Medizinstudium – und zugleich für die Studiengänge Zahnmedizin, Tiermedizin und Pharmazie – reformiert werden soll. Der Staatsvertrag soll nach seinem Inkrafttreten frühestens auf das Vergabeverfahren zum Sommersemester 2020 Anwendung finden – vor der Durchführung der Zustimmungsverfahren in den Ländern befassen sich noch die Finanzministerkonferenz sowie die Ministerpräsidentenkonferenz mit dem Regelungspaket.*

Notwendig wurde die Neuregelung aufgrund eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts: Das Gericht hatte die bundes- und landesgesetzlichen Vorschriften über das Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen an staatlichen Hochschulen, soweit sie die Zulassung zum Studium der Humanmedizin betreffen, für teilweise mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt.

Nach den Plänen der Kultusminister wird es in dem künftigen Auswahlverfahren vier Quoten geben, über welche der Zugang zum Medizinstudium erlangt werden kann. Eine Vorabquote, für die bis zu zwei Zehntel der zur Verfügung stehenden Studienplätze vorbehalten werden sollen, greift dann unter anderem für Härtefälle, Bewerberinnen und Bewerber für ein Zweitstudium sowie in der beruflichen Bildung Qualifizierte ohne sonstige Studienberechtigung. Zudem können die Länder innerhalb dieses Rahmens ggf. auch eine Landarztquote berücksichtigen.

Nach der Abarbeitung der Vorabquoten sollen neu geordnete Hauptquoten gelten – die Wartezeitquote wird wegfallen. Dabei sollen 30 Prozent durch die Stiftung für Hochschulzulassung nach dem Ergebnis der Hochschulzugangsberechtigung (sog. Abiturbestenquote) vergeben werden, 10 Prozent durch die Hochschulen nach dem Ergebnis der neuen sogenannten zusätzlichen Eignungsquote und (wie bisher) 60 Prozent im Rahmen des Auswahlverfahrens der Hochschulen (AdH).

Seitens der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) werden die geplanten Regelungen kritisch gesehen: Die Kultusministerkonferenz habe die Chance für ein

Die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Kultusministerkonferenz – KMK) ist ein freiwilliger Zusammenschluss der für kulturelle Angelegenheiten sowie Bildung und Forschung zuständigen Minister bzw. Senatoren der Bundesländer. Da dem Bund laut Grundgesetz fast keine Gesetzgebungs- oder Verwaltungszuständigkeiten im Bereich des Bildungs- und Kulturwesens obliegen, greift in diesem Bereich die Zuständigkeit der Länder. Als Koordinationsgremium hat die KMK jedoch keine unmittelbare Rechtssetzungsbefugnis, die beschlossenen Entscheidungen sind daher nicht unmittelbar bindend. Zur Umsetzung müssen von den einzelnen Ländern landesspezifische Rechtsvorschriften erlassen werden.

zielführendes, faires und übersichtliches Auswahlverfahren in der Medizin vertan. Insbesondere sehen die Nachwuchsmediziner die vorgesehene Erhöhung der Abiturbestenquote auf 30 Prozent als negative Entwicklung an – es sei wissenschaftlich erwiesen, dass die Abiturnote als alleinstehendes Kriterium aufgrund ihrer geringen Trennschärfe im sehr guten Bereich (1,0-1,3) nur bedingt für die Auswahl passender Bewerberinnen und Bewerber geeignet sei. Die Hochschulen seien aufgerufen, die ihnen in der AdH-Quote gegebene Chance zu nutzen, ergänzend zur Abiturnote faire und weitere Kompetenzen erfassende Auswahlmodelle zu nutzen und diese ergänzend zur Abiturnote zu implementieren. Den Wegfall der Wartezeitquote erkennt der bvmd hingegen als richtigen Schritt an. Auch der Medizinische Fakultätentag (MFT) äußerte sich eher verhalten: Das neue Zulassungsverfahren erscheine auf den ersten Blick gerechter, werde aber deutlich komplexer und falle weit hinter die von MFT und bvmd-Studierendenvertretern gemachten Vorschläge zurück.

#### Neues zum Masterplan Medizinstudium 2020

Die Uhr tickt und das Jahr, nach welchem der Masterplan zur Neugestaltung des Medizinstudiums benannt wurde, rückt näher. Im Verlauf des zurückliegenden Jahres hat eine auf Bitten des Bundesgesundheitsministeriums und in Abstimmung mit dem Bundesforschungsministerium eingerichtete Expertenkommission des Wissenschaftsrates Empfehlungen zur Umsetzung von zentralen Maßnahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 erarbeitet und diese im Dezember 2018 vorgelegt. Diese enthalten unter anderem Einschätzungen zu den finanziellen Auswirkungen der geplanten Reform – der wohl größte Knackpunkt.

Die Umsetzung des Masterplans werde angesichts seiner umfangreichen strukturellen und inhaltlichen Reformziele sowie der Erfahrungen aus den Modellstudiengängen zu einem signifikanten Mehraufwand und damit zu zusätzlichen finanziellen Belastungen für Fakultäten und Universitätsklinika führen, so die Kommission. Dies betrifft sowohl temporäre Konzeptions- und Koordinationsleistungen im Transformationsprozess der Umsetzung, als auch Mehrkosten durch den dauerhaft erhöhten Lehraufwand. Letzteres werde, so die Schätzung der Experten, Kostenzuwächse beim wissenschaftlichen Personal in Höhe von rund 7 Prozent bis 11,9 Prozent bewirken – generell empfiehlt die Kommission ein standortübergreifendes Kosten-Monitoring der Fakultäten in Verbindung mit einer abschließenden Evaluation nach acht Jahren.

Die Kommission rät zudem, zeitnah einen mehrheitlich aus unabhängigen Expertinnen und Experten bestehenden „Beirat Medizinstudium 2020“ einzusetzen. Dieser Beirat soll der Politik während der Umsetzungsphase als unabhängiges Beratungsgremium für Fragen der operativen Ausgestaltung der Reform zur Verfügung stehen, so zum Beispiel für die fachliche Begleitung der Implementierung des Masterplans sowie für die Konzeption und Koordination von Begleitevaluationen der Reform des Medizinstudiums.

#### Finanzvorbehalt als Nadelöhr?

Nun könnte die Reform des Medizinstudiums also endlich starten – lange genug hat es ja gedauert. Zur Erinnerung: Nach knapp drei Jahren Verhandlungen, Diskussionsrunden und Finanzierungstreit hatten sich die Bundes- und Landesminister für Gesundheit,

Kultur und Wissenschaft 2017 auf einen gemeinsamen 37-Punkte-Reform-Plan geeinigt. Allerdings stellten die Kultusminister der Länder ihre Zustimmung zum Masterplan 2020 unter einen „Finanzierungsvorbehalt“ – die vollständige Umsetzung des Masterplanes 2020 wird also nur dann möglich sein, wenn, wie auch die Expertenkommission anmerkt, zusätzliche Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden. Zudem wurde die nachdrückliche Forderung vieler ärztlicher Organisationen nach mehr Studienplätzen im Masterplan nicht aufgegriffen. Bleibt also zu hoffen, dass aus der Reform kein „Reförmchen“ wird. Die großen Ambitionen, mit denen der Masterplan antritt, dürfen nicht am finanziellen Hickhack scheitern...



## Wolfram: Wir brauchen jetzt klare Signale für eine zügige Umsetzung

*Wir haben in der Vergangenheit intensiv am Reformprozess mitgewirkt und finden in den von der Expertenkommission vorgeschlagenen Maßnahmen durchaus Forderungen des Hartmannbundes wieder. Wir begrüßen, dass die Notwendigkeit erkannt wurde, einen stärkeren Praxisbezug sowie eine fundiertere wissenschaftliche Ausbildung im Medizinstudium zu verankern. Auch die Anpassung der universitären Lehre an die Anforderungen einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung durch praxisbezogene und interaktive Lehre, neue Lehr- und Prüfungsformate und einen stärkeren Fokus auf die ambulante Medizin trifft auf unsere Zustimmung. All dies ist im Kern geeignet, Studierende auf die Anforderungen der heutigen medizinischen Versorgung vorzubereiten.*

*Aber: Wo 2020 draufsteht, sollte auch 2020 drin sein. Die nun vorgeschlagene Gründung eines „Beirats Medizinstudium 2020“ ist zwar grundsätzlich der Komplexität der Reform angemessen, lässt allerdings auch für die weitere zeitliche Umsetzung des MM2020 nichts Gutes erahnen. Wir können es uns – bei allem Verständnis für die erforderliche Gründlichkeit – nicht erlauben, dass der Reformprozess im Schneckentempo fortgeführt wird und einer weiteren Generation von Studierenden sinnvolle Maßnahmen vorenthalten werden. Wir erwarten deshalb von den verantwortlichen Akteuren klare Signale für eine zügige Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen.*



Christian Wolfram, Vorsitzender des Ausschusses Medizinstudierende im Hartmannbund

# SAVE THE DATE

## Hartmannbund Symposium „Ärztliches Arbeiten im Smart Hospital“

**Wann? Am 29. Juni 2019**

**Wo? Im Hotel Aquino Berlin**

**Tagungszentrum Katholische Akademie  
Hannoversche Straße 5b | 10115 Berlin-Mitte**

Weitere Infos in Kürze auf unserer Internetseite  
[www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de) oder  
 über unseren Hartmannbund-Newsletter

Messe Medizin 2019

## Reanimationstraining, Gewinnspiel und Workshop

Unter dem Motto „meet the experts“ lud der Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbundes auch in diesem Jahr an seinen Stand in die Hallen der Messe Medizin ein. Messebesucher konnten am HB-Stand mit Mandatsträgern und Universtitäten netzwerken sowie an Aktionen wie dem Reanimationstraining, einem Gewinnspiel oder dem Torwandschießen teilnehmen. Im Rahmen des Workshops „Die zukünftige Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels“ präsentierten die Referenten den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten mögliche Lösungsansätze, um u.a. den sich abzeichnenden Herausforderungen – insbesondere mit Blick auf die Versorgung in den ländlichen Gebieten – gerecht zu werden.



HB-Symposium am 29. Juni in Berlin

## Ärztliches Arbeiten im Smart-Hospital

Im Jahr 2017 hat der Ausschuss Assistenzärzte des Hartmannbundes ein Symposium zum Thema „Ärztliches Arbeiten 4.0“ veranstaltet. Aufgrund des beachtlichen Erfolgs soll dieses Jahr erneut ein Symposium stattfinden. „Drei Fragen und drei Antworten“ mit Fabian Weykamp, Mitglied im Leitungsgremium des Ausschusses Assistenzärzte im Hartmannbund.

**Sie haben das Symposium „Ärztliches Arbeiten 4.0“ im Jahr 2017 moderiert, wie kam es eigentlich zu dieser Idee?**

Wir hatten zwei Jahre zuvor den „Ausschuss Assistenzärzte“ gegründet. Uns ist in dieser Anfangszeit etwas Wichtiges aufgefallen: Unsere Generation wird gern etwas süffisant als „Generation Y“ bezeichnet, die angeblich lieber Freizeit hat, anstatt zu arbeiten. Doch unsere Hartmannbund-Umfrage von 2016 hat ein ganz anderes Bild gezeigt. Nicht dokumentierte Überstunden, Arbeitsbelastung bis hin zu gravierenden gesundheitlichen Folgen. Und das nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Kolleginnen und Kollegen selbst. Wir konnten

zeigen, dass wir als junge Ärztinnen und Ärzte ruhig mehr Selbstvertrauen an den Tag legen dürfen, bei dem, was wir tagtäglich leisten. Aber vor allem wollten wir einen Schritt weiter gehen: Bevor wir uns direkt an die Lösung des Problems wagen wollten, ging es uns darum, die Hintergründe zu beleuchten.

**Und daher haben Sie dann auf dem entsprechenden Symposium auch die Arbeitgeber-Seite aus den Kliniken eingeladen?**

Genau. Letztlich stellte sich heraus, dass auch „die da oben“ in den Kliniken unter demselben Druck stehen, dem man auch als Stationsarzt ausgesetzt ist. Es war schön zu sehen, dass quasi beide Lager, also teilnehmende Assistenzärzte und Klinikleiter aufeinander zugegangen sind. Der Hartmannbund ist für solch ein Unterfangen meiner Meinung nach sehr gut geeignet, da er übergreifend für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland da sein will. Und vor allem: Wir wollten, dass junge Ärztinnen und Ärzte ein Bewusstsein dafür entwickeln, was sie konkret einfordern könnten. „Job-Sharing“ sollte

für den Klinikarzt von heute kein unbekanntes Fremdwort mehr sein.

**Und daran soll nun das Symposium Ende Juni in Berlin anschließen?**

So ist es. Die Idee dazu bestand bereits seit der Umfrage von 2016. Hier konnten wir u.a. zeigen, dass die digitale Ausstattung in deutschen Kliniken alles andere als ausreichend ist. Dies ist auch der Grund, weshalb wir uns 2018 mahndend mit der Schreibmaschine „Erika“ vor den Deutschen Ärztetag in Erfurt gestellt haben, um für eine bessere Ausstattung im digitalen Zeitalter zu kämpfen. Unsere Umfrage von 2018 hat diese Notwendigkeit nochmals unterstrichen. Aber auch bei diesem Symposium wollen wir tiefer gehen: Gemeinsam entdecken, was technisch möglich wäre. Und vor allem ergründen, weshalb es noch immer nicht flüssig „läuft“ in Deutschland mit der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern. Nach dem Motto: „Ärztliches Arbeiten im Smart-Hospital – Update für dein Krankenhaus“.

*Mehr zum Symposium demnächst auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)*



Dr. med. Fabian Weykamp



## Hartmannbund-LV Brandenburg

## Am Jahrestag des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz gibt's ein erstes Resümee

Der Brandenburger Gesundheitsgipfel 2019 hat sich unter der Moderation des Vorsitzenden, Dr. Hanjo Pohle, wie in 2018, mit der Gesundheitskompetenz beschäftigt und viele Vertreter aus der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Landesgesundheitsministerium, der Krankenkassen und verschiedener Patientenvertretungen sind gekommen.

Genau vor einem Jahr wurde der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz unter der Schirmherrschaft des damaligen Gesundheitsministers Herman Gröhe veröffentlicht. Gemeinsam mit den Teilnehmern wurde nun ein erstes Resümee gezogen. Wo stehen wir ein Jahr danach? Die Sprecherin des Projekts Nationaler Aktionsplan, Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer, skizzierte zum Einstieg in die Diskussion die Ausgangslage und die nächsten Entwicklungsschritte. Bei der Vielfalt der Ansatzpunkte sei nur auf einige interessante Aspekte verwiesen: Bei der genaueren Betrachtung einer sich wandelnden Patientenrolle, zeigt sich ein heterogenes Bild, welches in der Öffentlichkeit noch zu wenig Beachtung findet. Es gäbe auch viele Patienten, wie Frau Prof. Schaeffer informierte, die gerade nicht selbst entscheiden wollten und dies müsse sich in einem "Recht der Nichtpartizipation" und einem Anspruch

auf Unterstützung durch einen Experten auch künftig in der Versorgung wiederfinden. Dieser Experte sei für viele Patienten (vor allem für jene mit einer eingeschränkten Kompetenz) der Hausarzt, das Internet stünde nur an fünfter Stelle. Ein wichtiger Hebel also, da eine niedrige Gesundheitskompetenz mit häufigen Arztkontakten kor-

nähmen den Ärztinnen und Ärzten die Zeit für die eigentlichen Fragen der Patienten und sorgten bei jenen eher für Unsicherheit und unnötigen Ängste. Auch die ökonomischen Zwänge ließen nicht den Raum für eine zeitgemäße und vertrauensbildende Kommunikation zwischen Arzt und Patient, so dass eine Verbesserung der Kommuni-



Teilnehmer in der Diskussion sind von links nach rechts: Ulrich Schwille (HB), Rainer Hanisch (HB), Christin Streiter Allg. Behindertenverband Brandenburg und außen Ines Weigelt-Boock MASF. Im Hintergrund links Fred Gebhart ApoBank und Peter Noack Vors. KV Brandenburg.

reliert. Besonders in der Kritik standen die Aufklärungsbögen im Vorfeld ärztlicher Eingriffe. Diese dienen im Wesentlichen der Absicherung möglicher Rechtsfragen. Sie

kation nur in der gemeinsamen Diskussion auch mit diesen Faktoren weiterentwickelt werden könne. Der Landesverband wird die Reihe auch 2020 fortsetzen.

## Gelungene Premiere

## Erster Hartmannbund-Ärztinentag in Berlin



Die Referentinnen Dr. Gerlinde Kempendorff-Hoene und Univ.-Prof. em. Dr. sc. oec. Uta Meier-Gräwe (li. bzw. re. außen) sowie Dr. Antonia Stahl (4.v.l.) mit Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes und Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen (2. v.l.) und den Sprecherinnen des Ausschusses Ärztinnen im Hartmannbund, Dr. Sabine Wedekind (3. v.l.) und Dr. Dr. Galina Fischer (5. v.l.)

(Eher zufällig) kurz vor dem Internationalen Frauentag hatte der Ausschuss Ärztinnen des Hartmannbundes unter dem Motto „Erfolg ist kein Zufall“ zum ersten Hartmannbund-Ärztinentag geladen und dazu interessante Referentinnen gewinnen können:

Univ.-Prof. em. Dr. sc. oec. Uta Meier-Gräwe, Soziologin, sprach über eine – trotz aller Bekenntnisse – noch immer vorhandene Benachteiligung von Frauen in Beruf und Alltag sowie die daraus folgende Gehalts- und Rentenlücke – auch als Pay- bzw. Pension Gap bezeichnet. Dr. Gerlinde Kempendorff-Hoene, Motivations- und Kommunikationstrainerin, thematisierte Unterschiede von weiblicher und männlicher Kommunikation. Ihre so eindruckliche wie erfrischende Dar-

stellung und Übungen zum Mitmachen zeigten so manche Absurdität auf, lieferten aber gleichzeitig so manchen Lösungsansatz. Sie empfahl, selbstbewusster aufzutreten und männliche Kommunikationswege besser verstehen zu lernen, und dann dieses Wissen zu nutzen. Dr. Antonia Stahl, frisch niedergelassene Allgemeinmedizinerin und Hartmannbund-Mitglied, berichtete über ihre persönlichen Erfahrungen bei ihrer Niederlassung. Sie ermutigte ausdrücklich alle Kolleginnen, die sich niederlassen möchten, aber noch zögern. Ihr Fazit: Frauen können das auch!

Alle Teilnehmerinnen waren sich einig: Dies war eine gelungene Premiere und sicherlich nicht die letzte Veranstaltung des Verbandes in diesem Format.

## Hartmannbund-Stipendium der Friedrich-Thieding-Stiftung Jahresstipendium für Medizinstudierende

Vor genau zwei Jahren, hat die Friedrich-Thieding-Stiftung erstmalig ein Stipendium für Medizinstudierende ausgeschrieben. Aus rund 30 Bewerbungen und nach intensiver Auswertung konnten im Herbst 2017 den ersten beiden Medizinstudierenden in feierlichem Rahmen die Stipendienverträge übergeben werden.

Ein Jahr lang erhielten die beiden Stipendiaten Linda Gräßel und Andre Sitnow einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 250 Euro.

Neben ihren herausragenden Studienleistungen engagierten sich beide in ganz unterschiedlichen Bereichen berufs- und sozialpolitisch.

Über die ehrenamtliche Betätigung der Beiden und ihre Beweggründe, sich neben dem umfangreichen Studium noch gesellschaftlich zu engagieren, erfahren Sie mehr unter [www.hartmannbund.de/stipendium](http://www.hartmannbund.de/stipendium) unter: „Unsere Stipendiaten“

### - NEUE AUSSCHREIBUNG - Hartmannbund-Stipendium 2020

Die Friedrich-Thieding-Stiftung\* des Hartmannbundes schreibt als Motivation und Förderung für Studierende der Medizin ein jährliches Stipendium für sehr gute Studienleistungen und für berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums 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, Studienausweis)
- Nachweis sozial- oder berufspolitischen 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 läuft schon und endet am **30. Juni 2019**.

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.

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

## ... wie solidarisch ist die GKV – und die PKV?

### Das sagt AXA, ein privater Krankenversicherer:

Die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) funktionieren grundsätzlich unterschiedlich: Während die GKV auf dem Umlageverfahren basiert, nutzt die PKV die Vorteile eines Kapitaldeckungsverfahrens.

Die in der PKV Versicherten bauen durch individuelle Beiträge Alterungsrückstellungen auf und sorgen damit aktiv für steigende Krankheitskosten im Alter vor. In der GKV hingegen erfolgt ein Ausgleich über die Generationen. So sind die Krankheitskosten von Rentnern in der GKV durchschnittlich nur zur Hälfte durch deren eigene Beiträge gedeckt. Aufgrund des zunehmenden demographischen Wandels in Deutschland werden Kosten von älteren Versicherten in der GKV künftig also durch immer weniger Beitragszahler aufgefangen werden müssen. In der PKV stehen mit den Alterungsrückstellungen der einzelnen Versicherten individuelle „Finanzpolster“ zur Verfügung.

Da sich die Höhe der Beiträge in der GKV an der jeweiligen individuellen Einkommenssituation des Versicherten ori-

entiert, sind zusätzlich weitere Zuschüsse aus Steuermitteln erforderlich, um die Gesamtkosten zu decken. Dieser sogenannte Bundeszuschuss in Höhe von jährlich rund 14,5 Mio. Euro wird von allen Steuerzahlern in Abhängigkeit von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit getragen, so dass sich über diesen Umweg auch Privatversicherte an den sozialpolitischen Leistungen der GKV wie der kostenfreien Familienversicherung beteiligen.

Da in der PKV keine langwierigen Zulassungsprozesse neuer Behandlungsmethoden im Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich sind, forciert die PKV medizinische Innovationen und medizinischen Fortschritt, der letztlich allen Versicherten zu Gute kommt, egal ob GKV- oder PKV-versichert.

Basierend auf diesem dualen System von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung verfügen wir in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern über ein extrem stabiles Gesundheitssystem mit einer sehr guten und flächendeckenden medizinischen Versorgung – für alle Versicherten.

## Für Mitglieder 10 Prozent Rabatt bei Dorint Erholung muss sein

Ob ein Golf-Wochenende, ein Städtetrip mit viel Kultur oder ein paar Tage am Strand, um Seeluft zu schnuppern: Die Mitglieder des Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. erhalten bei den Dorint Hotels & Resorts zehn Prozent Rabatt bei der Buchung.

In Krankenhäusern und in mancher Praxis geht es zu wie im Taubenschlag, der Arbeitstag vieler Ärzte ist lang und anstrengend. Umso kostbarer ist die Freizeit. Die gilt es intelligent zu nutzen. Deswegen bekommen Mitglieder des Hartmannbundes bei den europaweit insgesamt 46 Dorint Hotels & Resorts jetzt zehn Prozent Rabatt auf den Buchungspreis.

Dorint gehört zu den führenden Hotelanbietern auf dem deutschen Markt. Diese Be-

liebtheit hat ihre Gründe: Die Dorint Familie legt nicht nur auf Service, Komfort und Herzlichkeit großen Wert, sondern auch auf das regionale und lokale Umfeld der Häuser. Wer also eine Golfreise ins Dorint Resort Baltic Hills Usedom bucht, wird dort auch maritimes Flair erleben und wer bei einem Kulturtrip auf Goethes und Schillers Spuren in Weimar wandeln will, wird in den Restaurants des Dorint Am Goethepark Weimar regionale Spezialitäten vorfinden. Das Personal in allen Häusern kennt sich vor Ort aus und unterstützt seine Gäste jederzeit mit individuellen Empfehlungen und Geheimtipps.

Auch wer mit Kindern reist, ist mit Dorint gut beraten. Im Dorint Strandresort & Spa Sylt/Westerland beispielsweise – unmittelbar hinter den Dünen gelegen – sollen sich generationsübergreifend alle wohlfühlen: Während sich die Eltern im Spa verwöhnen lassen oder beim Fitness entspannen, tobt der Nachwuchs professionell betreut mit

seinen Altersgenossen im Dorint Confetti Kinderclub.

Wenn es ein Urlaub mit „Wau“-Effekt sein soll, dann sind in fast allen Dorint Hotels gegen einen kleinen Aufpreis auch die Fellnasen herzlich willkommen. Selbstverständlich gibt es an der Rezeption jederzeit auch Empfehlungen für einen Ausflug oder einen schönen Spazierweg, auf dem Hund und Halter das Leben gemeinsam genießen können.

Lust auf Urlaub? Reif für die Insel?

Zur Buchung geht es hier:

[www.dorint.com/hartmannbund](http://www.dorint.com/hartmannbund)

Allen Mitgliedern im Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. bietet Dorint Hotels & Resorts zehn Prozent Rabatt auf den regulären Preis. Nach der Auswahl des Hotels sowie des gewünschten Reisezeitraums, wird die bereits um zehn Prozent reduzierte Rate angezeigt.

**Dorint**  
Hotels & Resorts

## Allzeit bereit: Bereitschaftsdienste von Notärzten können umsatzsteuerfrei sein

*Für Notärzte im Bereitschaftsdienst auf Großveranstaltungen, wie Konzerte, Oktoberfeste, Fußballspiele und andere war es lange Zeit unklar, wie diese Leistungen umsatzsteuerlich zu behandeln sind. Denn ob die bloße Anwesenheits- und Bereitschaftsleistung als echte Heilbehandlungsleistung eingestuft werden konnte, schied bis zuletzt die Geister. Glücklicherweise hat der Bundesfinanzhof (BFH) nun mit Urteil vom 02.08.2018 etwas Licht ins Dunkel gebracht. Und dies sogar zu Gunsten der stets bereiten Notärzte und Sanitäter.*

**Umsatzsteuerfreie Abrechnung des Bereitschaftsdienstes eines Notarztes.** Ein Notarzt war als Arzt u. a. auf (Sport) Events tätig. Er beriet die Veranstalter im Vorfeld und sollte während der Events gesundheitliche Probleme von anwesenden Personen auf Rundgängen erkennen und bei Bedarf ärztliche Untersuchungen und Behandlungen durchführen. Die tatsächlich erbrachten Heilbehandlungsleistungen wurden direkt gegenüber den behandelten Personen bzw. gegenüber deren Krankenkassen abgerechnet. Die Bereitschaftszeiten wurden ebenfalls ohne Umsatzsteuer abgerechnet - allerdings gegenüber dem Veranstalter.

**Finanzamt und Finanzgericht gehen von Umsatzsteuerpflicht aus:** Das Finanzamt sah es wie so oft anders. Das Argument, dass die bloße Anwesenheits- und Bereitschaftsleistung keine Heilbehandlungsleistung sein könne, so dass es sich um gewöhnliche umsatzsteuerpflichtige Leistungen handele, wurde sogar vor dem Finanzgericht Köln als ausschlaggebend betrachtet. Denn die bloße Anwesenheit eines Notarztes auf

Veranstaltungen erfülle keinen therapeutischen Zweck. Der Bereitschaftsdienst sei somit nicht Teil eines konkreten, individuellen, der Diagnose, Behandlung, Vorbeugung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienenden Leistungskonzepts, so die Auffassung der Finanzrichter.

**Bundesfinanzhof bestätigt steuerfreie Heilbehandlungsleistung:** Der V. Senat des Bundesfinanzhofs (BFH) konnte sich dieser Sichtweise jedoch nicht anschließen. Denn die Anwesenheits- und Bereitschaftsleistung dient durchaus dem frühzeitigen Erkennen von Gefahrensituationen und der Versorgung von Patienten vor Ort, um einen größtmöglichen Behandlungserfolg sicherzustellen. Als besonderes Indiz hob der BFH hierfür die kontinuierlich durchgeführten Rundgänge während der Veranstaltungen hervor.

**Argumentation des Bundesfinanzhofs:** Unerheblich war für den BFH insbesondere, dass die Bereitschaftszeiten nicht gegenüber den behandelten Patienten bzw. gegenüber deren Krankenkassen abgerechnet wurden,

**ETL | ADVISION**  
Steuerberatung im Gesundheitswesen



Autor: Patrick Schütz, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Bad Honnef, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

sondern ausschließlich gegenüber dem Veranstalter. Denn für die Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG kommt es laut BFH nicht auf die Person des Leistungsempfängers an, da sich die personenbezogene Voraussetzung der Steuerfreiheit auf den Leistenden bezieht, der Träger eines ärztlichen oder ärztähnlichen Berufs sein muss. Die Argumentation ist dabei ähnlich wie bei Laborärzten, die umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistungen erbringen können, obwohl diese nicht direkt in Kontakt mit dem Patienten treten.

**Fazit und Ausblick:** Im Ergebnis sind Heilbehandlungsleistungen daher zunächst weiter zu fassen, als bisher angenommen, da im Zweifel auch Vorbereitungshandlungen als Heilbehandlungsleistungen eingestuft werden können, wenn diese der eigentlichen Behandlung dienen bzw. diese vorbereiten oder unterstützen.

#### Kontakt:

ETL ADVISA Schütz & Kollegen GmbH  
Steuerberatungsgesellschaft  
Bahnhofstraße 8, 53604 Bad Honnef  
Telefon: 02224/94 49 88  
Mail: [ADVISA-badhonnet@etl.de](mailto:ADVISA-badhonnet@etl.de)  
[www.advisa-badhonnet.de](http://www.advisa-badhonnet.de)



Kooperation ermöglicht zielführende Produkte und Lösungen

## Richtig und gut versichert? – So klappt's

*Eine Versicherung ist eine Versicherung ist eine Versicherung ... Ist dem so? Mitnichten! Die im Wettbewerb stehenden Versicherungsgesellschaften bieten ihren Kunden Produkte an, die der Bezeichnung nach identisch sind – austauschbar sind sie nur bedingt. Jede der über 300 in Deutschland tätigen Versicherungsgesellschaften haben, wenn auch manchmal nur im Detail, unterschiedliche Angebote. Eines aber ist meist gemeinsam: Sie bieten ihre Produkte einem breiten Publikum an. Der Nachteil für den Kunden: Die Standardprodukte passen möglicherweise nicht so genau. So bei Berufsgruppen, die ihre eigenen Spezifika im Versicherungsschutz und in der Vorsorge aufweisen und deshalb in kein herkömmliches Raster passen. Dazu gehören: Die der akademischen Heilberufe.*

**Die Erfahrung des Spezialisten:** Die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und den Bedarf der Mitglieder der akademischen Heilberufe ist das Geschäftsmodell der Deutschen Ärzteversicherung. Der Spezialversicherer, der im Jahr 1881 von Ärzten gegründet wurde, bietet arzt-spezifische Versicherungs- und Vorsorgeprodukte nur und ausschließlich Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und deren Studierenden an.

**Vernetzter Partner im Heilberufemarkt:** Die Deutsche Ärzteversicherung hat starke Partner an ihrer Seite. Mit den wichtigsten berufsständischen Organisationen wird eng zusammengearbeitet. So auch mit dem Hartmannbund. Es bestehen feste vertragliche Verbindungen.

### Was bedeutet das für den Arzt als Kunde der Deutschen Ärzteversicherung?

Die Verankerung im Heilberufemarkt durch verbindliche Vernetzung mit wichtigen Standesorganisationen bedeutet für den Arzt, dass er arzt-spezifische praxisorientierte Produkt- und Servicelösungen angeboten bekommt. Die Versicherungen und Dienstleistungen werden gemein-

sam mit den Verbänden entwickelt, von denen geprüft und dann auch empfohlen. Ein Beispiel dieser Netzwerkarbeit ist das exklusive Altersvorsorgeprodukt „DocD´or“ zu günstigen Gruppenvertragsbedingungen. Das Produkt kombiniert einen leistungsstarken Berufsunfähigkeitschutz mit intelligentem Vermögensaufbau sowie flexibler Anpassung an die Lebens- und Berufssituation des Arztes. Oder auch die Privat- und Berufshaftpflichtversicherung, die kostengünstig für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und kostenfrei für Medizinstudierende angeboten wird.

Ein Ergebnis dieser konsequenten berufsständischen Orientierung sind die seit Jahren hervorragenden Produkt-Ratings aller führenden Ratingagenturen. So aktuell die Bewertung von Morgen & Morgen die das Berufsunfähigkeitsangebot der Deutschen Ärzteversicherung mit „Ausgezeichnet“ bewerteten. Bewertet wurden die Bedingungen, die Kompetenz, die Solidität und die Formalien.

Und wenn doch – wie überall im Leben – Meinungsverschiedenheiten, zum Beispiel im Leistungsfall, zwischen dem versicherten Arzt und dem Versicherer auftreten?

**Der Beirat als Kundenschutz:** Als einzige deutsche Versicherungsgesellschaft hat die Deutsche Ärzteversicherung einen Kundenbeirat mit weitgehenden vertraglich abgesicherten Mitwirkungsrechten. Er

setzt sich aus Spitzenvertretern der deutschen Ärzteschaft zusammen und berät den Vorstand der Gesellschaft in allen den Versicherten betreffenden Fragen. Eine ganz entscheidende Rolle übernimmt er bei der Beurteilung von Meinungsverschiedenheiten im Leistungsfall. Es ist eine echte „Ombudsmann-Funktion“ des Beirates, dessen unabhängigen Urteil stets Folge geleistet wurde.

**Hochqualifizierte Vertriebspartner:** Der Anspruch des Hartmannbundes wie auch der Deutschen Ärzteversicherung ist über die bedarfsorientierten Produkte hinaus die qualifizierte Beratung des Arztes. Durch die Spezialisierung auf die akademischen Heilberufe kann ein hohes zielgruppenspezifisches Beratungs-Know-how der Repräsentanten des Exklusiv-Vertriebes „Deutsche Ärzte Finanz“ gewährleistet werden. So sind denn auch alle internen Abläufe konzentriert auf diese spezialisierten Repräsentanten. Das ist der entscheidende Unterschied zu den Vertrieben anderer Gesellschaften.

Ein Indiz für die Qualität einer kundenorientierten Beratung ist bei einem Versicherer die Stornoquote. Unangefochten hat die Deutsche Ärzteversicherung im Schnitt der vergangenen Jahre die niedrigsten Stornoquoten in der Versicherungslandschaft in Deutschland auszuweisen.

**Deutsche  
Ärzteversicherung**

„Hand drauf“ – mit dem langjährigen Partner des Hartmannbundes, der Deutschen Ärzteversicherung sind Heilberufler in Versicherungsfragen kompetent beraten!



**MEDIZIN-STUDIUM  
OHNE NC & WARTEZEIT**



## Ohne NC und Wartezeit zum Traumstudium

**Beginnen Sie schon in diesem Jahr Ihr Studium in Humanmedizin, Zahnmedizin oder Tiermedizin an einer der Top-Universitäten im EU-Ausland - in englischer oder sogar in deutscher Sprache. Bei der Vermittlung durch MediStart erhalten Sie als Hartmannbund-Mitglied besondere Beratung und 1.000,- Euro Rabatt. Für einen geplanten Studienbeginn im Herbst 2019 ist es sinnvoll, bereits jetzt die Bewerbung mit MediStart zu beginnen.**

Mehr als 6 Jahre müssen Abiturienten ohne den entsprechenden NC in Deutschland auf einen Studienplatz in Medizin warten. Derzeit sind das über 12.000 Abiturienten. Auch nach der geplanten Neuerung werden viele leer ausgehen. Aufgrund langer Verfahrensdauern ist auch eine Studienplatzklage heutzutage selten zielführend. Eine bewährte Alternative ist das Studium im EU-Ausland. Angesichts der komplexen Bewerbungsverfahren ist es wichtig, den Überblick zu behalten.

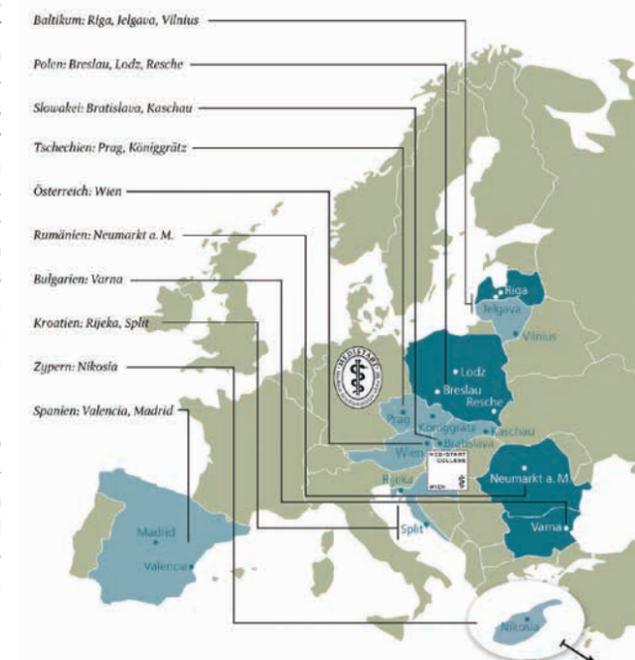
MediStart gehört zu den europaweit führenden Beratern von Abiturienten und deren Eltern. Die MediStart-Berater haben profunde Kenntnis der ausländischen Hochschulen, ihrer Zulassungsanforderungen sowie der dortigen Bewerbungsverfahren. Sie helfen Ihnen dabei, die richtige Hochschule individuell auszuwählen und Ihre Bewerbungsunterlagen rechtzeitig zusammenzustellen. Auch auf Aufnahmeprüfungen bereitet MediStart Sie bestens vor und optimiert so Ihre Chancen, den Wunschstudienplatz sofort und ohne Noten-NC zu erhalten.

Als freiwillige Zusatzleistung stehen MediStart-Mitarbeiter den Studenten auch am Hochschulort im Ausland mit Rat und Tat zur Seite. So helfen sie nach der Ankunft am Studienort bei der Wohnungssuche und bei Behördengängen. Jedes Jahr beauftragen namhafte Professoren und Ärzte MediStart mit der Studienplatzbeschaffung für ihre Kinder, darunter sind auch viele Mitglieder des Hartmannbundes. Der Verband hat sich bereits im Jahr 2015 für MediStart als einzige Auslands-Agentur gezielt entschieden, um den Kindern und Enkeln der Verbandsmitglieder das Medizinstudium ohne NC und ohne Wartezeit zu ermöglichen. Mitglieder erhalten 1.000,- Euro Rabatt auf das Erfolgshonorar bei MediStart, auch wenn der Beitritt erst bei Auftragserteilung erfolgt. MediStart ist es ein besonderes Anliegen, die Familien von Ärzten und Zahnärzten zu unterstützen, wenn die Kinder die ärztliche Tätigkeit der Eltern für die Gesundheitsversorgung trotz der Hochschulstart-Hürden fortsetzen möchten.

Die Auswahl der MediStart-Universitäten zeichnet sich durch eine hohe Lehrqualität, individuelle Betreuung und eine hohe Studentenzufriedenheit aus. Die Approbation nach dem Studium an allen MediStart-Universitäten ist EU-weit und somit auch in Deutschland voll anerkannt. MediStart ist stolz auf besonders hohe Erfolgsquoten - zum Teil sogar 100%. In Breslau, Vilnius und Nikosia haben 2018 und 2017 alle MediStart-Bewerber eine Zulassung erhalten.

Zu den wohl exklusivsten Studienorten zählt die Privatuniversität in Wien (Österreich). MediStart ist die einzige Agentur, die zur Vermittlung der deutschsprachigen Studienplätze in Humanmedizin und Zahnmedizin an deutsche Abiturienten von der Privatuniversität beauftragt ist. Um die Bewerber optimal auf das Aufnahmeverfahren vorzubereiten, bietet MediStart das MediStart-Collegese-mester an. Das Curriculum umfasst Inhalte, die für eine erfolgreiche Bewerbung und einen guten Start ins Studium benötigt werden. Lücken im Schulwissen in den Naturwissenschaften werden geschlossen, Zulassungschancen optimiert. 2018 und 2017 wurden alle Bewerber, die zuvor am College teilgenommen haben, zum Studium an der Privatuniversität zugelassen.

Frühzeitige Planung ist ein Schlüssel zum Erfolg. Wer zum Herbst 2019 beginnen möchte, sollte MediStart zeitnah beauftragen. Dies ist bereits vor dem Abitur möglich und sinnvoll. Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter [www.medistart.de](http://www.medistart.de) sowie unter **Telefon +49 (0)40 413 436 60** angefordert werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit zur Teilnahme an einem kostenfreien persönlichen oder telefonischen Info-Gespräch.



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

ÄKzert® ist eine akkreditierte Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Sie wurde im Januar 2005 gegründet und von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkS) 2015 für die DIN EN ISO 9001:2015 erstmalig im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen akkreditiert. Damit ist ÄKzert® berechtigt Gesundheitseinrichtungen, wie Krankenhäuser und Arztpraxen sowie Einrichtungen im Sozialwesen nach der DIN ISO 9001 zu zertifizieren.

2016 kam die Berechtigung für die Durchführung von KPQM Audits von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dazu.

Die Leitung der Zertifizierungsstelle wird von Frau Dr. med. Andrea Gilles und Dr. med. Ha.-Jo. Bückner-Nott ausgeführt. Beide sind auch seit vielen Jahren im Auftrag des Landes NRW als Auditoren tätig und zertifizieren die vom Land im Rahmen der Krankenhausplanung anerkannten Brustzentren. Auch bei Zertifizierungen nach der DIN 9001 und KPQM verfügen die

Mitarbeiter von ÄKzert® über langjährige Erfahrung.

**Zusammenarbeit mit dem Hartmannbund:** Zwischen dem Hartmannbund und ÄKzert® wurde ein Rahmenvertrag geschlossen. Demnach bekommen Einrichtungen, deren ärztlicher Leiter Mitglied des Hartmannbundes ist, Preisvergünstigungen für regulär durchgeführte Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001 oder KPQM. Diese Vereinbarung verspricht für den Auditkunden jedoch keinerlei Zusage eines erfolgreichen Abschlusses des Auditverfahrens.“

**Medizinisches Know-how (Ärzte, Pflegeexperten):** ÄKzert® legt besonderen Wert darauf Auditoren zu beschäftigen, die neben ihrer Expertise im Qualitätsmanagement auch langjährige medizinische Erfahrung besitzen. So wird sichergestellt, dass unter Wahrung aller Akkreditierungsvorgaben auch klinischer Sachverstand und Verständnis für die Notwendigkeiten



des medizinischen Betriebes in den Auditprozess eingebracht werden. Ziel ist es, die Akzeptanz des Qualitätsmanagements bei allen Beteiligten zu stärken – was sowohl den Patienten, als auch Ihren Mitarbeitern zu Gute kommen wird.

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

Gerne informieren wir Sie auch telefonisch oder per E-Mail.

### Ihre Ansprechpartner

Dr. med. Andrea Gilles  
Leiterin der Zertifizierungsstelle

Dr. med. Hans-Joachim Bückner-Nott  
Stellv. Leiter der Zertifizierungsstelle

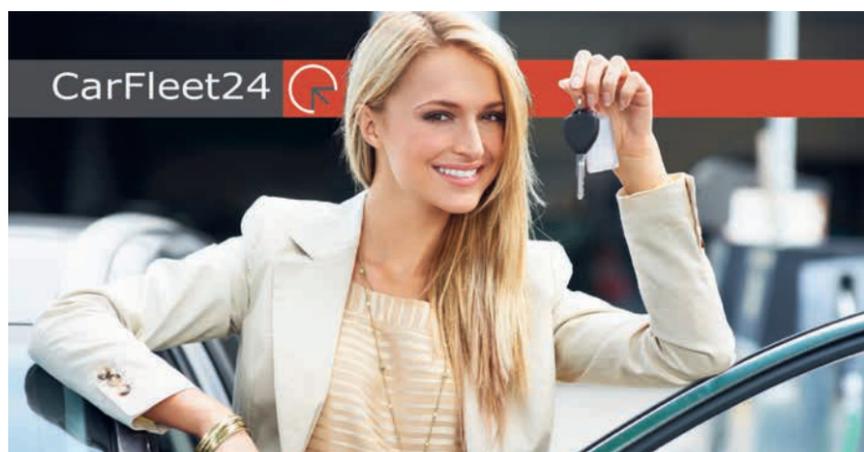
Anfragen an:  
ÄKzert® – Die Zertifizierungsstelle der  
Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Gartenstr. 210 – 214, 48147 Münster  
Wiebke Wagener, 0251 929-2981  
[info@aekzert.de](mailto:info@aekzert.de)

## CarFleet24 – Konfigurieren Sie Ihr persönliches Trendauto

Seit Jahren gibt es Best Cars, Lieblingsmodelle, eben einfach Fahrzeuge, die in ihrer Klasse die beliebtesten Trendautos sind. Ganz vorn in der Allzeit-Bestenliste ist nicht, wie zu erwarten der VW Golf. Dieser erreicht immerhin ausnahmsweise Platz Nummer zwei.

Dem ersten Platz gebührt tatsächlich dem Porsche 911 mit seinen Ausführungen als Coupé, Cabrio und als Targa. Der BMW Fünfer ist der wohl bislang beliebteste Dienstwagen in Deutschland. Aber auch der Q7 von Audi und der VW Polo gehören zu den beliebtesten Modellen ihrer Klasse. Doch welches ist Ihr persönliches Trendauto?

Mit unserem Online-Konfigurator können Sie sich Ihr persönliches Wunschfahrzeug selbst zusammenstellen. Sie möchten lieber persönlich beraten werden? Das schaffen wir – mit unserem Rückrufservice! Unsere freundlichen markenunabhängigen



Neuwagenberater haben immer ein offenes Ohr für Ihr Anliegen und nehmen sich die Zeit, die Sie wirklich brauchen, bis Ihr Trendauto mit allen Ausstattungskriterien zusammengestellt ist.

Überzeugen Sie sich selbst und finden Sie Ihren Traumwagen zu attraktiven Konditionen!

### 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]

## Deutsche Hospitality Entdecken Sie die Vielfalt!

Deutsche Hospitality ist die Dachmarke für die Betriebe der Steigenberger Hotels AG. Sie versteht sich als internationale, dynamische Markenfamilie und zeichnet sich durch die Werte Leidenschaft, Perfektion, Caring, Tradition und Vision aus.

Deutsche Hospitality steht für ein Portfolio der Extraklasse: Es umfasst über 135 Hotels auf drei Kontinenten, davon befinden sich über 30 Hotels in der Entwicklung. Fünf Hotelmarken werden unter ihrem Schirm geführt: Steigenberger Hotels and Resorts, MAXX by Steigenberger, Jaz in the City, Intercity- Hotel und Zleep Hotels.

- Die nahezu 60 Häuser der Marke Steigenberger Hotels and Resorts stehen für Luxus und Gastfreundschaft. Das Angebot reicht von historischen Traditionshäusern über lebendige Stadtresidenzen bis hin zu Wellness-Oasen inmitten der Natur. Die Flaggschiffe der Hotelmarke sind der Steigenberger Frankfurter Hof und das Steigenberger Parkhotel Düsseldorf.
- MAXX by Steigenberger ist eine Marke der Deutschen Hospitality. MAXX ist neu, charismatisch und setzt den Fokus auf das Wesentliche: MAXX vereint Steigenberger Qualität mit urbaner Gemütlichkeit und prägt den Aufenthalt unter dem Motto „MAXXimize your stay“.

Das erste MAXX by Steigenberger eröffnete im Oktober 2018 in Bad Honnef.

- Das erste Haus der Marke Jaz in the City ist seit Ende 2015 in Amsterdam in Betrieb, gefolgt von Stuttgart. Das aufregende, neue Konzept präsentiert sich jung, urban und ganz nah dran am pulsierenden Leben der Stadt. Außerdem bieten die Häuser ein cooles Design der Zimmer, einen perfekten Service und die neuesten Trends aus der lokalen Food- und Drinks-Szene. Spontane musikalische Einlagen in der Lobby machen das Hotel zur Bühne und den Aufenthalt zum Ereignis. 2020 eröffnet das nächste JAZ Hotel in Wien.

- Die über 40 Häuser der Marke IntercityHotel befinden sich zentral gelegen in den schönsten Städten Deutschlands und anderen internationalen Destinationen. Die modernen Stadthotels garantieren Komfort der gehobenen Mittelklasse und liegen jeweils nur wenige Gehminuten entfernt von Verkehrsknotenpunkten wie Bahnhöfen oder Airports und mit dem

FreeCityTicket können Hotelgäste den öffentlichen Nahverkehr kostenfrei nutzen. 2018 wurde das neue Flaggschiff am Frankfurter Hauptbahnhof eröffnet.

- Zleep Hotels ist als aufstrebende dänische Erfolgsmarke die perfekte Ergänzung des Portfolios der Deutschen Hospitality. Zleep Hotels stehen für Qualität, Service und Design zu erschwinglichen Preisen. Ein bequemes Bett mit angenehmer Bettwäsche sorgt für eine ungestörte Nachtruhe, kostenloses High-Speed-WIFI, TV und eine hochwertige Dusche runden das Wohlfühl-Konzept ab. Das Frühstücksbuffet in Bio-Qualität bietet die perfekte Basis für einen gesunden Start in den Tag. Seit der Gründung in 2003 wurden 10 Hotels in Dänemark sowie ein Hotel in Schweden eröffnet.

[www.deutskehospitality.com](http://www.deutskehospitality.com)



Anzeige

» In unseren 12 Geschäftsstellen bundesweit stellen wir Ihre Privatabrechnung in den Fokus.

Mit einem Höchstmaß an Qualität, Kompetenz und Durchsetzungskraft.

*Ganz nah, ganz sicher.*

## IHRE PERFEKTE PRIVATABRECHUNG

immer in Ihrer Nähe

Unverbindliches Angebot anfordern: [www.ihre-pvs.de/angebot](http://www.ihre-pvs.de/angebot)

**PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

# 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/Nicolaj Torbohm/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

Nicolaj Torbohm

Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43

## Regionalreferat Nord

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

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-56

## Regionalreferat Ost

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-41

## Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-16

## Regionalreferat Süd

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

# Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

## GESUCHT/ABZUGEBEN

### Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin zur Anstellung für 32 Stunden pro Woche in Bad Segeberg gesucht!

Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin für bis zu 32 Stunden pro Woche zur Anstellung gesucht. Die Stelle ist ab 01.03.2019 zu besetzen. Ausdrücklich auch für Mütter und Väter mit kleinen Kindern geeignet. Flexible Stundenkontingente im Team mit mehreren Ärzten sind möglich. Wir bieten geregelte Arbeitszeiten im 2-Schicht-System. Wir sind eine hausärztliche Praxis, die das gesamte Spektrum der Patienten vom Kindes- bis zum Seniorenalter betreut. Gutes Arbeitsklima, freundlicher und wertschätzender Umgang mit den Patienten und untereinander ist uns sehr wichtig. Die Praxis befindet sich in einer stilvollen alten Stadtvilla in räumlicher Nähe zu den Segeberger Kliniken, Ärztekammer und KV sowie dem großen Segeberger See. Wir verfügen über eine aktuelle technische Geräteausstattung mit EKG, Ergometrie, Sonografie, LZ-RR, LZ-EKG und BIA. Wir sind akademische Lehrpraxis der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Praxis Dr. Michael Emken, Kurhausstraße 84, 23795 Bad Segeberg  
Tel. 04551-908890, [www.doktoremken.de](http://www.doktoremken.de), [info@doktoremken.de](mailto:info@doktoremken.de)

### Arbeiten, wo andere Urlaub machen! FÄ/FA für Orthopädie gesucht für BAG

Ich würde gern im Jahr 2019 nach 37-jähriger Tätigkeit meinen Anteil an einer Zweier-BAG in vertrauensvolle Hände weitergeben. Unsere Praxis ist konservativ ausgerichtet, stark frequentiert mit breitem Versorgungsspektrum. Näheres ist über das Internet unter [www.ofaz.de](http://www.ofaz.de) schnell zu eruieren. Norden ist ein Mittelzentrum für den Altkreis Norden, direkt an der Nordsee gelegen, mit sehr guter Infrastruktur und hohem Freizeitwert. Kontaktaufnahme erbitte ich unter der E-Mail-Adresse: [neihaus-norden@t-online.de](mailto:neihaus-norden@t-online.de)

### Nachfolger/-in für HNO Gemeinschaftspraxis gesucht!

Praxis in einer Mittelstadt im Rhein-Neckar-Dreieck, hoher Wohnwert, Praxis im Ärztehaus am Krankenhaus, altersbedingt wird einer (von 2) Sitzen im 1. HJ 2020 frei. Operativer Schwerpunkt (Belegbetten und amb. OP mit guten Rahmenbedingungen) mit überregionalem Einzugsgebiet. 2. Schwerpunkt ist die Schlafmedizin. Wunsch nach op. Tätigkeit (durch gute Organisation kaum Wochenenddienste!) sollte vorhanden sein, das Spektrum ist in alle Richtungen ausbaubar, derzeit v. a. funktionelle Nasen- und NNH-Chirurgie. Interesse an Schlafmedizin und BUB-Kurs für Polygrafie wünschenswert, eigene Interessenschwerpunkte wären prima. Weitere Informationen unter [HNO-Pfalz@web.de](mailto:HNO-Pfalz@web.de)

### Facharzt/ -Ärztin für plastische Chirurgie gesucht!

Gutgehende Privatpraxis in Braunschweig für plastische und ästhetische Chirurgie sucht eine/n Facharzt/Ärztin für zunächst gemeinsamen Betrieb und spätere Übernahme.  
Kontakt: [info@dr-hasse-bs.de](mailto:info@dr-hasse-bs.de)

### Praxis im Raum Potsdam sucht Nachfolger!

Gemeinschaftspraxis Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, besetzt mit zwei Ärzten, im Raum Potsdam, ab 1.1.21 neu zu besetzen. Rückmeldung über Chiffre: 101519

### Praxis bei München abzugeben!

Gemeinschaftspraxis im südlichen Landkreis Erding, 30 Minuten von München. Gemeinde mit 6000 Einwohnern. Gute Ausstattung. Hervorragendes Team. Günstige Arbeitsbedingungen und Freizeit. Abgabetermin 1. Quartal 2020. Geeignet für einen oder zwei Ärzte, da Kooperation möglich. Gute weitere Entwicklungsmöglichkeiten vor Ort. Tel. 0170 866 9282

### Biete Hausarzt-Praxis im grünen Teil von Berlin-Neukölln

zum nächstmöglichen Termin. Behindertengerechter Zugang, 4 Räume, Normalverteilung nach Patientenalter, gute Infrastruktur. Kontakt unter Chiffre: 073325

## VERKAUF

### Defibrillator zu verkaufen

Primedix Defibrillator-N, Typ M 100-M 103 voll funktionsfähig wegen Praxisaufgabe zu verkaufen. Standort Frankfurt/Main  
Tel. 0049 173 3183536

## SEMINARE

### Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und 80 Std. Fallseminare

Bad Wörishofen und Bonn, Informationen/Termine: Ärztesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneippärztebund e.V. akkreditierter Veranstalter BLÄK / 86825 Bad Wörishofen (Bayern) seit 2018 in neu gebautem Seminarzentrum  
Telefon: (0 82 47) 90 110 / [www.kneippaerztebund.de](http://www.kneippaerztebund.de)

Anzeige

ETL | Gesundheitswesen

## Erfolgsfaktoren für Ihre Praxisführung

**Fachseminare:**

- Simulation einer Betriebsprüfung
- Betriebswirtschaft in der Arztpraxis
- Work-Life-Balance & unternehmerische Sicherheit

**Mehr Infos:** [www.erfolgswissen-praxis.de](http://www.erfolgswissen-praxis.de)

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

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

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

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

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 auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

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

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

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

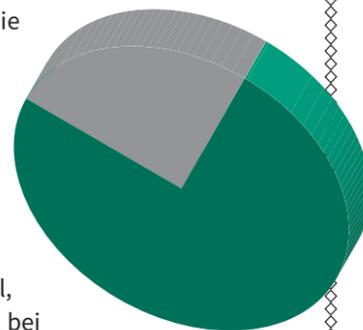
**Titelfoto:** © 123rf.de: Aleksandr Elesin, Oleksandr Molotkovych und 王安琦

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## Zu guter Letzt ...

... wollen wir Ihnen natürlich nicht vorenthalten, dass die **Ergebnisse unserer Assistenzarztumfrage** vorliegen und in Kürze ausgewertet werden. Schon auf den ersten Blick ist klar: Der Handlungsbedarf im Alltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ist nach wie vor enorm! Das gilt für die Felder Arbeitszeit und Arbeitsbelastung ebenso wie für Themen wie Qualität der Weiterbildung, Digitalisierung oder etwa Fehlermanagement. Hier haben uns die knapp 1500 Umfrageteilnehmer teilweise alarmierende Einblicke in ihren Arbeitsalltag gewährt. Wir werden also die Umfrage gründlich auswerten, die Ergebnisse analysieren und daraus unsere politischen Handlungsfelder ableiten. Alles Wissenswerte dazu erfahren Sie nicht nur im nächsten Magazin, sondern auch in einem Ihrer nächsten HB-Newsletter. Darunter dann auch Ergebnisse wie diese:



**75 Prozent** der Befragten hatten das Gefühl, zu früh (z.B. während Ihres ersten Berufsjahres, bei Rotationen) mit Situationen konfrontiert gewesen zu sein, auf die Sie noch nicht vorbereitet waren (Nachtdienst, ITS, alleine auf Station), **50 Prozent** von Ihnen mehrmals pro Woche und **20 Prozent** beinahe täglich!!! Auch aus Patientensicht lassen solche Zahlen sicherlich aufhorchen!



... und, auch wenn das keine Nachricht „kurz vor Redaktionsschluss“ ist, wollen wir unsere Mitgliedern natürlich auch an dieser Stelle darüber informieren, dass der Vorsitzende des Hartmannbundes, **Dr. Klaus Reinhardt, auf dem Deutschen Ärztetag in Münster** im Mai für die Nachfolge von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery als Präsident der Bundesärztekammer antritt. Zur Wahl stellen sich (nach bisherigem Stand) daneben die Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker, der Präsident der Landesärztekammer Berlin, Günther Jonitz sowie der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Gerald Qwitterer.

... und ganz zu allerletzt dann noch einmal ein Ei.

Wir wünschen Ihnen schon an dieser Stelle **frohe und erholsame Ostertage** – mit möglichst wenig Diensten!



Mehr aktuelle Informationen auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)



„Weil wir gemeinsam mehr erreichen können!“



Wir sind füreinander da.  
Die Medizinstudierenden im Hartmannbund.



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

# Kann ich meiner Rente auch einen früheren Termin geben?

Antworten auf Ihre Fragen.  
Das apoPur-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren:  
[apobank.de/meine-rente](https://apobank.de/meine-rente)

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-  
und ärztebank

Dr. Jan Wolff  
Mitglied der apoBank

