



apoprivat.de

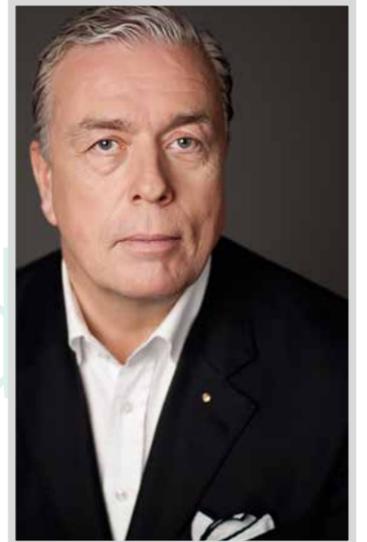
## Ganz privat – können die auch!

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

**Joe Bausch**  
Arzt, Schauspieler, Autor  
und apoBank-Mitglied

 **apoPrivat**  
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte

# Editorial



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

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

wirft man in aller Ruhe einen Blick auf das Beschlussprotokoll des Deutschen Ärztetages in Münster und lässt die Diskussionen über die dort eingebrachten Anträge noch einmal Revue passieren, so fällt vor allem Eines auf: Die deutsche Ärzteschaft ist sich – von Düsseldorf bis Dresden und von Kiel bis München – in den wichtigen Grundfragen ärztlichen Handelns einig und zieht an einem Strang. Dies gilt, wenn es um die Bedingungen ihrer Berufsausübung geht. Und dies gilt in wesentlichen ethischen Fragestellungen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung arbeiten oder in der Klinik. Da ist es egal, in welcher Fachrichtung sie unterwegs sind, ob angestellt oder selbständig. Das heißt keinesfalls, dass wir nicht um Positionen ringen oder gar auch einmal kultiviert und konstruktiv über den richtigen Weg streiten. Entscheidend ist, dass wir den Deutschen Ärztetag mit dem Gefühl verlassen, die Ärzteschaft kann ihre gemeinsamen Positionen, den gefundenen Konsens selbstbewusst nach „außen“ vertreten – kraftvoll DIE Stimme der Ärzteschaft gegenüber Politik und Kassen erheben.

So könnte, ja, so sollte es sein. Aber, wenn wir dann nach dem Ärztetag wieder auseinandergehen, wenn wir nach Kiel und München, nach Düsseldorf und Dresden zurückfahren, dann kommt es mir manchmal vor – um es einmal ein bisschen humorvoll zuzuspitzen – wie nach dem Turmbau zu Babel. Dann sprechen wir wieder verschiedene Sprachen und verzetteln uns im Trennenden, statt Kraft aus den Gemeinsamkeiten zu ziehen. Da müssen wir besser werden! Wenn wir als Ärzteschaft zum Beispiel die immer gravierenden Eingriffe in unsere Freiberuflichkeit, die Basis allen ärztlichen Handelns, nicht länger hinnehmen wollen, und wenn es gilt, sich wirkungsvoll dagegen zu wehren, dann wird unser Erfolg ganz wesentlich davon abhängen, in welchem Maße wir es fertigbringen, die große Zahl der unterschiedlichen ärztlichen Interessenverbände in den wesentlichen Punkten zu gemeinsamen Positionen zusammenzuführen! Es muss uns gelingen deutlich zu machen, wer eigentlich für „die Ärzteschaft“ spricht. Nur dann wird unsere Stimme auf Dauer auch wirklich Gewicht haben.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, salopp formuliert: Der Gesundheitsminister schläft nicht! Er wird weiter nach Wegen suchen, die Versorgung nach seiner Fassung zu gestalten. Wenn wir dort wirklich „rote Linien“ ziehen wollen und wenn wir Politik glaubhaft davon überzeugen wollen, dass sie diese nicht überschreiten sollte, dann müssen wir mit einer Stimme sprechen. Als einigte, als geeinte Ärzteschaft.

*Klaus Reinhardt*

”

Weil wir gemeinsam  
mehr erreichen  
können!“



Wir sind füreinander da.  
Die Medizinstudierenden im Hartmannbund.

# Inhalt



## „Wenn Heilen krank macht“

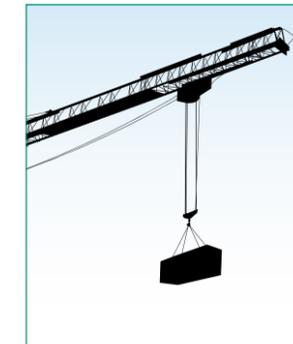
Als oftmals lebensrettende „Halbgötter in Weiß“ beraten, betreuen, versorgen und heilen Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten. Dass die Erfüllung dieser Berufung auch die Heilenden selbst krank machen kann, passt nicht so recht ins Bild. Genau dies wird aber zunehmend zum Problem. Nicht umsonst setzte der 122. Deutsche Ärztetag 2019 in Münster die Thematik „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ ganz oben auf die Agenda. Stress gilt laut Weltgesundheitsorganisation WHO als eines der größten Gesundheitsrisiken unserer Zeit: Die Mediziner in Deutschland treffen die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken – von Burnout über Depressionen bis hin zu Suchterkrankungen – in besonderer Weise.

6

ab 8  
zur Titelstory

**Am Limit**  
Dr. Hans-Peter Unger

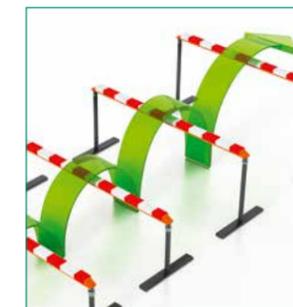
**Was Ärzte krank macht**  
Professor Dr. med. Jörg Braun



22  
**Mehr Transparenz bei Hüft- und Knieprothesen, Brustimplantaten & Co**  
Deutsches Implantateregister kommt

12

**Personalnot gefährdet (auch) Patienten – Digitalisierung in den Kinderschuhen**  
Umfrage offenbart Handlungsbedarf



24  
**Dauerbaustelle Gesundheitswesen**  
Von Digitalisierung bis Hebammen – Und kein Ende in Sicht

14

**Ende des „kalten“ Strukturwandels?**  
Die Krankenhäuser wollen ein strategisches Bündnis schmieden

16

**Das Bürokratiemonster wächst und wächst...**  
Verwaltungsarbeit versus Patientenversorgung



18

**Es ruckelt sich so langsam ein**  
Fernbehandlung & Telemedizin

26  
**It's a long way home ... in den GKV-Leistungskatalog**  
Methodenbewertung durch die Gemeinsame Selbstverwaltung

28  
**DÄT Impressionen**

HB-Intern 29

Service 32

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38

# „Wenn Heilen krank macht“...

## ... und warum auch Helfer Hilfe brauchen

Als oftmals lebensrettende „Halbgötter in Weiß“ beraten, betreuen, versorgen und heilen Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten. Dass die Erfüllung dieser Berufung auch die Heilenden selbst krank machen kann, passt nicht so recht ins Bild. Genau dies wird aber zunehmend zum Problem. Nicht umsonst setzte der 122. Deutsche Ärztetag 2019 in Münster die Thematik „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ ganz oben auf die Agenda. Stress gilt laut Weltgesundheitsorganisation WHO als eines der größten Gesundheitsrisiken unserer Zeit: Die Mediziner in Deutschland treffen die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken – von Burnout über Depressionen bis hin zu Suchterkrankungen – in besonderer Weise.

Diverse Studien und Umfrageergebnisse zeigen deutlich die aus den Belastungen von stetig steigender Arbeitsverdichtung und zunehmenden Personalmangel resultierenden körperlichen und psychischen Folgen. Besonders erschreckend: Medizinerinnen und Mediziner weisen eine 1,3 bis 3,4-fach höhere Suizidrate als die Allgemeinbevölkerung auf. Unter deutschen Ärztinnen ist die Suizidrate sogar um das 5,7-fache erhöht. Pro Jahr verüben zwischen 100 und 200 Mediziner in Deutschland Selbstmord, wobei die Dunkelziffer noch höher liegen dürfte. Die Datenlage zeigt auch, dass Medizinerinnen und Mediziner signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung eine depressive Symptomatik zeigen. Demnach weisen beispielsweise etwa ein Viertel der Ärzte im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit eine depressive Symptomatik auf – bei der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung sind es nur ca. 15 Prozent.

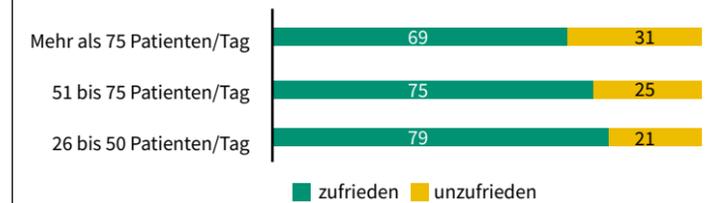
Die Gründe dürften hauptsächlich in der extrem hohen Arbeitsbelastung zu suchen sein: Stress, Überstunden, Schlafmangel, die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod... Geraten Ärzte an ihre persönliche Grenze der Belastungsfähigkeit, und überschreiten diese, so sind Burnout-Symptomaten und manchmal sogar Depressionen die Folge. Laut der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) treten psychische Erkrankungen bis hin zu Depressionen vor allem bei Dauerstress besonders häufig auf.

Mögliche berufsbedingte Einflüsse auf die Gesundheit der Ärzteschaft lassen sich ganz allgemein bereits aus dem Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ableiten. Im Rahmen der jüngsten Erhebung von Kennzahlen im vertragsärztlichen Bereich äußerten sich mehr als ein Fünftel der Vertragsärztinnen und -Ärzte unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen.

Zutage tritt, dass die Rahmenbedingungen – in diesem Fall im ambulanten Versorgungsbereich – offensichtlich nicht immer stimmen. Vergleichbar sieht es im Klinikalltag aus, wie auch die aktuelle Assistenzarzt-Umfrage des Hartmannbundes verdeutlicht. Knapp ein Drittel der befragten Assistenzärzte äußerte sich unzufrieden bis sehr unzufrieden über Arbeitsbelastung wie auch Frust über zu wenig Zeit für die Patienten oder auch Defizite bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ein ähnliches Bild zeichnet eine 2012 veröffentlichte Studie der Fachhochschule Münster für die über 2.000 Ärztinnen und Ärzte aus über 25 Fachgebieten, die an deutschen Krankenhäusern befragt wurden: Nur ca. 60 Prozent waren mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden.

Kommt es bei Ärzten zu (psychischen oder physischen) Erkrankungen, so zeigt sich leider: Mediziner sind „Ärztemuffel“. Laut einer aktuellen Umfrage der Informationsplattform Medscape suchen 60 Prozent keine professionelle Hilfe bei Burnout und/oder Depressionen. Die Erkrankung sei nicht schwer genug (46 Prozent), man

### Zufriedenheit von Fach- und Hausärzten (in Prozent)



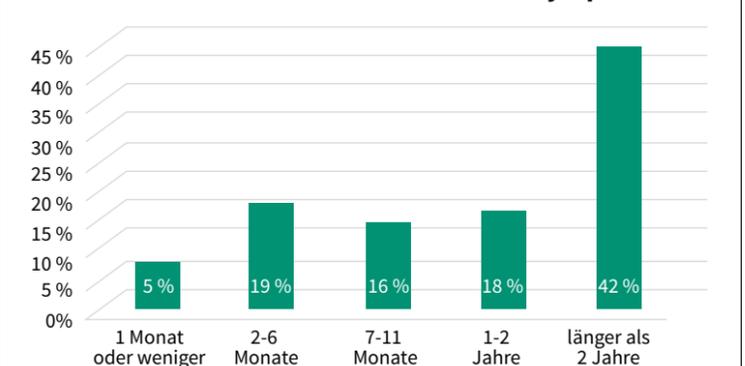
Eigene Darstellung, Daten KBV Ärztemonitor 2018

habe zu wenig Zeit durch die Arbeit (33 Prozent) oder könne die Situation auch ohne externe professionelle Hilfe bewältigen (38 Prozent) – dies sind die TOP 3 der „Gründe“.

Insbesondere letzterer Punkt stellt ein Spezifikum der Ärzteschaft im Vergleich zu potenziellen nicht-ärztlichen Patienten dar. Dies, in Verbindung mit wenig verbreiteten Hilfsangeboten von Arbeitgebern (z.B. Kurse zur Stressreduktion oder generell Anlaufstellen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements), führt natürlich unter Umständen zu einer verzögerten seelischen bzw. körperlichen Gesundheit – bis hin zur Chronifizierung und Schlimmerem. Nicht umsonst forderten vor kurzem die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvm) und die Medizinstudierenden im Hartmannbund flächendeckende Programme zur Förderung und Erhaltung der mentalen Gesundheit aller im Gesundheitswesen Beschäftigten.

Zu diesen und weiteren Aspekten standen der Redaktion dankenswerter Weise zwei Experten zum Thema Ärztengesundheit zur Verfügung. Die hoffentlich spannende und lehrreiche Lektüre offenbart möglicherweise den einen oder anderen Hinweis zum Selbstmanagement und gibt eine Antwort darauf, wann und warum dann doch kollegiale Hilfe in Anspruch genommen werden sollte...

### Betroffene Ärzte: Dauer der Burnout-Symptome



Eigene Darstellung, Daten Medscape-Report: Burnout und Depression bei Ärzten in Deutschland

# Am Limit

*In den letzten 20 Jahren ist die Gesundheit der Ärzte im Zusammenhang mit den radikalen Veränderungen in den Gesundheitssystemen in den Vordergrund der internationalen Diskussion gerückt. 25 bis 50 % der Ärzte weisen Burnoutsymptome auf. In einer Übersichtsarbeit in Lancet wird der Gesundheitszustand von Ärzten als bedeutender und bisher nicht berücksichtigter Risikofaktor in der Patientenbehandlung beschrieben. Erschöpfung und Burnout gefährden den Erfolg von Gesundheitsreformen. Und spätestens seit sich der Ärztemangel zu einem Problem in der Gesundheitsversorgung entwickelt, rücken die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Ärzten in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Prävention, Selbstfürsorge und betriebliche Gesundheitsförderung sind gefordert.*



Dr. Hans-Peter Unger  
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Chefarzt am Zentrum für seelische Gesundheit der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Asklepios Klinikums Harburg

Die Treiber für ärztliches Burnout sind klar benannt: Arbeitsverdichtung bei gleichzeitiger Bürokratisierung, häufige Störungen und Unterbrechungen, fehlende Priorisierung ärztlicher Tätigkeit in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, ungenügende Abgrenzung von Arbeit und Familie/Freizeit, Verlust von Autonomie und Kontrolle und schließlich Verlust der Sinnhaftigkeit ärztlichen Handelns.

Warum bilden Ärzte eine Risikogruppe für Burnout? Aufgrund ihrer Verantwortung für die Gesundheit und das Leben anderer Menschen neigen Ärzte zur Überschreitung von eigenen körperlichen und seelischen Grenzen. Sie gehen krank zur Arbeit, machen unbezahlte Überstunden, arbeiten auch zu Hause und vernachlässigen Pausen und Freizeit. Der Begriff der interessierten Selbstgefährdung beschreibt dieses gesundheitsgefährdende Verhalten. Hohe Identifikation mit der Arbeit und autoritäre Führungsstrukturen haben dazu geführt, eigene Erschöpfungs- oder Krankheits-symptome als „Schwäche“ und „Inkompetenz“ zu interpretieren und sogar Sanktionen von Seiten der Vorgesetzten zu erwarten. Ärztliches Gesundheitsverhalten ist durch Vernachlässigung der Selbstfürsorge und Gesundheitsvorsorge geprägt. Beanspruchung und Belastung durch ärztliche Arbeit können zwar durch Anerkennung, Wertschätzung, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und Entlohnung ausgeglichen werden, aber ärztliche Tätigkeit ist heute durch die Veränderungen im Gesundheitssystem in eine Gratifikationskrise geraten. Durch Arbeitsverdichtung, Ökonomisierung und

Bürokratisierung kommt es zu Zielkonflikten mit dem ärztlichen Selbstverständnis. Aktuelle Führungsstrukturen im Krankenhaus sind auf diesen Wandel nicht ausreichend vorbereitet. Patienten sind kritischer und informierter und der „gender shift“ in der Medizin zusammen mit dem Ärztemangel wird diese Entwicklung in den nächsten Jahren verschärfen.

Burnout ist keine klar definierte Krankheit, Psychiater sprechen von einem Risikozustand aufgrund von Dauerstress, einem Zustand der totalen Erschöpfung. Im international am häufigsten verwendeten Selbst-Test wird das Burnout Syndrom durch drei Dimensionen charakterisiert: Die „emotionale Erschöpfung“, die subjektiv und objektiv wahrgenommene Leistungsminderung und der mit dem Begriff „Zynismus“ beschriebene Wandel der eigenen Wertvorstellungen. Burnout als Risikozustand ist nicht dasselbe wie die Erkrankung Depression, kann aber zu Angststörungen und Depressionen führen, und der Übergang ist gleitend. Die Entwicklung eines Burnoutsyndroms erfolgt über lange Phasen von chronischem Stress, oft über einen Zeitraum von drei bis sieben Jahren angegeben. Burnout ist also die letzte Phase einer prozesshaften Entwicklung. Burnout beschreibt den Endzustand einer Stressspirale.

Wie fängt es an? Ein- und Durchschlafstörungen, Nacken-, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen, Übelkeit, Magendruck und Verdauungsbeschwerden, flüchtige Ohrgeräusche, verbunden mit einem gewissen Gefühl der Erschöpfung. Der Körper meldet, dass eine unsichtbare Grenze überschritten wurde, die Grenze zwischen Verausgabung und Regeneration. Sportler kennen diese Grenze als Beginn eines Übertrainings, die Regenerationszeit reicht nicht mehr aus, trotz intensiven Trainings werden die Leistungszeiten schlechter, und die Verletzungsgefahr erhöht sich. Auf die Frage, wie diese Grenze zu erkennen ist, antworten Sportmediziner: „Listen to your body“.

Genau an diesem „Grenzübergang“ geben Burnout-Gefährdete Gas und versuchen, Körper und Geist zur Leistung zu zwingen. Unser körpereigenes Stressbewältigungssystem ist für eine akute Herausforderung bestens vorbereitet, wenn wir aber drei Monate und länger im Dauerstress sind, schaltet das Gehirn „auf Autopilot“. Der Burnout-Gefährdete sucht für ein Problem nicht mehr die bestmögliche und energiesparende Lösung, sondern reagiert im Dauerstress mit seiner gewohnten und ihm sicher erscheinenden Strategie. Autopiloten beruhen auf emotionalen Erfahrungen und Gewohnheiten. Chronisch gestresste Ärzte werden reizbarer, kränkbarer, weniger empathisch, sie fühlen sich unverstanden, wenn der Partner kritisiert, dass sie zu viel arbeiten und emotional nicht erreichbar seien. Sie arbeiten auch am Wochenende, lesen ihre Mails vorm Einschlafen und stellen nach und nach Freizeitaktivitäten und Kinobesuche ein. Sie merken, dass sie plötzlich etwas vergessen haben und ihnen Namen auch vertrauter Personen nicht einfallen.

Sie sind nicht ausgebrannt, aber dauergestresst, und ihre Leistung beginnt abzufallen.

Jetzt beginnt die letzte Phase, das wirkliche Ausbrennen. Eine Ärztin berichtet: „Morgens fahre ich durch den Elbtunnel und spüre den Drang, gegen die Wand zu fahren. Dann arbeite ich 12 Stunden. Auf der Rückfahrt wieder der Drang im Elbtunnel, dann falle ich erschöpft ins Bett und kann nicht einschlafen. Und am nächsten Morgen dasselbe Spiel – und das jetzt schon seit 6 Wochen. Ich funktioniere, bin aber innerlich leer. Automatenleben im Burnout. Der Sinn, der Spirit, mit dem ich einst gearbeitet habe, hat sich in Zynismus und Bitterkeit gewandelt.“ Die inneren Werte sind ausgehöhlt, und es ist nur noch ein Schritt in eine Erschöpfungsdepression.

Burnout ist also nicht nur die Folge einer fehlenden Balance zwischen Energieverbrauch und Regeneration. Burnout ist auch die Folge einer zunehmenden Verstrickung zwischen der ursprünglichen Intention, den Arztberuf zu ergreifen, den persönlichen Erwartungen und Werten und der realen Arbeitssituation. „Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebensaufgabe“ ist der Untertitel eines Buches über Burnout bei Ärzten (Bergner 2006). Burnout-Gefährdete verlieren zunehmend den Kontakt zur eigenen Person, zum eigenen Körper und zu nahestehenden Menschen. Sie versuchen, Körper und Geist zur Leistung zu zwingen, bis es zum Zusammenbruch kommt. Burnout ist Grenzerfahrung und Notfallabschaltung in einem. Die Therapie besteht in der Akzeptanz der Grenze, in ihrer achtsamen Wahrnehmung und in einem Mitgefühl mit sich und der Welt.

Was können wir tun? Auf der persönlichen Ebene: Listen to my body! Jeden Tag eine halbe Stunde der Stille, der Ruhe, des bei sich sein. Achtsamkeit. Gesundheitsfürsorge beginnt mit Selbstwahrnehmung. Hören auf das, was der eigene Körper sagt, hören auf das, was Menschen sagen, die uns lieben. Wenn der eigene Körper nicht als Objekt

wahrgenommen wird, das zur Leistung gezwungen wird sondern als Subjekt, mit dem ich mich in einem fortwährenden Dialog befinde, gelingt auch die ärztliche „Beziehungsarbeit“ mit den Patienten besser. Auf organisationaler Ebene ist eine Entlastung von überbordender Bürokratie ebenso erforderlich wie ein aktives betriebliches Gesundheitsmanagement für Ärzte und Krankenpfleger unter Rückbesinnung auf die gemeinsamen Werte ärztlich-pflegerischen Handelns.

Auch Krankenhäuser können ausbrennen, wenn die Führung nicht mehr im Kontakt mit den Mitarbeitern steht. Gibt es das Meeting, wo zur Sprache kommt, was die Mitarbeiter wirklich berührt? Die heutige Arztgeneration hat sich mit ökonomischen Kennzahlen auseinandergesetzt, wird aber in Entscheidungsprozessen zu wenig beteiligt. Die partizipative Entscheidungsfindung sollte auch für die stationäre und ambulante Versorgung gelten.

Wird die Verpflichtung zur psychischen Gefährdungsbeurteilung umgesetzt? Krankenhäuser sind mittelgroße Betriebe oder Teile von Großunternehmen. Die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements führt zu einem Kulturwandel: Die Mitarbeitergesundheit rückt in den Vordergrund. Paradoxerweise bilden Gesundheitsunternehmen hier im Branchenvergleich eher das Schlusslicht der Entwicklung. Auch Arztpraxen können sich auf lokaler Ebene zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammenschließen, wie Beispiele aus Handwerk oder anderen Kleinbetrieben zeigen. Beratung und Unterstützung nach dem Präventionsgesetz kann durch die Krankenkassen und die Unfallversicherung erfolgen.

Die Gesundheit der Mitarbeiter im Gesundheitswesen stellt eine bisher vernachlässigte Säule der Gesundheitsversorgung dar. Ohne gesunde Mitarbeiter lassen sich Ziele wie die Behandlungsqualität und -zufriedenheit des einzelnen Patienten, die Verbesserung der allgemeinen Gesundheit in der Bevölkerung und die Bezahlbarkeit des Gesundheitssystems aber nicht erreichen.



# Was Ärzte krank macht

Von Professor Dr.med. Jörg Braun, Ärztlicher Direktor der Klinik Manhagen und 1. Vorsitzender der Stiftung Arztgesundheit\*

Ärzte werden anders krank als ihre Patienten. Dies hat Innere und Äußere Gründe. Zu den Inneren Gründen, für die wir selber verantwortlich sind (und die wir damit auch selber ändern müssen) zählen:

**Verbreitete Selbstdiagnose.** Ärzte gehen nicht gerne zum Arzt. Die meisten Kollegen werden vor einem Arztbesuch einen Versuch unternehmen, ihre Befindlichkeitsstörung selbst zu diagnostizieren. Dies ist insofern anspruchsvoll (und bisweilen auch unmöglich), da unsere wichtigsten ärztlichen Instrumente für eine Diagnosefindung, nämlich Anamnese und körperliche Untersuchung, bei der Selbstdiagnostik nicht möglich ist. Daher wird der Arzt neben umfangreichen Laboruntersuchungen oft auch die Bildgebung bis hin zum Ganzkörper-MRT durchführen lassen. Leider erfordert die Bewertung auch dieser „objektiven“ Verfahren eine kritische Distanz und den klinischen Kontext, so dass sich nach einer solchen Diagnostik häufig mehr Fragen ergeben, als vor der Diagnostik vorhanden waren. Daher wird auch gar nicht so selten komplett auf die Diagnostik verzichtet.

**Selbsttherapie.** Fast jeder Arzt wird sich einmal selber therapiert haben. Da dies auf der Basis einer gar nicht vorhandenen oder aber einer unangemessenen Diagnostik (s.o.) erfolgt, wird die Therapie häufig symptombezogen und eher selten konsequent durchgeführt werden („wenn es gar nicht mehr geht, nehme ich eine Ibu“) und stellt bisweilen eine Bedrohung dar. Gerade die unkritische Therapie von Schlafstörungen (Psychopharmaka, Benzodiazepine), Schmerzen (Opioiden) und Fieber (Antibiotika) können zu Sucht oder anderen Komplikationen führen. Das Ablaufdatum

von Medikamenten scheint für uns weniger wichtig zu sein, als für unsere Patienten. In vielen Ländern gilt daher die Selbsttherapie von Ärzten als unethisch (genauso wie die Behandlung von Angehörigen).

**Bagatellisierung und Hypochondrie.** Häufig ist die größte Angst von Ärzten die, von ihren Kollegen als Hypochonder abgestempelt zu werden. Daher werden Symptome oft bagatellisiert und rationalisiert. Der Grat zwischen „ich muss noch nicht“ und „jetzt ist es eh zu spät“ ist häufig schmal. Uns fehlt die Gnade des Unwissens, auch wenn man als Kardiologe z.B. kein Experte für eine Gonarthrose sein muss.

**Präsentismus.** Viele Ärzte arbeiten auch wenn sie krank sind. Gründe hierfür sind in der Klinik u.a. die Unterbesetzung (die durch den eigenen Ausfall zu einer massiven Überlastung der Kollegen führen würde) und das Verantwortungsgefühl für die Patienten. In der Praxis kommen auch schwerwiegende wirtschaftliche Zwänge hinzu. Es gibt keine definierte Grenze, ab der ein Arzt „unfit for work“ ist. Uns wird auch in der Regel niemand nach Hause schicken, wenn wir krank sind.

**Hohes Risiko für Sucht und Suizid.** Viele Ärzte werden im Laufe ihrer ärztlichen Tätigkeit substanzabhängig, wobei hier der Alkohol eindeutig im Vordergrund steht: Grund hierfür ist zum einen die Tatsache, dass wir einen leichten Zugang zu Suchtmitteln haben. Vielfach versorgen uns unsere Patienten nicht nur zu Weihnachten mit



einem „guten Schluck“ („äußere Griffnähe“). Zum anderen gehört die Behandlung von Befindlichkeitsstörungen mittels Substanzzufuhr zu unserem ärztlichen Alltag. Darüber hinaus scheint der Arztberuf der Beruf mit der höchsten Suizidrate überhaupt zu sein.

**Zu den Äußeren Gründen, die unsere Gesundheit bedrohen, zählen:**

**Infektionen durch Patientenkontakt.** Dieses Risiko war nach dem 2. Weltkrieg der Hauptgrund dafür, dass die Lebenserwartung von Ärzten signifikant niedriger war als in der Allgemeinbevölkerung. Glücklicherweise konnte das Risiko für die Übertragung von Tbc (durch Minderung der Prävalenz), Hepatitis B (Impfung) und anderen Infektionen signifikant gesenkt werden. Trotzdem sterben immer noch Ärzte an übertragbaren Krankheiten, die sie im Beruf erwerben, wie z.B. die wiederholten Ebola-Ausbrüche in Afrika gezeigt haben.

**Zunehmende Gewalt gegen Angehörige von Gesundheitsberufen.** Auch wenn es schwer zu verstehen ist: Dieses Risiko nimmt in den letzten Jahren zu. Dabei sind Tötungsdelikte nur die Spitze des Eisberges. Beschimpfungen und Tätlichkeiten gegen Notärzte, Ärzten in Notaufnahmen oder in der Praxis haben dazu geführt, dass mittlerweile in vielen Notaufnahmen Sicherheitsdienste engagiert werden.

**Schwierige Arbeitsbedingungen.** Die Ökonomisierung und Industrialisierung können einen negativen Einfluss auf die Interaktion mit unseren Patienten haben. Eine gelungene Krankenbehandlung stellt aber einen unserer wichtigsten Resilienzfaktoren dar. Während sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis Ärzte die volle Verantwortung für die medizinische Qualität der Behandlung tragen, werden ihre Einflussmöglichkeiten in den Prozessen immer geringer. Diese Trennung von Macht und Verantwortung mag ein Grund für die steigende Burnout Rate bei Ärzten sein.

**Posttraumatisches Belastungssyndrom.** Während die Bundeswehr, die Polizei und Feuerwehr (um nur einige Beispiele zu nennen) über ein professionelles niedrigschwelliges Angebot für die Verarbeitung von Kriegseinsätzen, Terrorangriffen oder anderen Katastrophen verfügen, fehlt dies für Ärzte noch weitgehend bzw. wird erst seit kurzem aufgebaut. Dieses mag Ausdruck unseres Gefühls der Unverwundbarkeit sein, die im therapeutischen Setting hilfreich sein mag, aber leider keine rationale Grundlage hat.

*\*Die Stiftung wurde im Jahr 2015 durch Professor Braun, Professor Dr. Gerd Witte (Leiter der Radiologie in der Asklepios Klinik Wandsbek) und Frau Professor Dr. Mariam Klouche (Fachärztin für Laboratoriumsmedizin in Bremen) gegründet und ist als gemeinnützig anerkannt. Sie speist sich durch Vortragshonorare und Spenden von Ärzten und ist unabhängig von Klinikkonzernen und Pharmaindustrie. Sie verfolgt das Ziel, die Gesundheit der Ärzteschaft in den Fokus zu nehmen und für Verbesserungen zu arbeiten.*

Weitere Informationen: [www.arztgesundheit.de](http://www.arztgesundheit.de)



## 10 wichtige Tipps

• Zusammenfassend bekommen wir andere Krankheiten (mehr Abhängigkeitserkrankungen und Suizide, weniger COPD) und gehen mit diesen Krankheiten anders um. Damit dies nicht zu unnötiger Morbidität oder gar Mortalität führt, seien folgende 10 Tipps erlaubt:

• **Sich als wirksam erfahren:** Wer regelmäßig Wertschätzung von Patienten erfährt, kommt in Drucksituationen nicht so leicht aus dem Takt. Im Notfall klopfen Sie sich selber für das auf die Schulter, was Sie gut gemacht haben.

• **Nein sagen:** Grenzen Sie sich ab von unrealistischen Erwartungen – von Patienten wie von Kollegen. Sie müssen sich nicht entschuldigen, wenn Sie Urlaub machen oder krank sind.

• **Eigene Grenzen erkennen und kommunizieren:** Die Medizin ist so komplex wie Universalgenies selten sind. Erkennen Sie Ihre fachlichen und persönlichen Begrenzungen an und trauen Sie sich, um Rat zu fragen.

• **Mit Fehlern umgehen können:** Fehler gehören zwingend zu unserem Beruf. Fehler offen zu kommunizieren, etwa in Fauxpas-Clubs oder auch in anonymen Foren (z.B. [www.jeder-fehler-zählt.de](http://www.jeder-fehler-zählt.de)), steigert die Resilienz und sorgt dafür, dass wir aus unseren Fehlern lernen können, ohne uns selber zu quälen.

• **Das fachliche Feuer am Brennen halten:** Die Fortschritte in der Medizin sind fantastisch. Bleiben Sie neugierig auf das Fach, das Sie einmal studiert haben.

• **Einen Rahmen schaffen:** Wer stabil bleiben will, braucht Verankerung. Schaffen Sie sich eine Struktur, in der auch Urlaube und Pausen berücksichtigt sind und in der auch Ihre Freunde und Familie einen Raum haben.

• **Suchen Sie sich einen Hausarzt und behandeln Sie Ihre Angehörigen nicht selber!** Selbstdiagnostik und Therapie sind keine gute Idee und verzögern regelhaft eine frühzeitige Diagnosestellung und erfolgreiche Therapie.

• **Opferrolle verlassen:** Auch wenn es manchmal schwerfällt – sehen Sie sich nicht als Opfer der Verhältnisse. Das Gefühl, selbstbestimmt handeln zu können, ist einer der größten Resilienzfaktoren.

• **In Beziehungen investieren:** Menschen sind soziale Wesen, Heilberufler allemal. Stabile Beziehungen – privat und beruflich – geben in Drucksituationen Stärke.

• **Den Humor behalten:** Lachen, wenn es um Leben und Tod geht? Laien ist der Humor im OP oder auf der Intensivstation oft schwer zu vermitteln. Profis schöpfen aus ihm viel Kraft.

Wer wurde denn reanimiert, dass Sie so dringend länger bleiben mussten?

# Assistenzarztumfrage offenbart massiven Handlungsbedarf Arbeitszeitgesetz bloße Makulatur – Personalnot gefährdet (auch) Patienten – Digitalisierung in den Kinderschuhen

Ökonomischer Druck und Personalmangel in der Klinik beeinträchtigen nicht nur die Gesundheit des medizinischen Personals, sondern stellen auch eine potenzielle Gefahr für Patientinnen und Patienten dar. Diesen Schluss legen die Antworten von rund 1500 Assistenzärztinnen und Assistenzärzten nahe, die sich an einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes beteiligt haben. Begünstigt und in Teilen überhaupt erst möglich wird diese Entwicklung offensichtlich durch noch immer weit verbreitete Defizite bei der Erfassung und Dokumentation von Arbeitszeiten. Auch Effizienzbemühungen durch Digitalisierung und ein damit einhergehender möglicher Bürokratieabbau stecken vielerorts noch immer in den Kinderschuhen. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, sieht erheblichen Handlungsbedarf – auch mit Blick auf notwendige Kontrollen der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes durch zuständige Behörden.

Exakt 1437 Assistenzärztinnen (69 Prozent) und Assistenzärzte (31 Prozent) nahmen von Dezember 2018 bis Januar 2019 an der Umfrage teil und nicht nur ihre Antworten, sondern auch hunderte von Kommentaren legen einen interessanten und in Teilen erschreckenden Blick auf die Arbeitswelt der in Weiterbildung befindlichen Ärzte frei – von den Themen Arbeitszeit und Digitalisierung bis hin zu Weiterbildung und Fehlermanagement\*. Für den Ausschuss der Assistenzärzte im Hartmannbund – Initiatoren der Erhebung – sind deren Resultate durchaus ein Spiegelbild dessen, was ihnen von jungen Kolleginnen und Kollegen in der Ausschussarbeit geschildert wird.

Dr. Wenke Wichmann, Mitglied des Leitungsgremiums des Ausschusses sieht alle beteiligten Player gemeinsam in der Pflicht, Abhilfe zu schaffen. Politik, Krankenhausträger und Verantwortliche in den Kliniken selbst. „Wir sehen uns in erster Linie da nicht in der Rolle des Anklägers, sondern wollen – soweit es geht konstruktiv – daran mitwirken, notwendige Veränderungen zu gestalten“, macht Wichmann klar. Für grundsätzlich inakzeptabel hält sie es allerdings, wenn gesetzlich klar definierte Regelungen vom Arbeitgeber nicht eingehalten werden.

„In dieser Grauzone sind die Weiterbildungsassistenten meistens das schwächste Glied in der Kette und gezwungen, Regelverstöße mehr oder weniger hinzunehmen. Das darf nicht sein“, kritisiert Wichmann. So sieht es auch Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt: „Das Arbeitszeitgesetz darf auch in Zeiten von Personalmangel nicht zur Makulatur verkommen. Da braucht es Verlässlichkeit. Es nützen im Zweifelsfall am Ende die von uns geforderten Personalschlüssel nichts, wenn es keine effektiven Möglichkeiten der Durchsetzung und Kontrolle gibt.“ Hier seien vor allem die Aufsichtsbehörden gefordert, ihre Kontrollfunktion konsequenter wahrzunehmen.

### Konsequente Arbeitszeiterfassung? Fehlanzeige!

So geben rund 50 Prozent der Befragten an, ihre Arbeitszeit werde nicht konsequent erfasst und (häufig auch ungeplante) Überstunden würden somit nicht entsprechend dokumentiert. Fast jeder Zweite arbeitet – regelwidrig – im Bereitschaftsdienst länger als 50 Prozent seiner regulären Arbeitszeit. Dass Personalmangel Ursache

vieler dieser Missstände sei – rund 50 Prozent der Teilnehmer geben an, Personalausfälle auf ihren Stationen könnten nicht kompensiert werden – ist für Wichmann zwar „objektiv nachvollziehbar“, deshalb aber trotzdem weder für Ärztinnen und Ärzte noch für die Patienten hinnehmbar. Wenn – nicht zuletzt offenbar auch vor diesem Hintergrund – 75 Prozent der befragten Berufseinsteiger angeben, sie seien regelmäßig (im Nachtdienst oder allein auf der Station) mit Situationen konfrontiert, auf die sie sich „nicht vorbereitet“ sähen, so sei dies mehr als besorgniserregend. „Dies umso mehr, als ein Großteil dieser Gruppe durch diesen Umstand bereits „patientengefährdende Fehler“ wahrgenommen hat“, warnt Wichmann, die dabei gleichzeitig eine Lanze für die erfahrenen Kolleginnen und Kollegen bricht. Denn für deren Unterstützung im Hintergrunddienst gibt es von den jungen Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich überwiegend gute bis sehr gute Noten.

Zur partiellen Arbeitsunzufriedenheit der Assistenzärzte (knapp ein Drittel äußert sich unzufrieden bis sehr unzufrieden) tragen neben der Arbeitsbelastung und „Frustration“ über zu wenig Zeit für den Patienten (nur jeder Vierte sieht diese als ausreichend an) offensichtlich nach wie vor auch Defizite bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei. Rund 40 Prozent sehen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Wunsches nach Teilzeit, mangelnde Angebote an flexiblen Arbeitszeitmodellen oder fehlende Betreuungsangebote noch immer als größte Hindernisse einer ausgewogenen Work-Life-Balance. Zwei Drittel der Befragten sehen negative Auswirkungen ihrer Arbeit auf Privatleben und soziale Kontakte, jeder Fünfte befürchtet zudem gesundheitliche Beeinträchtigungen.

### Ineffiziente Digitalisierung

Wo die jungen Ärztinnen und Ärzte noch ungehobene Entlastungs- und Effizienzpotenziale in der Klinik sehen, wird im Kapitel „Digitalisierung“ der Umfrage deutlich. Rund 60 Prozent der Befragten kritisieren „ineffiziente Formen“ der Digitalisierung an ihrer Klinik: Radiologie-Befunde, die von Patienten auf CD gebrannt mitgebracht werden, da es keinen Austausch-Server mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gibt. Externe schriftliche Befunde, die „digitalisiert“ werden, indem sie eingescannt werden und damit als Bilddatei in der Krankenakte verfügbar sind – mit der allerdings nicht weitergearbeitet werden kann, weil die Befunde nicht kopierbar sind. Medikamentenpläne, die trotz QR-Code abgeschrieben werden müssen, weil es an Software fehlt, die den QR Code-Datensatz ins Krankenhausinformationssystem überspielen kann. Dass vier von fünf Assistenzärzten den Anteil von Bürokratie an ihrer Arbeitszeit mit über 50 Prozent beziffern, dürfte auch maßgeblich diesem Umstand geschuldet sein – nicht nur für Reinhardt eine „dramatische Verschwendung ärztlicher Ressourcen“.

Fehlanzeige in Sachen Digitalisierung im Wesentlichen offenbar weitgehend auch in der Weiterbildung. Dort spielt sie bei 85 Prozent der Befragten „keine Rolle“. Apropos Qualität der Weiterbildung: Mehr als die Hälfte der Befragten benotet die Qualität und den Umfang ihrer Einarbeitung zum Berufsstart mit den Noten „4“ und „5“.



Und gerade einmal jeder vierte Assistenzarzt beschreibt seine Weiterbildung als „strukturiert“ – zum Beispiel durch einen verlässlichen Rotationsplan, der alle relevanten Inhalte abdeckt.

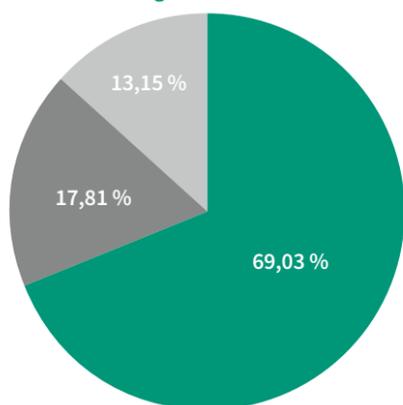
### Korsett der Ökonomie

Für Dr. Klaus Reinhardt ist klar: Die Probleme der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung stehen – jenseits ihrer spezifischen Problematik – stellvertretend für die schwierige Situation des gesamten ärztlichen Personals und auch der Pflege an den Kliniken. „Es leiden alle Beteiligten gleichermaßen unter dem Korsett der Ökonomie. Diese Fessel gilt es zu sprengen, statt sich ihr immer stärker anzupassen!“ Reinhardt kritisierte in diesem Zusammenhang erneut das fehlende Verantwortungsbewusstsein der Länder für die Investitionsförderung der Kliniken und die „Verantwortungsdiffusion“ auf Seiten der verschiedenen Krankenhausträger, die eine rationale Handlungsfähigkeit bei der Krankenhausplanung unmöglich mache.

Eine interessante „Randnotiz“ übrigens noch zum Schluss für alle, die der Niederlassung das absehbare „Aus“ prognostizieren: Bei den Angaben der Befragten zu ihren Karrierezielen (Mehrfachnennungen waren möglich) liegt die Niederlassung in der Gemeinschaftspraxis ganz weit vorn. Und auch der angestellte Facharzt in ambulanten Bereich hat die Nase gegenüber dem Facharzt in der Klinik vorn!

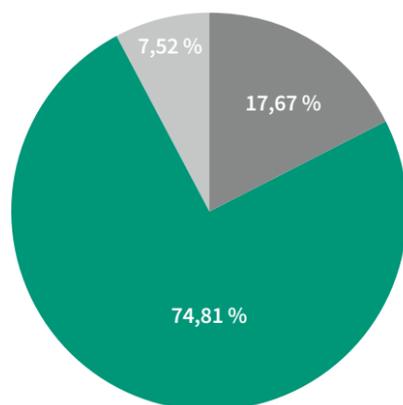
\*Die komplette Übersicht über den Fragenkatalog inklusive mehrerer hundert aufschlussreicher Freitext-Kommentare finden Sie hier ([www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen](http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen)).

Haben Sie bei sich oder anderen Kollegen schon einmal bemerkt, dass durch mangelnde Einarbeitung patientengefährdete Fehler eingetreten sind?



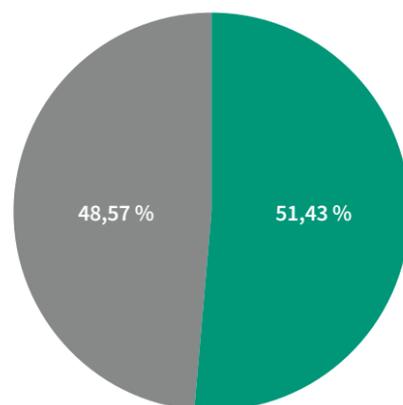
■ Ja 69,03 %  
■ Nein 17,81 %  
■ keine Antwort 13,15 %

Wie schätzen Sie in Ihrer Abteilung die ärztliche Personaldecke ein?



■ Sehr gut bis gut 17,67 %  
■ Problematisch bis mangelhaft 74,81 %  
■ Ungenügend 7,52 %

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?



■ Ja 51,43 %  
■ Nein 48,57 %

## Alarmierend!

Dass „Ärztgesundheit“ – wie zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag – bereits für die Generation der Assistenzärzte ein Thema ist, muss alarmieren. Blicken wir auf die Ergebnisse unserer Umfrage, so kann es uns gleichzeitig aber auch nicht verwundern. Keine Dokumentation von Überstunden, keine angemessenen Pausen, kein Freizeitausgleich und damit die Chance auf Regeneration durch Sport oder gesunde Ernährung. So verbrennen wir frühzeitig die Ärztegeneration von morgen – mindestens aber ihre Motivation. Der häufig geäußerte Wunsch nach einem Jobwechsel spricht Bände. Dass der Deutsche Ärztetag unsere Resolution „Präventionskultur an Kliniken stärken“ verabschiedet hat, bleibt da bis auf Weiteres ein schwacher Trost.

Dr. Wenke Wichmann, Leitungsgremium Ausschuss Assistenzärzte im Hartmannbund

## Die Krankenhäuser wollen ein strategisches Bündnis schmieden Ende des „kalten“ Strukturwandels?

*Sträubte man sich seitens der Krankenhäuser lange Zeit gegen eine Strukturanpassung, welche auch Standortschließungen und Kapazitätsrückbau einschließt, so ist hier ein grundsätzlicher Wandel eingetreten. Man sei willens, aktiv einen konstruktiven Dialog bezüglich der Strukturentwicklung der Krankenhauslandschaft zu führen – dies betonte jüngst Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Erklärte Voraussetzung der DKG: Die Strukturbereinigung „auf kaltem Wege“ müsse überwunden werden. An die Stelle der aktuellen „Zermürbungsstrategie“ solle eine gemeinsame Krankenhaus-Strategie von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen treten.*

Ein möglicher Grund für die proaktive Initiative: Die im Koalitionsvertrag von Union und SPD vorgesehene Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ soll bis 2020 umfassende Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems erarbeiten. Grund genug für DKG wie auch ärztliche Interessensvertreter nochmals nachdrücklich auf die immer stärker drängenden Probleme der stationären Versorgung aufmerksam zu machen.

Grundsätzlich seien die Krankenhäuser zu, unter Umständen dann auch schmerzhaften, strukturellen Veränderungen bereit, wenn diese sich konsequent und transparent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren sowie mit besseren Rahmenbedingungen gekoppelt werden, erläuterte Gaß. Aktuell werde aber im Gegensatz dazu über das Zusammenspiel von Faktoren wie Regionalpolitik, mangelnde Investitionskostenfinanzierung, teils

ruinöse Erlössituation oder auch Personalmangel contra Personalvorgaben eine destruktive Krankenhauspolitik betrieben.

Deshalb müssen aus Sicht der DKG zufriedenstellende Regelungen zur Investitionskostenfinanzierung, zum Abbau der Bürokratie und der regulatorischen Anforderungen oder auch zu notwendigen Anpassungen des DRG-Systems her – unter diesen Voraussetzungen stelle man sich der Strukturdebatte. In einem Vorstandspapier der DKG wird ausdrücklich auch auf den Abbau von nachweislich nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im konkreten Einzelfall auch Standortschließungen verwiesen. Zugleich müssten dann aber auch Standorte in Räumen mit Versorgungsdefiziten gestärkt und die Versorgungsangebote weiterentwickelt werden.

In einen solchen Prozess zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sollten dann die Krankenhausträger „aktiv und

verantwortungsvoll“ eingebunden werden. Transparenz und Akzeptanz für eventuelle Veränderungen auf lokaler Ebene könnten, so die Idee der DKG, Regionalkonferenzen mit Beteiligung von Beschäftigten, Bürgern und Kommunalpolitik schaffen. In der Tat setzten Standortschließungen, oder auch nur Gedankenspiele hierzu, die Regionalpolitik in der Vergangenheit zumeist heftigem Gegenwind aus. Ängste um einen, mit dem Rückbau von Standorten verbundenen, Qualitätsverlust der regionalen medizinischen Versorgung spielten und spielen bei Protesten und Demonstrationen genauso eine Rolle, wie der drohende Verlust von Arbeitsplätzen und Wirtschaftskraft – in nicht wenigen Kommunen zählen Kliniken zu den größten regionalen Arbeitgebern.

Zuletzt kam es beispielsweise im bayrischen Hersbruck nahe Rothenburg und in Bremerhaven zu Kundgebungen und Unterschriftenaktionen aufgrund drohender Klinikschließungen.

*„Wenn wir mit Bundespolitikern über die Krankenhauspolitik reden, hören wir, dafür seien die Länder zuständig. Sprechen wir mit Landespolitikern, wird uns gesagt, die strukturellen Entscheidungen werden in Berlin getroffen. Wird aber ein Krankenhaus geschlossen oder steht in der Diskussion, wird von den Kommunalpolitikern erwartet, dagegen etwas zu tun.“*

*Walter Hartl, Oberbürgermeister von Rothenburg ob der Tauber.*

Insofern scheint die Idee einer stärkeren Einbeziehung der regional Betroffenen mehr als sinnvoll. Jüngst forderte etwa die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) Krankenhäuser, Politik und Krankenkassen sollten über geplante Klinikschließungen gemeinsam informieren und sie der Öffentlichkeit erklären. „Man muss den Patienten auch sagen, wo sie versorgt werden, wenn ein Klinikum schließen soll“, merkte hierzu KGNW-Präsident Jochen Brink an.

Neben dem Aspekt des Strukturwandels will sich die DKG auch verstärkt dem Bereich der Personalbesetzung in der Pflege widmen. Gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR), den Pflegekammern und den Gewerkschaften soll ein Personalbemessungsinstrument entwickelt werden, welches eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert. Das Instrument soll den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz) definieren. Die Vorschläge sollen ein weitreichendes und konstruktives Mitgestaltungs-Angebot der Krankenhäuser an die Politik darstellen.

„Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, erläuterte Gaß.

Im Sinne der Krankenhausärzte wird man in diesem von der DKG angestoßenen Prozess darauf achten müssen, dass auch die Belange der Ärzte ausreichend Berücksichtigung finden. Hier dürfte seitens der ärztlichen Interessensvertreter beispielsweise der bisher nahezu unlösbare Zielkonflikt, dem leitende Krankenhausärzte zwischen Personalbudget und Organisationsverantwortung ausgesetzt sind, ein Hauptthema sein – auch vor dem Hintergrund der Neujustierung der Pflege. Das Thema Arbeitszeiten und Arbeitszeitgesetz spielt hier ebenfalls eine relevante Rolle.



### Der Bedarf des Patienten muss im Vordergrund stehen

Zwei Umstände bereiten den deutschen Krankenhäusern derzeit besonders große Sorgen: Personalmangel und ernsthafte wirtschaftliche Probleme einiger Kliniken. Die Politik hat unterschiedliche Lösungsansätze: Mit Personaluntergrenzen soll ein Mindeststandard an Pflege gesichert werden und mit ausbleibender Investitionsfinanzierung wird auf kaltem Weg ein Strukturwandel vorangetrieben, der nicht Versorgung im Blick hat.



*Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat Eckpunkte vorgelegt, die andere Wege vorschlagen. Statt der bürokratischen und praxisuntauglichen Pflegepersonaluntergrenzen wollen wir gemeinsam mit Deutschem Pflegerat, und Gewerkschaft ein Personalbemessungsinstrument für das ganze Haus entwickeln, das es ermöglicht, Mitarbeiter bedarfsgerecht einzusetzen und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu verbessern. Denn nur so sind junge Menschen bereit, sich zu Pflegekräften ausbilden zu lassen.

Wir wollen aber auch die flächendeckende Krankenhausversorgung sichern. Dazu muss aber die destruktive Politik der Strukturbereinigung auf kaltem Weg über unzureichende Investitionsfinanzierung, nicht mehr angemessene regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben. Die anhaltenden Strukturdebatten verdeutlichen vor allem die Interessen der Akteure. Aber wenn die auf ihre Ausgaben fokussierten Krankenkassen den Diskurs bestimmen, kann das für die Versorgung der Patienten schwere Folgen haben. Da werden vereinzelt vorhandene Parallelstrukturen schnell zu flächendeckenden und vermeintlich hochproblematischen „Übersorgungen“ umgedeutet, die tatsächlich vorhandenen Unterversorgungstendenzen in ländlichen Regionen aber verschwiegen. Zentralisierung mag der Kostenersparnis dienen, führt aber absehbar zur weiteren Verschärfung der Versorgungslage in dünn besiedelten Regionen.

Wir haben deswegen einen Pakt für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagen. Ausbleibende Investitionskostenförderung und mangelnde Finanzierung dürfen nicht mehr Instrumente der Krankenhausstrukturpolitik sein. Viel zu häufig bestimmen wirtschaftlicher Überlebenskampf und die Zufälligkeiten der Krankenhausfinanzierung über die Versorgung der Patienten.

Unsere Vorstellung einer gesunden Krankenhausstruktur orientiert sich strikt am Bedarf und nicht an den wirtschaftlichen und politischen Interessen der jeweiligen Akteure.

Ein solcher Pakt wird nur erfolgreich sein, wenn altbekannte Positionen überdacht werden. Die DKG und die Landeskrankhausgesellschaften sind bereit sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen.

*Einem konstruktiven Dialog über angemessene Strukturen in der Krankenhauslandschaft will sich die DKG stellen. Kliniken mal einfach „ausradieren“ darf dabei nicht Grundlage politischen Handelns sein.*

## Verwaltungsarbeit versus Patientenversorgung Das Bürokratiemonster wächst und wächst...

54,5 Millionen Arbeitsstunden leisteten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihre Angestellten im Jahr 2018 – wohlgermerkt alleine für Verwaltungsarbeit. Klingt viel? Ist auch viel... Zur Veranschaulichung: 60 Arbeitstage und Nettokosten von knapp 2,5 Milliarden Euro flossen im vergangenen Jahr in die Bürokratie statt in die eigentliche Patientenversorgung. Und in den Krankenhäusern sieht es nicht besser aus. So bezifferten vier von fünf Assistenzärzten für die aktuelle Assistenzarztumfrage des Hartmannbundes den Anteil der Bürokratie an ihrer Arbeitszeit auf bis zu 50 Prozent.

Nun sind zwar bestimmte Dokumentationen und Informationen, welche von Ärzten und Psychotherapeuten übermittelt werden, für ein funktionierendes Gesundheitswesen unverzichtbar. Klar ist aber auch, dass man sich eine mit übermäßiger Bürokratie und Formularwut einhergehende Verschwendung ärztlicher Ressourcen, insbesondere in Zeiten des immer spürbarer werdenden Ärztemangels, eigentlich nicht leisten kann.

Um den entstehenden Aufwand zu erfassen und daraus mögliche Einsparpotenziale ableiten zu können, erarbeitet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) seit 2016 jährlich, gemeinsam mit dem Nationalen Zentrum für Bürokratiekostenabbau der Fachhochschule des Mittelstandes, einen Bürokratieindex (BIX) für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nach dem Vorbild des Bürokratiekostenindex des Statistischen Bundesamtes. Neben der an sich schon beängstigenden Zahl von über 50 Millionen Bürokratiestunden zeigt der aktuelle BIX eine Entwicklung auf, die Sorgen macht: Im Jahr 2018 mussten insgesamt nochmals etwa 323.000 Stunden Bürokratieaufwand mehr erbracht werden als 2017 – bereits im Vorjahr war der Indexwert gestiegen.

Und auch in den Krankenhäusern ist der für bürokratische Arbeiten zu leistende Zeitaufwand in den letzten Jahren nochmals gestiegen. Laut Umfragen, ein zentral erfasster Datenindex existiert (noch) nicht, betrug der Anteil von Ärzten die täglich zwei bis drei Stunden für bürokratische Arbeiten aufwenden müssen, im Jahr 2015 etwa 20 Prozent und stieg 2017 auf 29 Prozent. Der Anteil der Krankenhausärzte, bei denen der Aufwand pro Tag drei Stunden übersteigt, verdoppelte sich gar von 13 auf 26 Prozent.

Kein Wunder also, dass der Abbau von Bürokratie für die Ärzteschaft eine hohe Priorität darstellt. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern ein verbindliches Abbauziel von 25 Prozent. Angesichts dessen, dass die befürchteten Belastungen aufgrund von Bürokratie in der Reihenfolge der Niederlassungs-

hemmnisse bei jungen Ärzten an zweiter Stelle hinter dem Investitionsrisiko und noch vor der Regressgefahr stehen, ist nur folgerichtig.

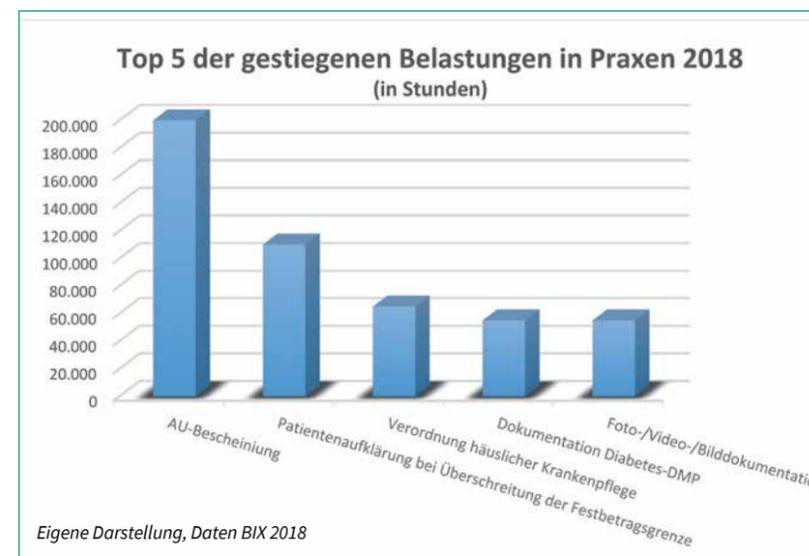
Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert die Einführung eines bundesweiten Programms zum Abbau von bürokratischem Aufwand: Zielgröße des Programms soll die Reduktion des bürokratischen Aufwands und der Dokumentationslast um 50 Prozent sein. Zudem soll der Anteil für Dokumentation und Bürokratie generell auf maximal 20 Prozent der Arbeitszeit begrenzt sein.

Bereits in der Vergangenheit gab es Bestrebungen, der Bürokratie im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. So wurde von den Trägern der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Nationalen Normenkontrollrat das Projekt "Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen" initiiert. Gemeinsam hatte man die bürokratischen Abläufe

in Arzt- und auch Zahnarztpraxen auf den Prüfstand gestellt und sich im Jahr 2015 auf 20 Handlungsempfehlungen geeinigt, die im Praxisalltag unnötige Bürokratie vermeiden sollten.

Im Zuge der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen wurden beispielsweise Formulare vereinheitlicht und vereinfacht – ein Ansatz der auch in Formularlaboren und anderen Anlaufstellen auf KV-Ebene verfolgt wird. Zu den Erfolgen zählen beispielsweise die Abschaffung der Auszahlungsscheine für die Krankengeldzahlung und des „Antrags zum Antrag“ bei der medizinischen Rehabilitation sowie die Vereinfachung der Chronikerbescheinigung. Auch konnten Fortschritte bei der Digitalisierung von Formularen und den dahinter stehenden Prozessen erreicht werden, beispielsweise bei Laborüberweisungen.

Weitere Möglichkeiten zum Bürokratieabbau können Ärzte und Psychotherapeuten mittels des Online-Forums „Mehr Zeit für Patienten“ der KBV ausloten bzw. mitgestalten. In dem Portal können entsprechende Hinweise unterbreitet werden – diese werden von der KBV aktiv geprüft. Zudem können sich Ärzte und Psychotherapeuten als Experten registrieren lassen und so die KBV beim Abschätzen des Bürokratieaufwandes unterstützen.



Warum aber wächst das Bürokratiemonster trotz all dieser Bemühungen stetig weiter? Nicht beeinflussbar, aber im gewissen Umfang relevant, sind die aufgrund des demografischen Wandels steigenden Fallzahlen bzw. Arzt-Patienten-Kontakte. Pauschal gesagt: Jeder zusätzliche medizinische Vorgang im Gesundheitswesen löst leider auch zusätzliche Verwaltungs- und Dokumentationspflichten aus, selbst wenn man die Bürokratielast relativ gesehen senkt. Zudem leisten Gesetze wie das berühmte-berühmte

Spahn (CDU) auch an einem Spagat zwischen den Interessen von Kassen und Kliniken. Ursache: Die Zahl von MDK-Abrechnungsprüfungen, die bei den Kliniken Zeit und Personal binden, ist allein zwischen 2014 und 2018 von rund 1,9 auf 2,6 Millionen gestiegen. Nun sollen die Klinik-Abrechnungen seltener, aber gezielter als bisher überprüft werden – so könnten strittige Abrechnungsfragen und der entstehende Aufwand systematisch reduziert werden.

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) oder auch die die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ihr Übriges.

Hoffnungsvoll mag stimmen, dass die Bundesregierung im Dezember letzten Jahres das „Arbeitsprogramm Bessere Rechtsetzung und Bürokratieabbau 2018“ beschloss. Unter der Maßgabe von Bürokratieabbau und besserer Rechtsetzung sollen künftig relevante negative Folgen (Kosten und Belastungen) von kommenden Gesetzen besser dargestellt und überprüft werden.

Dass Gesetze in bestimmten Fällen durchaus sogar zur Entschlackung beitragen können, zeigt der kürzlich vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Entwurf für ein MDK-Reformgesetz. Neben der Neustrukturierung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) versucht sich Bundesgesundheitsminister Jens

 **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)



## Fernbehandlung & Telemedizin Es ruckelt sich so langsam ein

*Gut ein Jahr ist es her, dass der 121. Deutsche Ärztetag nach intensiver Diskussion die (Muster-) Berufsordnung für Ärzte anpasste und die bislang geltenden berufsrechtlichen Vorgaben zur Fernbehandlung per Beschluss mit großer Mehrheit lockerte. Wie aber wird mit Fernbehandlungen in den einzelnen Landesärztekammern eigentlich umgegangen? In der Öffentlichkeit wurde zuvor und im Nachgang, auch von der Politik, die Aufhebung des „Fernbehandlungsverbotes“ thematisiert und zum Teil ausdrücklich gefordert, mindestens aber begrüßt. Große Erwartungen wurden und werden mit der nun „befreiten“ Telemedizin verbunden. Doch wird sie mit ihren Instrumenten Handy, Smart Watch und Webcam am PC wirklich zum Allheilmittel gegen Ärztemangel und Eigensteuerung der Patienten werden können?*

Ein striktes und generelles Verbot gab es in der Vergangenheit schon nicht: In der „alten“ Berufsordnung war lediglich die ausschließliche Behandlung über Kommunikationsnetze untersagt. (Video-) Telefonie durfte immer nur mit Bestandspatienten erfolgen, das heißt, der ergänzende Einsatz von Kommunikationsmedien war auf dieser Basis bereits möglich – Online-Videoprechstunden mit Bestandspatienten konnten beispielsweise bereits seit dem 1. April 2017 durchgeführt und über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.

Die neue Regelung in der (Muster-) Berufsordnung der Ärzte sieht nun in Paragraf 7 Abs. 4 vor, dass Ärzte „im Einzelfall“ auch bei ihnen noch unbekanntem Patienten eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien vornehmen dürfen – sofern dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt (insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhe-

bung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation) gewahrt wird und die Patienten auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden. Diese Regelung musste in einem nächsten Schritt in die, dann rechtsverbindlichen, Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen werden – oder eben auch nicht.

Denn das war durchaus kein Selbstläufer: Die Sorgen und Ängste der Ärzteschaft, die sich in der Debatte des 121. Deutschen Ärztetages gezeigt hatten, und die unterschiedliche Einschätzung von Chancen und Risiken führten nicht zu einer 1-zu-1-Übernahme des Ärztetagbeschlusses. Die Landesärztekammern können selbst entscheiden, ob sie die Empfehlung in ihre Berufsordnung übernehmen – oder eben andere Regelungen treffen.

Während Schleswig-Holstein eine sogar über den DÄT-Beschluss hinausgehende Regelung getroffen hat, sind in Baden-Württemberg ausschließliche Fernbehandlungen noch immer nur in genehmigten Projekten gestattet. Die Delegierten der Landesärztekammer Brandenburg wiederum sprachen sich gegen eine ausschließliche Fernbehandlung aus: Die Berufsordnung biete schon jetzt weitreichende Möglichkeiten der Fernbehandlung. Demgegenüber bestünde in der Ermöglichung einer ausschließlichen Fernbehandlung, also ohne jeden unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt, ein „unkalkulierbares Risiko“ für Patient und Arzt. Die anderen Ärztekammern haben die Änderung entsprechend der Empfehlungen des Ärztetags umgesetzt – ganz „frisch“ im April etwa in Hamburg und im Saarland.

Eine seltsame Blüte treibt die Diskussion um Fernbehandlungen in Mecklenburg-Vorpommern: Der dortige Landtag beschloss Mitte März mit den Stimmen der Regierungskoalition aus CDU und SPD einen Antrag, welcher die Landesregierung auffordert, Druck auf die Ärztekammer bezüglich einer Anpassung der Berufsordnung im Sinne des DÄT-Beschlusses auszuüben. Die in der Kammerversammlung Mecklenburg-Vorpommerns vertretenen Ärztinnen und Ärzte hatten aber im Oktober 2018 bereits eine entsprechende Öffnung der Berufsordnung intensiv diskutiert und das Thema zunächst, da kein eindeutiges Votum zustande kam, in den Satzungsausschuss sowie den Ausschuss „Ambulantes Gesundheitswesen“ zur Klärung identifizierter offener Fragen überwiesen. Mit politischem Druck dürfte man allerdings bestehende Bedenken nur schwerlich ausräumen können – der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bezeichnete den Antrag der SPD/CDU-Fraktion folgerichtig als unangemessen.

Zumal die starke Fixierung auf das Detail der ausschließlichen Fernbehandlung auch nicht sinnvoll erscheint: Wie bereits erläutert, ist eine Fernbehandlung im Rahmen der Verlaufskontrolle bei bereits bekannten Patienten ohnehin erlaubt. Zudem, und darauf verweist auch die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, müsste vor dem umfassenden Einsatz telemedizinischer Ansätze auch die technische Infrastruktur, sprich die Verfügbarkeit von schnellem und zuverlässigem Internet, auf das notwendige Niveau gebracht werden – ein Punkt der wohl für viele ländliche Räume in Deutschland zutrifft. Eben jenen Gebieten, welche besonders von telemedizinischen Angeboten profitieren sollen. Auch weitere Fragen zu den Rahmenbedingungen für die Fernbehandlung sind durchaus noch nicht abschließend geklärt, etwa zu Haftungs- oder Vergütungsfragen.

Das trotz alledem der Grundtenor innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft eindeutig in Richtung aktives Mitgestalten der künftigen Möglichkeiten von telemedizinischen Ansätzen geht, verdeutlicht nicht zuletzt ein entsprechendes gemeinsames Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie zahlreicher Kassenärztlicher Vereinigungen. Da man den Bereich der Fernbehandlung als elementaren Teil des Sicherstellungsauftrages der KVen ansehe, werde man funktionierende, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete digitale Angebote machen und so den bundesweit auf den Markt drängenden Unternehmen und Start-ups etwas entgegensetzen.

Dies dürfte auch Not tun, denn wenn medizinische Versorgungsleistungen rein als lukrative Geschäftsmodelle begriffen werden, und das kann man bei Konzerninteressen naturgegeben als gesetzt betrachten, dann droht von dieser Seite langfristig ein elementarer Eingriff in das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis – ein Aspekt, welcher seitens der Ärzteschaft auch bereits erkannt wurde.

Dass die angekündigte Etablierung von eigenen Telemedizin-Angeboten durch das KV-System, unter Beachtung von höchsten Datenschutz- und Datensicherheitsansprüchen sowie mit einem starken Fokus auf den Schutz eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses, mit Nachdruck angegangen werden muss, zeigt das Beispiel des Schweizer Telemedizin-Anbieters Medi24. Medi24 bietet potenziellen Patienten, oder vielmehr Kunden, bereits telefonische Kontaktaufnahme an und arbeitet auch an Angeboten per Chat und Video – sobald in Deutschland die technischen und rechtlichen Grundlagen geschaffen sind, sollen die Medi24-Ärzte auch elektronische Rezepte und Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen ausstellen. Um im deutschen Gesundheitsmarkt langfristig Fuß zu fassen, strebt das Unternehmen Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern an – diese sollen dann bei ihren Versicherten die Kosten für die telemedizinischen Leistungen des Unternehmens übernehmen.

Eine solche, am KV-System qualitativ und vergütungstechnisch „vorbeigeleitete“, Versorgung würde in der Tat eine bittere Pille für die niedergelassene Ärzteschaft darstellen. Will man diese Pille – mit ihren absehbar negativen Folgen für vertrauensvolle und über bloße Geschäftsbeziehungen hinausgehende Arzt-Patienten-Kontakte – nicht schlucken, so gilt es, Telemedizin nicht pauschal abzulehnen, sondern sie aktiv zu gestalten und nicht den Konzernen zu überlassen. Nur so kann die Ärzteschaft die Qualität der Angebote selbst bestimmen, und nur so kann aus der Telemedizin ein echter Mehrwert für Patienten und Ärzte erwachsen. Stichwörter: Arbeitsentlastung, Unterstützung der Versorgung in strukturschwachen Räumen und besonderen Settings sowie eine bessere Versorgungssteuerung.

### Patientensteuerung – „DocDirekt“



Die KV Baden-Württemberg rollt seit Oktober 2018 das Modellprojekt „DocDirekt“ landesweit aus – zuvor wurde der Ansatz in den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart erprobt. Für mindestens

zwei Jahre soll es baden-württembergischen Vertragsärzten ermöglicht werden als sogenannte „Teleärzte“ GKV-Patienten mit akuten Behandlungsanlässen im Rahmen des Modellprojekts ausschließlich über Kommunikationsmedien zu behandeln. In sogenannten „Patientennah erreichbaren Portalpraxen“ (PEPP) werden zudem Termine für Patienten freigehalten, die über die Fernbehandlung nicht abschließend behandelt werden konnten. Bei akuten Erkrankungen können Patienten, sofern sie ihren behandelnden Arzt nicht erreichen, montags bis freitags zwischen 9 und 19 Uhr bei „docdirekt“ anrufen. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) erfassen Personalien und Krankheitssymptome und klären die Dringlichkeit. Sollte kein lebensbedrohlicher Notfall vorliegen, ruft einer der 40 Teleärzte den Patienten zurück, erhebt die Anamnese, klärt das Beschwerdebild, leistet telemedizinische Beratung und leitet ggf. an eine verfügbare Praxis eines niedergelassenen Arztes weiter. Erste Daten zeigen steigende Nutzerzahlen, im März 2019 gab es mehr als 3 000 Konsultationen, und eine hohe Quote von abschließend per Video bzw. Telefon klärbaren Fällen.

### Kein Mensch ist eine Insel – „HALLIGeMED“

Durch die Etablierung eines telemedizinischen Assistenzsystems im Rahmen des Projektes „HALLIGeMED“ soll das bei der akutmedizinischen Versorgung der Halligen im schleswig-holsteinischen



Wattenmeer eingesetzte Fachpersonal bei der Ersteinschätzung und -versorgung durch Fachärzte des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) unterstützt und angeleitet werden. Primäres Ziel ist die Verkürzung des sogenannten therapiefreien Intervalls, also der Zeit bis der Notarzt mit dem Hubschrauber eintrifft. Schon während dieser noch unterwegs ist, soll der Telemediziner via Video- und Audioübertragung den Halligpfleger unterstützen können, indem er beispielsweise Medikamentengaben delegiert oder bei Maßnahmen anleitet. Das Projekt wird mit 750.000 Euro für drei Jahre vom Land Schleswig-Holstein gefördert und startete 2019 nach einer umfassenden Vorbereitungsphase.

### Hinweise und Erläuterungen sowie FAQs zur ausschließlichen Fernbehandlung auf BÄK-Internetseite freigeschaltet

Um Ärztinnen und Ärzte umfassend über die neuen Möglichkeiten im Bereich der Fernbehandlung zu informieren, hat die Bundesärztekammer Hinweise, Erläuterungen sowie einen Fragen-Antwort-Katalog zu rechtlichen Aspekten, technischen Anforderungen und Fragen der Qualitätssicherung erarbeitet.

Die „Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä – Behandlung im persönlichen Kontakt und Fernbehandlung“ sowie der Fragen- und Antwortkatalog können im Internet unter [www.baek.de/fernbehandlung](http://www.baek.de/fernbehandlung) abgerufen werden.

## TI vor dem Start – Ab Juli verpflichtendes VSDM Kann der Zeitplan gehalten werden?

*Bis zum 31. März hatten die Ärzte und Psychotherapeuten Zeit, die notwendige Technikausstattung für den Anschluss ihrer Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) zu bestellen – laut Gesetz müssen die Praxen spätestens ab 1. Juli 2019 in der Lage sein, Versichertenstammdaten mittels der elektronischen Gesundheitskarte online zu prüfen und gegebenenfalls auch automatisiert zu aktualisieren. Dieses sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ist dann die erste Anwendung, die eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur zwingend erfordert. Weitere Anwendungen mit handfesterem Nutzen, wie die Bereitstellung von Notfalldaten, ein elektronischer Medikationsplan und die elektronische Patientenakte, sollen als weitere Anwendungen folgen.*

Praxen, die ab Juli über keine TI-Anbindung verfügen, müssen mit Sanktionen rechnen: Seitens der Politik wurde im E-Health-Gesetz in solchen Fällen eine Honorarkürzung von einem Prozent vorgesehen (siehe § 291 Absatz 2b Satz 14 SGB V). Ohne TI-Anschluss drohen jedoch nicht nur finanzielle Sanktionen. Ärzten und Psychotherapeuten, die ihre Praxen nicht an die TI anbinden lassen, droht unter Umständen auch zusätzliches Ungemach: Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausdrücklich betont, würden solche Fälle Verstöße gegen vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Pflichten darstellen. Auch dafür könnten Sanktionen drohen, zum Beispiel ein Disziplinarverfahren.

Grundsätzlich scheint, nach allen Problemen und Verzögerungen in der Vergangenheit, auch der finale Roll-Out der TI-Technik etwas holprig zu verlaufen. Nach Schätzungen der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) wurden bis Mitte April 2019 schätzungsweise rund 60.000 Praxen (inklusive Zahnarztpraxen und Krankenhausambulanzen) an die TI angebunden. Bis Ende Juni sei mit ca. 40.000 weiteren Neuanschlüssen an die TI zu rechnen – insgesamt wären dann etwa zwei Drittel der Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeutenpraxen sowie Krankenhausambulanzen an die Telematikinfrastruktur angebunden.

Zuletzt hatten sich die Anzeichen gemehrt, dass die Industrie nicht bei allen Vorbestellern eine fristgerechte TI-Installation leisten könnte – entsprechende Wasserstandsmeldungen kamen unter anderem von der KV Hessen und der KV Bayern.

Die Termintreue hängt anscheinend auch vom jeweiligen Anbieter der TI-Konnektoren ab: Während die CompuGroup Medical eine fristgerechte Installation der TI-Komponenten bis zum 30. Juni 2019 garantiert, Bestellung bis zum 31. März vorausgesetzt, klingen die Zusicherungen bei den anderen drei Anbietern (Telekom, Research Industrial Systems Engineering GmbH, secunet Security Networks AG) schon etwas schwammiger.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will die Entwicklung beobachten und sich, sollten Firmen über Einzelfälle hinaus Probleme haben, die Praxen bis Ende des zweiten Quartals 2019 anzuschließen, für eine erneute Fristverlängerung stark machen. „Wir hoffen, dass es allen Anbietern gelingen wird, alle Praxen rechtzeitig anzuschließen. Die großen Player haben garantiert, die Frist einzuhalten. Bei anderen könnte es Engpässe geben. In einem solchen Fall gehen wir davon aus, dass betrof-



### Achtung beim Parallelbetrieb des TI-Konnektors

Im „Reihenbetrieb“ befinden sich alle IT-Komponenten einer Praxis im selben lokalen Netzwerk (LAN) und erhalten über den Konnektor Zugang zur TI und ins Internet – diese Art von Netzwerkkonfiguration ist durch die integrierte Firewall des Konnektors vor unberechtigten Zugriffen von außen geschützt.

Im „Parallelbetrieb“ hingegen wird der Konnektor nur genutzt, um die TI und ihre Dienste zu erreichen. Die restlichen Komponenten im Netz bleiben wie vor der TI-Anbindung über einen herkömmlichen Router an das Internet angeschlossen. Die Sicherheitsausstattung des Konnektors bietet hier keinen Schutz vor Angriffen aus dem Internet.

fene Praxen keine Sanktionen hinnehmen müssen“, betonte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Der Großteil der Ärzte und Psychotherapeuten habe fristgemäß bis Ende März die TI-Ausstattung bestellt.

Jüngst hatten auch Diskussionen um vermeintliche Sicherheitslücken der Konnektoren für Unruhe gesorgt. KBV und gematik gaben hier allerdings bereits (Teil-)Entwarnung: Der Konnektor sei nicht das Problem, sondern die fehlerhafte Ausführung des Anschlusses von Praxen an die Telematikinfrastruktur durch IT-Dienstleister vor Ort. Die gematik kündigte an, sich im Austausch mit den Herstellern und anderen Institutionen um Klärung zu bemühen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf weitere Beratung und Information der installierenden IT-Dienstleister hinzuwirken (siehe Infokasten).

Bleibt zu hoffen, dass die Etablierung der Telematikinfrastruktur in den nächsten Ausbaustufen weniger rumpliger verläuft – schließlich soll sie als „Datenautobahn“ die Voraussetzung für die sichere

und vor allem auch praktikable Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem sein. Wenn demnächst auch Krankenhäuser und Apotheken aufgeschaltet werden, aus dem Bundesministerium für Gesundheit wurden hierzu jüngst mit dem Entwurf zu einem weiteren Digitalisierungsgesetz Vorgaben angekündigt, könnte die Vernetzung der Akteure viel zum schnelleren und einfacheren Austausch von medizinischen Informationen beitragen.

## Neuer Pflege-TÜV in Heimen protegiert die Versorgungsqualität Künftig keine Traumnoten mehr?

*Mehrere hunderttausend Pflegebedürftige und ihre Angehörigen suchen jedes Jahr einen Heimplatz – das bisherige Bewertungssystem von stationären Pflegeeinrichtungen taugte allerdings wenig für einen Qualitätsvergleich. Der Hauptkritikpunkt lautete: Die Pflegeheime erzielten aufgrund der unzureichend aussagekräftigen Bewertungssystematik in allen Bundesländern und in allen Kategorien im Schnitt nur Traumnoten mit der 1 vor dem Komma. Ein Blumenstrauß im Zimmer wiege mehr als die gute Versorgung des Heimbewohners, versinnbildlichte überspitzend die Kritik.*

Nach mehrjähriger Vorarbeit wurde durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), der 1. Januar 2019 als Startpunkt zur Einführung eines neuen stationären Qualitätssystems bestimmt. Das zuständige Gremium, der erweiterte Qualitätsausschuss von Krankenkassen und Heimträgern, signalisierte schließlich im März einstimmig grünes Licht für die reformierte Gestaltung. Damit können die völlig neu konzipierten Qualitätsprüfungen für Pflegeheime und die entsprechende Berichterstattung ab dem 1. November 2019 starten. Erste Ergebnisse der Bewertungen nach neuem Muster sollen bereits im Frühjahr 2020 veröffentlicht werden.



„Wenn wir eines aus den Pflegenoten gelernt haben, dann das: Gute und schlechte Qualität in Pflegeeinrichtungen muss für jeden einfach erkennbar sein. Eine zweite Auflage von verwässerten Ergebnissen darf es nicht geben.“

Gernot Kiefer, stellvertretender Vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

Ursprünglich hatte der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Hermann Gröhe MdB (CDU) als Bundesgesundheitsminister (18. Legislaturperiode) bereits 2015 den damaligen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung im Range eines Staatssekretärs, Karl-Josef Laumann (heute Sozialminister in NRW), um einen Vorschlag zur Neugestaltung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege gebeten. Allerdings kam es in der konkreten Umsetzung des von Laumann im April 2015 vorgestellten Konzepts immer wieder zu Verzögerungen.

Der neue Pflege-TÜV beruht auf umfangreichen Vorschlägen eines Wissenschaftlerteams: Unter Federführung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld hatte dieses Team im vergangenen Herbst ein Konzept für eine Verbraucher und realitätsnähere Bewertung der mehr als 13.000 Pflegeheime vorgelegt.

Worin bestehen die gravierenden Neuerungen, die die Wissenschaftler angestoßen haben? Die Qualitätsbeurteilung in Pflegeeinrichtungen erfolgt künftig anhand verschiedener Kriterien, die die Versorgungsqualität der Bewohner widerspiegeln sollen. Hierzu erfassen und übermitteln alle vollstationären Pflegeheime ab Oktober 2019 regelmäßig Qualitätsdaten anhand von zehn pflegewissenschaftlich entwickelten Ergebnisindikatoren. Berücksichtigt werden beispielsweise Aspekte wie Ernährung, Körperpflege und Wundversorgung oder auch der Erhalt der Mobilität oder die Vermeidung der Entstehung von Druckgeschwüren. Zudem wird es externe Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) geben, auch diese sollen sich

nun stärker als bisher am Outcome, also der Wirkung der Versorgung auf die Patienten, orientieren. Mittels Stichprobe soll hierbei, pseudonymisiert, die Bedarfs- und Versorgungssituation von Heimbewohnern möglichst umfassend und ganzheitlich beleuchtet werden. Auch soll der MDK die Pflegeeinrichtungen konkret bei der Qualitätsverbesserung beraten und unterstützen.

Zusammengefasst in eine öffentliche, transparente und nachvollziehbare Qualitätsdarstellung, beispielsweise auf den Portalen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, sollen die Versorgungsergebnisse den Bürgerinnen und Bürgern einen realistischen Vergleich der Einrichtungen ermöglichen – eben ohne undifferenzierte „Traumnoten“. Bis zum 31. Dezember 2020 soll jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung – immerhin über 14.000 – mindestens einmal nach dem neuen Modell geprüft worden sein.

Außer den Vergleichs- und Marktmechanismen soll der Pflegebereich, ohnehin in letzter Zeit verstärkt in den Fokus der Politik gerückt, jedoch nicht überlassen werden. Sollten im Verlauf der Ergebnisübermittlungen der Heime, der Prüfungen durch den MDK beziehungsweise durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der daraus erstellten Qualitätsberichte Mängel auftreten, können gegenüber den Pflegeeinrichtungen Sanktionsmöglichkeiten greifen.

Hierzu ist vom Gesetzgeber ein abgestuftes Instrumentarium vorgesehen: Die Pflegekassen erteilen dem Träger einer beanstandeten Einrichtung einen Mängelbescheid und setzen ihm eine zeitliche Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Zudem können während dieser Zeit die im Versorgungsvertrag vereinbarten Pflegevergütungen gekürzt werden.

Werden die Voraussetzungen des Versorgungsvertrages von einer Einrichtung dauerhaft nicht mehr erfüllt, können Versorgungsverträge auch ganz oder teilweise gekündigt werden. In besonders schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

Nun bleibt abzuwarten, ob die Neuausrichtung des Pflege-TÜVs die erhofften positiven Wirkungen erzielt – also mehr Transparenz, bessere Vergleichbarkeit und vor allem mehr Qualität statt Preiswettbewerb zwischen den Einrichtungen.

„Das neue System wird die Art und Weise, wie Qualität bewertet und dargestellt wird, vollkommen verändern.“

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



# Deutsches Implantateregister kommt Mehr Transparenz bei Hüft- und Knieprothesen, Brustimplantaten & Co

Anfang April beschloss das Bundeskabinett den Entwurf für ein Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIDR) – damit ist der Weg für den nun anstehenden parlamentarischen Prozess frei, im Juni dürfte die 1. Lesung des Gesetzentwurfes im Bundestag stattfinden. Den Aufbau eines Implantate-Registers hatte bereits die Vorgänger-GroKo vereinbart, das Vorhaben aber bis zur Bundestagswahl 2017 nicht mehr umgesetzt.

Mehrere Skandale und Enthüllungen in den letzten Jahren hatten das Vertrauen in die bestehenden Zulassungs- und Qualitätssicherungssysteme bei Implantaten stark erschüttert. Besonders der Skandal um die französische Firma Poly Implant Prothèse (PIP), welche für die Herstellung von Brustimplantaten minderwertiges Industriesilikon verwandt hatte, erzeugte vor einigen Jahren ein großes und langanhaltendes Medienecho. Nach Berechnungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurden allein in Deutschland mindestens 5200 Frauen die mangelhaften Silikonkissen eingesetzt – dabei waren Brustimplantate damals schon in die höchste Risikoklasse der EU-Klassifizierung von Medizinprodukten eingruppiert.

Neben den Verantwortlichen bei der Implantate-Firma sah sich auch der TÜV Rheinland mit schweren Vorwürfen und Gerichtsverfahren konfrontiert: Der TÜV habe seine Kontrollaufgabe als sogenannte „Benannte Stelle“ nicht ausreichend wahrgenommen und sein Prüfsiegel – also den Garant für Sicherheit – vergeben, obwohl die Prüfer die Mängel hätten feststellen müssen. Die Benannten Stellen sind staatlich autorisierte Stellen, die – abhängig von der Risikoklasse der Medizinprodukte – Prüfungen und Bewertungen von Medizinprodukten durchführen und CE-Zeichen vergeben. Zwar müssen neue Medizinprodukte eine klinische Studie durchlaufen, bevor sie zugelassen werden – ist jedoch bereits ein ähnliches Produkt zugelassen, so gilt das Äquivalenzprinzip. Die vereinfachte Zulassung besteht für den Hersteller dann nur aus dem Erhalt eines CE-Zeichens. Für die Benennung und Überwachung der Benannten Stellen ist in Deutschland die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG) verantwortlich.

Die Folge des PIP-Skandals waren heftige politische Diskussionen und die Entwicklung einer neuen EU-Medizinprodukteverordnung, welche das Zulassungsverfahren – vollumfänglich allerdings erst nach einer 3-jährigen Übergangsfrist – deutlich verschärfen soll. So soll etwa die Tätigkeit und die Prüfbescheinigungen der Benannten Stellen EU-weit vereinheitlicht werden.

Ende 2018 wurden jedoch Ergebnisse einer gemeinschaftlichen Recherche,

in Deutschland waren WDR, NDR, Das Erste und Süddeutsche Zeitung beteiligt, veröffentlicht, welche weiterhin bestehende Mängel im Kontrollsystem von Implantaten aufdeckte. Diese als „Implant Files“ bekannt gewordenen Veröffentlichungen übten nochmals starken Druck auf die Politik aus, mit Anpassungen für Verbesserungen zu sorgen. Die Recherchen stellten unter anderem die Unabhängigkeit der zuständigen Prüfstellen, in Deutschland z. B. die Dekra oder der TÜV, infrage, da die Hersteller Auftraggeber und Finanziere der Prüfungen zugleich sind. Allerdings gibt es durch die Internationalität dieser Recherche auch Differenzierungserfordernisse – viele Regelungen der neuen noch umzusetzenden EU-Medizinprodukteverordnung greifen schon wesentliche Problempunkte auf, die „Implant Files“ international bemängeln. Zudem wurde aber auch kritisiert, dass es keine deutschland- oder europaweite Datenbank über implantierte Medizinprodukte gebe – dies erschwert naturgegeben Sicherheitswarnungen und Rückrufe im Falle festgestellter Mängel.

## Datenbank soll Transparenz schaffen

Genau an diesem Punkt setzt nun das Implantateregister-Errichtungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums an. Die Datenbank „Implantateregister Deutschland“ (IRD) soll voraussichtlich Mitte 2021 mit den ersten erfassten Produkten aus dem Bereich der Hüftgelenk- und Knie-Endoprothesen sowie Brustimplantaten starten und beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angesiedelt werden. Bei Komplikationen mit einem bestimmten Produkt könnten betroffene Patientinnen und Patienten in Zukunft schneller informiert werden. Zudem könnte ein Register mehr Transparenz über Haltbarkeit und Qualität der Produkte und die Versorgungsqualität rund um die Implantate-Operationen schaffen.

Dass dieser Effekt nicht zu vernachlässigen ist, zeigen Beispiele aus anderen Ländern. So etablierte etwa Schweden 1979 ein zentrales und verpflichtendes Endoprothesenregister – seit der Einführung ist dort die Wahrscheinlichkeit für eine Wechseloperation um die Hälfte gesunken. Grund: Die erfassten Langzeitdaten (zum Beispiel zur Funktionsdauer der Implantate) ermöglichen die wissenschaftliche Bewertung der Qualität der Implantate sowie der implantierenden Einrichtungen und ermöglichen es, eventuelle Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Davon soll nun auch die Patientenversorgung in Deutschland profitieren.

Wesentliche Regelungen des Implantateregister-Errichtungsgesetzes im Überblick:

- Die Hersteller sollen verpflichtet werden, ihre Produkte in der Produktdatenbank des Registers zu registrieren.



„Das Implantateregister ist ein wichtiger Schritt für mehr Patientensicherheit. Dadurch wissen wir künftig, wer welches Implantat bekommen hat. Wenn wir Probleme mit einem Produkt feststellen, können wir dann schnell abfragen, ob es ähnliche Fälle gibt und im Zweifelsfall Patienten warnen.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU)

Bei Meldeverstößen der implantierenden Einrichtung oder der Verwendung von nicht in der Produktdatenbank registrierten Implantaten sieht der Gesetzentwurf einen Vergütungsausschluss vor.

- Das DIMDI wird als Registerstelle die zentrale Datensammlung übernehmen. Die Anschubfinanzierung erfolgt durch den Bund, der laufende Betrieb soll durch Entgelte, unter anderem der Hersteller, finanziert werden. Um die Aussagefähigkeit des Registers zu gewährleisten, ist die Meldung an das Register für Gesundheitseinrichtungen, gesetzliche und private Krankenversicherungen und alle Patientinnen und Patienten verpflichtend. Der Aufwand, der den

Gesundheitseinrichtungen durch die verpflichtende Meldung an das Register zusätzlich entsteht, soll erstattet werden.

- Das Robert Koch-Institut (RKI) soll eine unabhängige Vertrauensstelle einrichten, die alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert.

- Für bereits bestehende Register, wie beispielsweise das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), sollen Rahmenbedingungen für die Datenübernahme geschaffen werden.

Die Pläne der Bundesregierung sehen vor, dass das Gesetz zum Jahresende 2019 in Kraft treten kann: Die positiven Auswirkungen eines Implantateregisters auf die Versorgungslandschaft dürften unbestritten sein. Abzuwarten bleibe, so kritische Stimmen, ob sich die Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums zum finanziellen Aufwand als realistisch erweist. Nach dem geförderten Aufbau der Registerstelle und der Geschäftsstelle beim DIMDI sowie der Vertrauensstelle beim RKI sollen im laufenden Betrieb jährlich rund 4 Millionen Euro reichen – wobei das Ministerium einschränkend darauf verweist, dass eine (bereits angedachte) Ausweitung der zu meldenden Implantatetypen zu einem Anstieg der Kosten führen dürfte.

Die Finanzierung durch Entgelte der registrierungspflichtigen Produktverantwortlichen sowie der Nutzer der anonymisierten Daten (etwa zu Studienzwecken) soll erst noch mittels eines Entgeltkataloges des DIMDI näher geregelt werden. In einigen Jahren wird sich dann zeigen, ob so eine auskömmliche Finanzierung gesichert werden kann.

Anzeige

» Ihre Forderungen realisieren wir  
zu über 99 %.

Mit einem Höchstmaß an Qualität,  
Kompetenz und Durchsetzungskraft.

*Ganz uah, ganz sicher.*

## IHRE PERFEKTE PRIVATABRECHNUNG

schnell und sicher zu Ihrem Honorar

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

**PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

## Von Digitalisierung bis Hebammen – Und kein Ende in Sicht Dauerbaustelle Gesundheitswesen

*Fast so als hätte Jens Spahn geahnt, dass die Große Koalition in unruhige Fahrwasser gerät, gestaltet er seine Gesundheitspolitik. Der Bundesgesundheitsminister bringt einen Gesetzgebungsentwurf nach dem anderen auf den Weg. Diese Gesetzgebungsvorfahren dürften aller Voraussicht nach noch mit der amtierenden Bundesregierung aus CDU, CSU und SPD beendet werden, selbst wenn es ein vorzeitiges Ende der GroKo geben sollte. Auch ein GroKo-Aus dürfte, resümiert man Äußerungen ihrer führenden Politiker, geordnet stattfinden und nicht vor Jahresende. Bis zur Legislaturhalbjahr könnte damit die durch den Koalitionsvertrag aufgegebenen gesundheits- und pflegepolitische Agenda weitestgehend abgearbeitet sein, denn die beiden führenden Gesundheitspolitiker der Großen Koalition, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für die Union und SPD-Fraktionsvize Professor Karl Lauterbach, machen Tempo. Doch was bedeutet die gesundheitspolitische Gemengelage für die Ärzte?*

Im gesundheitspolitischen Bereich ist sich das Gespann Spahn/Lauterbach nach wie vor in vielen Grundzügen einig. Die Aufsehen erregenden Einwände an die Regierungsparteien sind auch mehr im Bereich Klimapolitik, Urheberrecht oder Arbeitspolitik zu verorten. Problematisch ist das offenkundige Bestreben beider Gesundheitspolitiker, manche Machtbefugnis nach wie vor mehr in Richtung Politik und neuerdings auch zu den gesetzlichen Krankenkassen hin zu lenken. Die Selbstverwaltung ist durch die Gesetze der jüngeren Vergangenheit schon in ihren Gestaltungsspielräumen eingeschränkt worden. Nun ist das Bundesgesundheitsministerium kürzlich dominierender Gesellschafter in der gematik (51 Prozent) geworden, also der Gesellschaft, die für die Etablierung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen verantwortlich zeichnet.

Damit aber nicht genug. Zwar hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Aufgabe erhalten, die medizinischen Inhalte der elektronischen Patientenakte kompatibel und interoperabel zu gestalten. Damit wurde eine wichtige Forderung der Vertragsärzte erfüllt (sehr zum Ärger der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Digitalisierung bleibt im Fokus gleichberechtigt mitwirken wollte). Doch gleichzeitig keimt im Zuge der „Digitalisierung“ bei den Ärzten eine große Sorge berechtigt neu auf, die man zuvor nur aus den anfänglichen Diskussionen rund um die elektronische Patientenakte kannte: eine direkte Versorgungssteuerung durch die Krankenkassen mit direkter Patientenansprache, für die der Gesetzgeber offenbar den Weg bereiten will.

Als Vehikel dienen die neuen „digitalen Gesundheitsanwendungen“ (Gesundheits-Apps wie beispielsweise ein digitales Tagebuch für Diabetiker) über deren Entwicklung und Bereitstellung die gesetzlichen Krankenkassen unmittelbar die bei ihnen hinterlegten Daten (sozioökonomische Daten, Abrechnungsdaten) ihrer Versicherten auswerten und dann über auf sie zugeschnittene Versorgungsangebote unmittelbar mit ihnen in Kontakt treten können sollen. Dafür können Krankenkassen sogar im Rahmen einer Kapitalbeteiligung bis zu 2 Prozent ihrer Finanzreserven für entsprechende Entwicklungsprojekte einsetzen. Diese Regelungen finden sich in dem Entwurf für ein Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG). Das Gesetz soll schon am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Nachvollziehbar, dass der Digitalisierungs-Entwurf seitens der Krankenkassen allgemein sehr positiv aufgenommen.

Aber es gibt noch eine Fülle anderer Regelungen in dem Gesetz, dass in seiner Regelungstiefe durchaus mit dem ersten E-Health-Gesetz in Konkurrenz steht. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll ein Verfahren etabliert werden, mit dem über die Leistungserbringung digitaler Gesundheitsanwendungen in der GKV-Regelversorgung entschieden wird. Das BfArM soll vor einer möglichen Erstattungsfähigkeit eine Prüfung auf Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität sowie „positiver Versorgungseffekte“ durchführen. Positiv geprüfte Anwendungen werden dann in ein Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen. Was ein „positiver Versorgungseffekt“ ist, soll das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung festlegen.

### Auch Krankenhäuser müssen ran

Neben den Vertragsärzten sollen nun auch die Krankenhäuser wie auch die Apotheken (bis 2020) verbindlich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden. Weitere Gesundheitsberufe bzw. Versorgungsbereiche, wie Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sollen sich auf freiwilliger Basis anbinden können – eine Erstattung der damit in Zusammenhang stehen Kosten ist ebenfalls vorgesehen. Der DGV-Entwurf enthält ausführliche Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA), deren Befüllung und Benutzung. Abgesehen von den zwingenden gesetzlichen Vorschriften wie dem Versichertenstammdatenabgleich soll der Einsatz der ePA der Entscheidungshoheit des Patienten unterliegen. Allerdings, das hat Bundesgesundheitsminister Spahn mittlerweile eingeräumt, ist es zu Anfang technisch wohl nicht für den Patienten möglich, Behandlern nur den Zugriff auf bestimmte Teile der Akte freizugeben. Das könnte die Akzeptanz einer umfänglicheren ePA-Nutzung erheblich beeinträchtigen, hier gilt es für die Diskussion abzuwarten wie Lösungen aussehen könnten.

Auch wenn es vom Grundsatz her zu unterstützen ist, die Digitalisierung in vielen Bereichen mit Verve voranzubringen, muss dennoch auf die Sinnhaftigkeit geachtet werden, damit nicht am Ende Systembrüche oder auch neue bürokratische Hemmnisse entstehen. Sinnvoll dürfte es sein, wie im DGV-Entwurf vorgesehen, den Impfausweis oder den Mutterpass bis zum Jahr 2021 in die elektronische Patientenakte zu integrieren. Solange aber der Arzt beispielsweise die „elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung“ zusätzlich ausdrucken soll, wie derzeit vorgesehen, fällt hier doppelte Bürokratie an.

Die Sanktionsmechanismen, die der DGV-Entwurf vorsieht, um die Arztpraxen an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, sind nicht der geeignete Weg, um mit den Ärzten auf Augenhöhe die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Denn ähnlich

### Zuckerbrot und Peitsche

wie im E-Health-Gesetz soll die fragwürdige Methode von „Zuckerbrot und Peitsche“ angewendet werden: Vertragsärzte müssen derzeit schon gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 30. Juni 2021 nachweisen, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. Sonst droht ihnen eine Honorarkürzung von einem Prozent. Mit dem „Digi-Gesetz“, wie das DGV in Fachkreisen auch benannt wird, würde ab März 2020 eine Honorarkürzung von 2,5 Prozent drohen, wenn Vertragsärzte bis dahin noch immer nicht an die TI angeschlossen sind. Der aktuell geltende Sanktionsmechanismus wird also nochmals verschärft. Im Gegenzug soll das Anlegen, Verwalten sowie das Speichern von Daten in der ePA vergütet werden, aber auch das ist nicht unproblematisch – gleich mehr dazu.

Versicherte sollen ab dem 1. Januar 2021 auch im Rahmen von Krankenhausbehandlungen Anspruch auf Speicherung ihrer entstandenen Daten in der elektronischen Patientenakte haben. Das setzt den ebenfalls bis Anfang 2021 verpflichtend vorgesehenen Anschluss der Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur (TI) voraus. Und auch für die Krankenhäuser ist diese deadline mit einer dann gegebenenfalls folgenden Sanktionierung verknüpft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Finanzierung der Digitalisierung in den Kliniken nach wie vor nicht gegeben sei und veranschlagt für ein Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ des Bundes etwa 1 Mrd. Euro pro Jahr. Zum anderen müsse auch dafür gesorgt werden, dass später auch die laufenden Betriebskosten der Kliniken für IT-Personal, IT-Dienstleister und Software-Lizenzen aufgebracht werden können – dies sei über das DRG-System nicht gewährleistet. Die DKG bringt hierzu einen Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 Prozent auf alle Rechnungen ins Spiel.

Die Begleitung des Patienten im Umgang mit der ePA wirft für die Krankenhausärzte wie für die Arztpraxis viele Fragestellungen nach einem reibungslosen Ablauf in Anbetracht erheblicher zusätzlicher Belastungen vor dem Hintergrund der so wertvollen und knappen zeitlichen Ressourcen auf.

Einige Positivitäten des sehr umfänglichen DGV-Entwurfs: Patientinnen und Patienten können bei Bedarf Ärzte, die Videosprechstunden anbieten, in Zukunft leichter finden. Bieten Praxen Videosprechstunden an, sollen sie künftig die Patienten über solche Angebote auf ihrer Internetseite informieren dürfen. Außerdem sollen Telekonsile zum kollegialen ärztlichen Austausch künftig außerhalb des Praxisbudgets vergütet werden.

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsfonds, bis 2024 ausgestattet mit einem jährlichen Budget von 200 Mio. Euro, soll künftig seinen besonderen Fokus darauf legen, ob geförderte Versorgungsprojekte in der Regelversorgung eingesetzt werden können. Der oftmals aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen

nur mühselig vorankommenden Entwicklung von Leitlinien soll mit einer bemerkenswerten finanziellen Hilfe von mindestens fünf Millionen jährlich Unterstützung zuteilwerden.

Eine weitere für die Ärzte interessante Neuigkeit: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seine Bedarfsplanungs-Richtlinie nun „in time“ grundlegend überarbeitet – Bundesgesundheitsminister Spahn hatte zuvor den G-BA mit der möglichen befristeten Aufhebung bestimmter ärztlicher Niederlassungsbeschränkungen stark unter Druck gesetzt. Theoretisch könnten auf Grundlage des Beschlusses bundesweit fast neue 3.500 Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Dennoch löst die „Planzahl“ alleine das grundsätzliche Problem des Ärztemangels noch nicht, wie Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, richtigerweise anmerkte. Das Dauerthema der Forderung nach einer ausreichenden Anzahl an Medizinstudienplätzen bleibt, neben der Aufgabe, attraktive Rahmenbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs zu schaffen.

### Hebammen und Physios machen Ärger

Ein gesundheitspolitischer Dauerbrenner, dessen Flammen aktuell im Zusammenhang mit dem Hebammenreformgesetz (Umsetzung der EU-Vorgabe der vollständigen Akademisierung) hochschlagen, ist die Rolle nichtärztlicher Heilberufe. Wer kann eine qualifizierte Diagnose stellen, wer trägt die Verantwortung, auch in finanziellen und Haftungsfragen, wer ist in der Lage den Behandlungsbedarf eines Patienten tatsächlich einzuschätzen? Die Akademisierung der nichtärztlichen Heilberufe wie auch das Bemühen aus der Politik, diese Berufe aufzuwerten und ihnen beispielsweise einen Direktzugang beim Physiotherapeuten ohne Überweisung des Arztes ermöglichen zu wollen, führt zu spannungsgeladenen Diskussionen. Beispielsweise hat sich der Vorstandsvorsitzende des Kassenärztlichen Bundesvereins Ende Mai folgendermaßen dazu positioniert: „Es kann auch nicht sein, dass über den Direktzugang erstmal „anbehandelt“ wird. Wenn dann Probleme auftauchen, sollen die Ärzte in die Bresche springen. So funktioniert das aber nicht. Ähnlich verhält es sich bei der Reform der Hebammenausbildung. Natürlich kann man das über die Hochschulen machen, völlig in Ordnung. Die beruflichen Anforderungen verändern sich und werden komplexer. Aber es sollte doch jedem klar sein, dass es sich um die professionelle und hochqualitative Geburtshilfe handelt und eben auch nur um das – um es klar zu benennen: Es gibt keine Gynäkologie light. Vorsorgeuntersuchungen sind ärztliche Tätigkeit, dafür sind nur die Gynäkologen ausgebildet. Sollen jetzt auch die Hebammen einen Sono-Schein machen? Wollen wir eine derartig fragmentierte Versorgung?“

### Noch längst nicht fertig

Daneben gibt es einen strammen Plan für weitere Vorhaben des „Teams“ Spahn-Lauterbach: Das Masernschutzgesetz, das Implantateregistrierungsgesetz, die Reform des Medizinischen Dienstes, die Psychotherapeutenausbildungsreform, die Apothekenreform, die Kassenreform mit der Reform des Risikostruktur-Ausgleich im Gepäck... Noch weitere sollen folgen. Viele enthalten für die Ärzte relevante Vorhaben wie beispielsweise eine Masernschutz-Impfpflicht für bestimmte Gruppen. Die Krankenhäuser befürworten die Reform des Medizinischen Dienstes, da sie sich davon ein Eindämmen überbordender Prüfungen und unangemessener Prüfungsergebnisse versprechen – und und und. Eines lässt sich in diesen Tagen mit absoluter Gewissheit sagen: Gesundheitspolitik bleibt ein Top-Baustelle und setzt Top-Themen – gleich unter welcher Regierung.

# Methodenbewertung durch die Gemeinsame Selbstverwaltung It's a long way home ... in den GKV-Leistungskatalog

*Der medizinisch-technologische Fortschritt sorgt stetig für weiterentwickelte oder auch gänzlich neue Ansätze und Verfahren bei Früherkennungsmaßnahmen, Operationen oder auch Heil- und Hilfsmitteln. Wie aber gelangen eigentlich neue Verfahren flächendeckend in die Versorgung, sprich in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung? Häufig ein langer Weg ...*

Wie und ob neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden den Patientinnen und Patienten als Leistung der Kassen zur Verfügung gestellt werden, ist gesetzlich für die ambulante und stationäre Versorgung jeweils grundsätzlich unterschiedlich geregelt. In den Krankenhäusern können medizinische Methoden zulasten der Krankenkassen solange erbracht werden, wie sie nicht per Beschluss vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen wurden – es gilt also der sogenannte Verbotsvorbehalt.

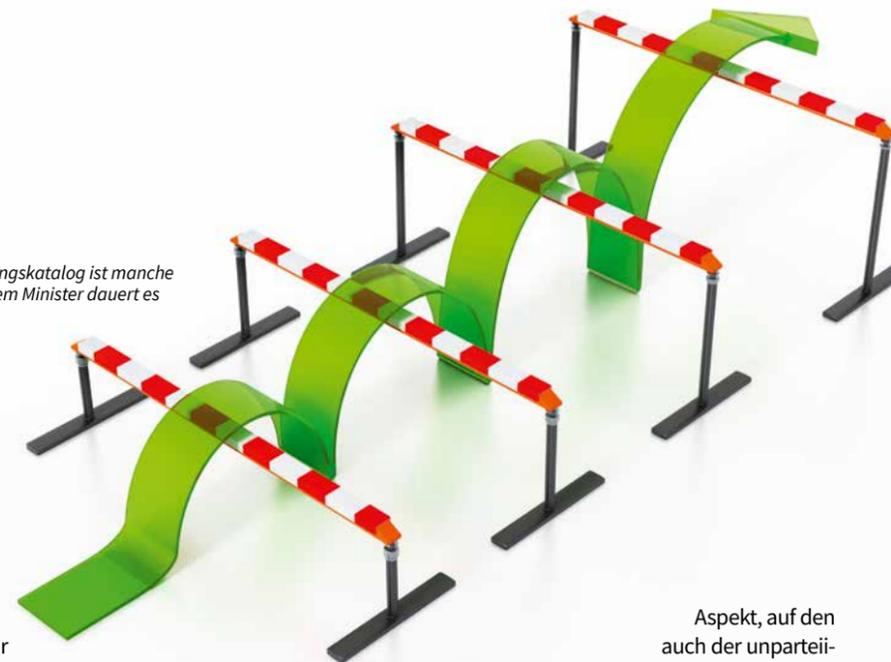
Im ambulanten Bereich hingegen gilt der sogenannte Erlaubnisvorbehalt: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen neue Methoden erst dann als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie geprüft und per Beschluss erlaubt hat. Rund um dieses Verfahren schwelt in der gesundheitspolitischen Szene seit einiger Zeit ein nicht unbedeutender Konflikt. Mit dem Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD), welches schwerpunktmäßig und namensgebend die rechtlichen Voraussetzungen für ein bundesweites Implantateregister schaffen soll (gerne verweisen wir auf den entsprechenden Artikel in dieser Ausgabe des HB Magazins), sollen dem Bundesgesundheitsministerium weitreichende Eingriffsrechte in die Bewertung von neuen medizinischen Methoden eingeräumt werden. Zudem ist eine Fristverkürzungen von drei auf zwei Jahre vorgesehen.

### *Dauern die Verfahren zu lange?*

Die Verfahren dauern teilweise zu lang und müssen deshalb beschleunigt werden – so die Argumentation von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU). Die angestrebte Kompetenzerweiterung sei nichts anderes als staatlicher Dirigismus in Reinform, hält etwa Bundesärztekammer-Präsident Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery dagegen. Gehe politisches Kalkül bei der Bewertung neuer Behandlungsmethoden vor wissenschaftliche Evidenz, so sei dies ganz sicher nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten. Ähnlich kritisch äußern sich auch Kassenvertreter und die unparteiischen Mitglieder des G-BA.

Grund genug, die Methodenbewertungsverfahren des G-BA einmal näher unter die Lupe zu nehmen. Grundsätzlich sind die wesentlichen Schritte, die der G-BA bei der Durchführung eines Methodenbewertungsverfahrens einzuhalten hat, gesetzlich festgelegt. Der Rahmen, inklusive der berechtigterweise hohen Ansprüche an Stellungnahme-rechte und Wissenschaftlichkeit bei der Auswertung vorliegender Evidenz, ist also vorgegeben. In der Verfahrensordnung des G-BA sind die einzelnen Schritte konkretisiert und transparent festgehalten:

- Ein Bewertungsverfahren muss durch einen gesetzlichen Antragsberechtigten ausgelöst werden – dies kann von Seiten der Spitzenverbände der Leistungserbringer (KBV, KZBV, DKG), des GKV-Spitzenverbandes, der Patientenorganisationen sowie der drei unparteiischen Mitglieder des G-BA erfolgen. Zudem kann jede Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Bewertung einer Methode für die ambulante Versorgung beantragen. Eine Methodenbewertung beim G-BA kann auch ausgelöst werden, wenn ein Hersteller eines Hilfsmittels beim GKV-Spitzenverband die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis beantragt hat. Sollte ein solches Hilfsmittel (bspw. neuartige Prothesen) Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode sein, so beginnt auch hier eine Bewertung der Methode zum Einsatz in der ambulanten Versorgung.
- Das jeweilige Beratungsthema wird zu Beginn des Prozesses im Bundesanzeiger (als Amtsblatt ein Verkündungs- und Bekanntmachungsorgan der deutschen Bundesbehörden) und auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht, um Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis oder auch betroffenen Herstellern von Medizinprodukten Gelegenheit zu geben, sich zu dem Beratungsthema zu äußern.
- Unabhängig von einem gesetzlich explizit verankerten Stellungnahmerecht werden die vom G-BA ermittelten stellungnahmeberechtigten Organisationen und Sachverständigen sowie weitere gesetzlich festgelegte Stellungnahmeberechtigten (z. B. wissenschaftliche Fachgesellschaften, Medizinproduktehersteller, Heilberufekammern) für das jeweilige Beratungsthema über die Veröffentlichung und die Möglichkeit zur Abgabe einer ersten Einschätzung schriftlich unterrichtet.



*Bis in den GKV-Leistungskatalog ist manche Hürde zu nehmen. Dem Minister dauert es manchmal zu lange.*

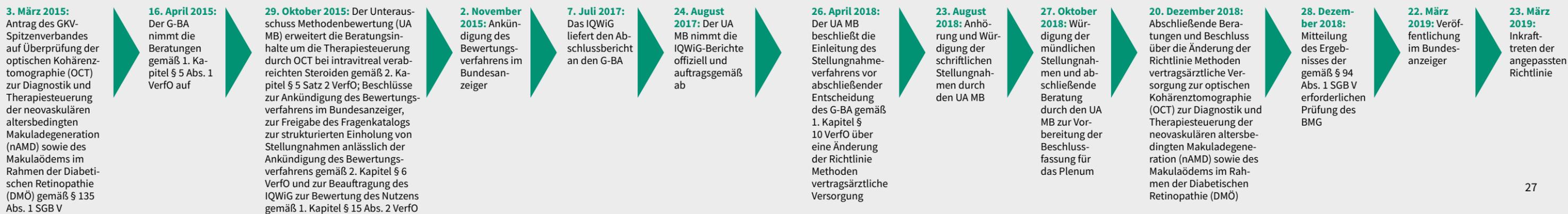
- Die eigentliche Bewertung einer Methode erfolgt dann in zwei Schritten. Zunächst wird eine sektorenübergreifende, also für den ambulanten und stationären Sektor einheitliche Bewertung, vorgenommen. Der G-BA bzw. das von ihm beauftragte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zieht dazu weltweit verfügbare Studien heran. Dann erfolgt eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und der Notwendigkeit im jeweiligen Versorgungskontext.
  - Hat der Unterausschuss Methodenbewertung seine Beratungen weitestgehend abgeschlossen, können sich die Stellungnahmeberechtigten schriftlich und gegebenenfalls auch mündlich zu dem vorliegenden Beschlussentwurf äußern. Sind die Stellungnahmen ausgewertet und die Beratungen endgültig abgeschlossen, wird dem Plenum des G-BA eine Beschlussempfehlung vorgelegt. Neben der Aufnahme der bewerteten Methode in den GKV-Leistungskatalog ist auch die Ablehnung der Aufnahme, eine zeitlich befristete Aussetzung des Verfahrens (bspw. um auf eine verbesserte Studienlage zu warten) oder der Beschluss einer Erprobungsrichtlinie möglich.
  - Der Beschluss wird abschließend dem BMG als Rechtsaufsicht des G-BA zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
- Wie man sich einen solchen Prozess konkret vorstellen kann, zeigt das Beispiel der Optischen Kohärenztomografie (OCT) – ein bildgebendes Verfahren, das die Beurteilung der Netzhautstrukturen im Auge ermöglicht und beispielsweise Flüssigkeitsansammlungen und Veränderungen der Netzhautdicke zeigt.
- Dieses Verfahren dauerte von der Ankündigung im Bundesanzeiger bis zur abschließenden Beratung gut drei Jahre, man lag bei der Bearbeitungszeit sieben Wochen über der eigentlich vorgesehenen Frist. Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums also wohl ein Beispiel für nötige Beschleunigung. Nun dauert aber eben das wissenschaftliche Arbeiten und das Zusammentragen aller verfügbarer Evidenz – ein

Aspekt, auf den auch der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Professor Josef Hecken, in der Diskussion um mehr Geschwindigkeit in den Bewertungsverfahren wiederholt hinwies. Bleiben wir bei unserem Beispiel der Optischen Kohärenztomografie: Gut anderthalb Jahre arbeitete allein das IQWiG an seinem Bericht. In die 200 Seiten flossen dann aber auch umfangreiche Auswertungsergebnisse von acht randomisierten, kontrollierten Studien ein.

### *Minister plant „Beschleunigung“*

Die derzeitigen G-BA-Methodenbewertungsverfahren bieten also, auch und vor allem im Interesse der Patienten, Gründlichkeit, eine klare Ausrichtung an vorhandener Evidenz sowie eine strukturierte Einbeziehung von Expertenmeinungen. Könnte man meinen. Der Bundesgesundheitsminister will aber durch eine Verordnungsermächtigung wesentliche Vorgaben für das Verfahren des G-BA neu regeln, wie aus einem Entwurf deutlich wird. Zur „Straffung, Beschleunigung und Strukturierung der Bewertungsverfahren“ will er „Vorgaben in zeitlicher und prozessualer Hinsicht“ machen, die insbesondere Fristen und Prozessschritte sowie Stellungnahmeverfahren und die Ausgestaltung von Beauftragungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen betreffen. Damit verbunden will er Anforderungen an die Unterlagen und an die Nachweise zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sowie zu den Anforderungen an die den Bewertungen des G-BA zugrundeliegenden Abwägungsentscheidungen festlegen. Das würde das ausgefeilte Verfahren der Methodenbewertung grundsätzlich verändern – hier geht es im Letzten um die teilweise sehr hitzig geführte Diskussion, welche Evidenz den Bewertungen des G-BA zugrunde liegen soll.

## Optische Kohärenztomografie: Ein Verfahrensablauf im G-BA



# DÄT-Impressionen



Neues Trio an der Spitze (v.l.):  
Die Vizepräsidentinnen Dr. Heidrun  
Gitter und Dr. Ellen Lundershausen mit  
BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt



Während des Deutschen Ärztetages in Münster haben wir Sie per Newsletter aktuell über die Geschehnisse informiert – über Diskussionen, Beschlüsse und die Vorstandswahlen. Nun, inzwischen schon wieder mehr als vier Wochen später, belassen wir es daher an dieser Stelle bei ein paar Impressionen rund um die Wahl des neuen Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt...



Faire Gratulanten: Die „Konkurrenten“ Dr. Martina Wenker und Dr. Gerald Quitterer nach der Wahl



Spontane Freude:  
Dr. Heidrun Gitter, Dr. Ellen  
Lundershausen und Dr. Klaus  
Reinhardt unmittelbar nach der  
Verkündung des Wahlergebnisses



## Ausschusssitzung der Medizinstudierenden Live-Schalte und spannende Infos zur digitalen Plattform der Charité

Die Frühjahrssitzung der Medizinstudierenden stand ganz im Zeichen von e-Learning und Digitalisierung. Per interaktiver Pingo-Umfrage wurde zunächst der Wissensstand zum Thema bei allen Teilnehmern abgefragt, bevor Dr. Sandra Buron von der Charité in einem spannenden Vortrag die digitale Lehrplattform der Berliner Universitätsklinik vorstellte. Der anschließende Austausch mit der Referentin war für beide Seiten ausgesprochen fruchtbar und zeigte den Studierenden auf, welches Potential in der Lehre an den meisten Universitätsstandorten bisher ungenutzt bleibt. In der zukünftige Ausschussarbeit soll dieses Potential aufgegriffen und den politisch Verantwortlichen gegenüber verstärkt thematisiert werden – ein Vorsatz, der im Anschluss beim Deutschen Ärztetag in Münster bereits umgesetzt wurde. Hier haben die Studierenden ihr Anliegen nicht nur mit einer Resolution unterstrichen, sondern auch mit einer medial erfolgreichen, bildlichen Darstellung auf die Notwendigkeit von Digitalisierung im Curriculum hingewiesen.

Neben dem Digitalisierungsthema wurde auch über die „Universität der Zukunft“ gesprochen. Eine Umfrage, deren Ergebnisse im Sommer zu erwarten sind, soll wichtige, künftig bei der Planung zu berücksichtigen-



Die Zukunft, auch die medizinische, ist digital! Die Medizinstudierenden hatten sich vor den Toren des Plenarsaals positioniert und mit Ironman-Kostüm, Startblöcken, Gefängnis-Kugel und Postkarten auf den ungleichen Wettlauf zwischen veralteten Studieninhalten und der Digitalisierung hingewiesen.

de Aspekte abfragen. Zum ersten Mal wurde außerdem zur besseren überverbandlichen Kommunikation eine Lifeschaltung zu der parallel stattfindenden Sitzung des FVDZ abgehalten. Auch Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit dem bvmd wurden beschlossen. Diese kann sich auf alle aktuellen politischen

Themen, mit denen sich der Ausschuss zur Zeit beschäftigt, erstrecken: die Verbesserung der Studienbedingungen, adäquate Lehrformate, der MM2020, die dringend notwendige einheitliche PJ-Vergütung und eine Forderung der Resilienz zukünftiger Ärzte, um nur einige zu nennen.

## Ausschusssitzung der Assistenzärzte

### Beim Thema Arbeitszeit den Finger in die Wunde legen!

Im Mittelpunkt der Frühjahrssitzung des Ausschusses Assistenzärzte standen die Ergebnisse der Assistenzärzteumfrage. Zu intensiver Diskussion regten dabei besonders die Resultate zu Überstunden-

gelungen und anderen Aspekten der teilweise prekären Arbeitsbedingungen an, ebenso wie teilweise fehlende Einarbeitungskonzepte und die mangelnde Digitalisierung der Klinikausstattung. In erster Konsequenz hat der Ausschuss deshalb

beschlossen, auf die oftmals vernachlässigten rechtlichen Rahmenbedingungen verstärkt hinzuweisen und die Umfrageergebnisse beim Deutschen Ärztetag stärker publik zu machen – auch um für den Beschluss der Resolutionen zu werben, die den Arbeitsalltag von Ärzten entsprechend verbessern sollen.

Während der Ausschusssitzung wurde außerdem über eine Erweiterung des Seminarangebots des Hartmannbundes gesprochen. Verena Miller wurde einstimmig als neues Vorstandsmitglied gewählt.

Unter dem Motto Ultraschall? Das kann ich an meinen Urlaubstagen lernen hatte sich ein „bunter Haufen“, mit ernstesten Botschaften vor den Messehallen versammelt. Unsere Assistenzärzte sahen „rot“, fühlten sich durch 24-h-Dienste wie „blau“ oder machten in „grün“ – passend zum DÄT-Kernthema – auf die Ärztesundheit aufmerksam.



## Gemeinsame LDV von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Schwerpunktthema „Künstliche Intelligenz in der Medizin“

Die Landesdelegiertenversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen beschäftigte sich mit dem Thema „Künstliche Intelligenz in der Medizin“. In der gut besuchten und vom Vorsitzenden des Landesverbandes Sachsen Dr. Thomas Lipp moderierten Veranstaltung wurde in einer Bestandsaufnahme zunächst festgestellt, dass gewisse Algorithmen bereits heute in Einzelbereichen die Leistungen menschlicher Expertinnen und Experten übertreffen. Die ethischen und praktischen Herausforderungen wurden ausgiebig diskutiert, beispielsweise: Welche Diagnosen und Entscheidungen dürfen überhaupt den Algorithmen überlassen werden, insbesondere bei Normabweichungen? Wie transparent sind die Algorithmen beziehungsweise, wer gibt hier die Entscheidungskriterien vor? Welche Gefahr droht durch Cybercrime? Immer im Blickfeld stand dabei die berufspolitische Fragestellung, wie die Ärzteschaft vor dem Hintergrund des technologischen Fortschritts die künftige medizinische Versorgung gestalten möchte.

Im anschließenden nicht-öffentlichen Teil berichtete Dr. Jörg Möller, Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen, dass ein reger Austausch mit der Kassennärztlichen Vereinigung bezüglich des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) bestehe und verschiedene Aktionen statt-



gefunden hätten. Der Landesvorsitzende aus Sachsen-Anhalt, Herr Dipl.-Med. Bruno Jung, informierte über die bestehende Vernetzung mit der Landespolitik. Zu guter Letzt verlieh Dr. Thomas Lipp, der Forderung nach einer Selbstverwaltung,

die wirklich gestaltet, Nachdruck. Zugleich spannte er mit dem Hinweis auf den Start des SmED Systems ab dem 1. September 2019 in Sachsen wieder den Bogen zum Zentralthema der Veranstaltung, der künstlichen Intelligenz.

## LDV in Berlin

### Viele Ideen und Elan für die Zukunft



Auf der diesjährigen Landesdelegiertenversammlung äußerte sich der Landesvorsitzende PD Dr. Uwe Torsten erfreut darüber, dass die Hartmannbund-Liste 2019 erneut in die Ärztekammer gewählt wurde und dass alle Kandidaten, die während des Wahlkampfes „Gesicht gezeigt haben“ auch in den Ausschüssen vertreten seien. Für die zukünftige Ausrichtung des Landesverbandes wurden verschiedene Ansätze diskutiert, um die strategisch bedeutsame Zielgruppe der jungen Ärztinnen und Ärzte neugierig auf das Angebot und die Lösungen des Hartmannbundes zu machen. Diese Vorschläge sollen in einer neu gebildeten Arbeitsgruppe weiterentwickelt werden.

Der diesjährige Gast, Dr. Stefan Schröter, Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein und Stellvertretender Bundesvorsitzender, informierte über die aktuelle Berufspolitik auf europäischer und nationaler Ebene. Er begrüßte es darüber hinaus, dass der Landesverband Berlin mit guten Ideen vorangehe – hiervon könnten auch andere Landesverbände profitieren.

Ein herzliches „Dankeschön“ gab es vom Vorsitzenden des LV Berlin, PD Dr. Uwe Torsten zum Abschied für die langjährige Leiterin des Regionalreferates Ost des Hartmannbundes, Sabine Beukert, die sich neuen beruflichen Herausforderungen stellt.

## Landesvertreterversammlung 2019 in Bremerhaven Gesundheitspolitik? Gemeinsam statt gegeneinander

Ein Wort könnte exemplarisch für das Ergebnis der ersten gemeinsamen Landesdelegiertenversammlung der Landesverbände Bremen und Niedersachsen stehen: Gemeinsamkeit. Denn es ging nicht nur um die Kooperation zwischen zwei Landesverbänden, sondern auch um die Gemeinsamkeiten mit der Politik. Das zwei Wochen zuvor vom Bundestag verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sorgte dabei jedoch zunächst für heftige Kontroversen ...

Am Anfang stand die Analyse des Bremer Landesvorsitzenden Dr. Jörg Hermann, wonach der Konflikt zwischen den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen auf eine ungesteuerte Inanspruchnahme trifft – bei

völlig falsches Signal für den freien Arztberuf sei. Das griff auch die von Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, der Vorsitzenden des Hartmannbund-Landesverbandes Niedersachsen, moderierte Diskussion auf: Die Terminservicestellen setzten beispielsweise völlig falsche Anreize, da sie bei den Versicherten eine Erwartungshaltung förderten, die mit den begrenzten Ressourcen nicht bedient werden könne. Der niedersächsische Vorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Dr. Dirk Timmermann, regte eine „sanfte Entbudgetierung“ an, d.h. eine jährliche Anhebung der Gesamtvergütung auf das Niveau der im Vorjahr abgerufenen Leistungen, wie dies bei den Zahnärzten bereits der

tigt, jedoch trage die Ärzteschaft an der aktuellen Situation mit patientenunfreundlichen Angeboten selbst großen Anteil, so vermisse er zum Beispiel patientenfreundliche Sprechzeiten. Die Politik habe die schwierige Aufgabe, die richtigen Entscheidungen zu treffen, was besonders dann schwerfalle, wenn Ärzten die Selbstkritik fehle. Er wünsche sich einen konstruktiven Dialog zwischen Ärzteschaft und Politik. Das war angesichts der lebhaften Diskussion auch dem Grünen-Bürgerschaftsabgeordneten Nima Pirooznia ein wichtiges Anliegen: Es brauche einen konstruktiven Dialog für gemeinsame Lösungen zur Verbesserung der Patientenversorgung, statt gegenseitige Schuldzuweisungen.



Warben für eine konstruktive Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Verbänden: Bremens HB-Vorsitzender und KV-Chef Dr. Jörg Hermann, Niedersachsens HB-Vorsitzende Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat und Niedersachsens Ärztekammer-Präsidentin Dr. Martina Wenker.



Im konstruktiven Dialog: Bürgerschaftsabgeordnete Nima Pirooznia (Grüne) und Rainer Bensch (CDU) mit dem niedersächsischen Vorsitzenden des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Dr. Dirk Timmermann (v.l.).

dem offenbar erklärten politischen Willen, daran auch nichts ändern zu wollen. So beschränkten sich die politischen Lösungen darauf, den Arztberuf immer stärker zu regulieren. Zuletzt habe das TSVG diese Linie ein-drucksvoll fortgesetzt.

Die niedersächsische Kammerpräsidentin Dr. Martina Wenker legte ihrerseits dar, in welchem Maße die Kammern Gestaltungsspielräume hätten, und appellierte an die Ärzteschaft, zu einem koordinierten Auftreten zu finden, statt innerärztliche Konflikte öffentlich auszutragen. Das Ideal in der Formulierung und Geltendmachung ärztlicher Interessen könne nur die Kooperation zwischen den Kammern und den freien Verbänden sein.

Beide Referenten waren sich darin einig, dass das TSVG ein Frontalangriff auf die ärztliche Selbstverwaltung und ein

Fall sei. Ziel müsse ein ausbalanciertes und faires Verhältnis von Honorierung und Inanspruchnahme durch die Patienten sein – ein strukturelles Element könnte dabei die Kostenerstattung sein.

Weiteres Diskussionsthema: Die Digitalisierung, wie der Gesetzgeber sich das vorstellt. Die Ärzteschaft erkenne sehr wohl den Nutzen digitaler Techniken und wolle ihre Entwicklung mitgestalten. Die aktuelle TI-Anbindung führe jedoch zu zusätzlicher Bürokratie und Frust unter den Kollegen, bemängelte der stellvertretende niedersächsische Hartmannbund-Landesvorsitzende Dr. Thomas Stiller. Die Motivation, die neuen Techniken in der Versorgung einzusetzen, dürfe nicht durch Dirigismus zerstört werden.

An diesem Punkt setzte der Bremer Bürgerschaftsabgeordnete Rainer Bensch (CDU) an: Kritik an der Politik sei sicher gerechtfertigt,

Die Bremer Kammerpräsidentin Dr. Heidrun Gitter plädierte für ein proaktives Agieren der Ärzteschaft und forderte, noch stärker den Austausch nicht nur mit der Politik, sondern auch mit den Arbeitgebern zu suchen. Auch mit Blick auf berufsrechtlich bedenkliche Chefarztverträge stellte sie klar, dass die Gängelei von Ärzten ein Problem aller Ärzte sei – auch der Klinikärzte. Hier seien nicht zuletzt die Kammern gefragt, ihre Mitglieder bei der Durchsetzung ihrer Interessen als freiberuflich tätige Ärzte zu unterstützen.

Frau Prof. Dr. Lesinski-Schiedat schloss die lebhaft und konstruktive Diskussion mit dem Ausblick, die Gestaltung der Gesundheitsversorgung nicht nur den Ministerien überlassen zu wollen. Erfahrene und junge Ärztinnen und Ärzte müssten sich weiter konstruktiv einbringen, sowohl in Verbänden als auch in der Selbstverwaltung.

Living Hotels®



## Komfort und Individualität auf ganzer Linie

Mit dem Fokus auf die Segmente Serviced Apartments, Hotelzimmer und Tagungsräume bieten wir in unseren 17 individuell gestalteten Living Hotels ca. 3.200 Zimmer und Apartments in Deutschland und Österreich. Vertreten sind wir derzeit an acht Standorten – Berlin, Bonn, Düsseldorf, Frankfurt/Main, München, Nürnberg, Weimar und Wien. Typische Merkmale bei uns sind stets die Lage und Infrastruktur unserer Objekte: zentral, mittendrin, in Reichweite zu allem, was man zum Leben braucht und genau dort, wo man am liebsten wohnt. Problemlos sind natürlich auch viele Kliniken erreichbar. Als familiengeführtes Unternehmen sind wir kein anonymes Hotelriese, Gastfreundschaft und Individualität stehen bei uns an erster Stelle.

Wir möchten mit unseren Living Hotels sowohl individuelle Wohn- als auch Arbeitsräume schaffen und Ihnen damit in den besten Wohngebieten einen Lebensraum bieten. Bleiben Sie für längere Zeit an einem Ort? Dann sind unsere Serviced Apartments die ideale und kostengünstigste Lösung. Hotelkomfort gepaart mit den Vorzügen einer eigenen Mietwohnung – fühlen Sie sich bei uns einfach wie zuhause. Für kürzere Aufenthalte können Sie sich eines unserer Hotelzimmer buchen. Aber nicht irgendein Hotelzimmer, sondern eines, das alles besser macht. Freuen Sie sich auf mehr Komfort – es stehen Ihnen verschiedene kostenfreie Leis-

tungen wie z.B. Getränke im Kühlschrank, Telefonie ins Festnetz vieler Länder, Highspeed-Internet und in ausgewählten Living Hotels auch gratis E-Ladestationen für Elektroautos zur Verfügung. Weitere Serviceleistungen wie z.B. Einkaufs- und Wäscheservice können optional in Anspruch genommen werden. Ihr Vorteil daran: Sie entscheiden, welche Leistungen Sie nutzen.

In den meisten unserer Destinationen verfügen wir über Veranstaltungsräume, die wir für Ihre Veranstaltung individuell und ganz nach Ihren Wünschen ausstatten. Freuen Sie sich auf Komplettausstattungen, Bewirtung und ein Eventteam, das fast alles möglich

macht. Ein besonderes Highlight sind unsere Tagungsmöglichkeiten im Grünen. In zwei unserer Living Hotels können Sie unter dem Motto „Tagen im Grünen“ Ihre Veranstaltung nach draußen verlegen. Die Arbeit soll schließlich Spaß machen und wo geht das besser als an der frischen Luft?

Hartmannbund-Mitglieder erhalten 10 Prozent Rabatt auf den jeweiligen Tagespreis. Geben Sie dazu bei der Buchung über unsere Website [www.living-hotels.com](http://www.living-hotels.com) den Code „Hartmann2019“ ein oder buchen Sie direkt hier. Wir freuen uns, Sie bald als Gast in einem unserer Living Hotels begrüßen zu dürfen.

## praktischArzt unterstützt Ärzte bei Ihrer Karriereplanung

Als langjähriger Partner vom Hartmannbund unterstützt das medizinische Karriereportal [www.praktischArzt.de](http://www.praktischArzt.de) Ärzte und Medizinstudenten bei ihrer Karriereplanung. Die hohe Zahl an Besuchern, die starke Präsenz in Social Media und ein hochwertiges Partnernetzwerk machen praktischArzt zu einer der reichweitenstärksten Stellenmärkte für Ärzte.

**praktischArzt:** Starker Partner an unserer Seite: „Ärzte und Medizinstudenten stehen bei praktischArzt im Fokus. Mit dem Hartmannbund haben wir vor Jahren einen Kooperationspartner gefunden, der diese Werte genauso lebt wie wir. Durch die Einbindung unserer Stellenbörse auf der Website des zweitgrößten Ärzteverbandes können wir den Arbeitgebern eine noch größere Reichweite garantieren. Und der Hartmannbund bietet seinen Besuchern eine auf Ärzte spezialisierte Stellenbörse als Serviceleistung an.“, so Timo Krasko, Geschäftsführer von praktischArzt.

### Viele nützliche Features für Bewerber:

Das umfassende Stellenangebot deckt einen großen Teil der vakanten Stellen in Deutschland ab. Mediziner können passende Stellenangebote finden und sparen sich dadurch die

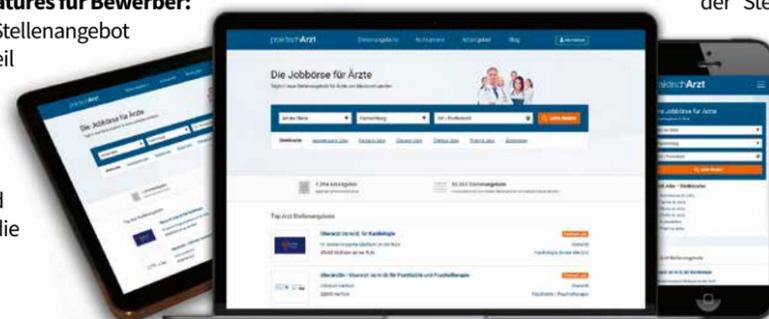
Nutzung vieler kleinerer Portale. Nutzt der Bewerber die kostenfreie Registrierung, kann er sich sogar Stellenangebote mit einem Klick merken oder sich via Quickbewerbung direkt beim Arbeitgeber melden.

Neben der Stellenbörse kann sich ein Bewerber zusätzlich über das Arbeitgeberverzeichnis einen gesamten Überblick über alle Kliniken und Arztpraxen verschaffen, die aktuell auf Bewerbersuche sind. Klickt er auf ein Arbeitgeberprofil, erhält er einen umfassenden Eindruck vom potenziellen Arbeitgeber und der zu besetzenden Stellen.

Außerdem kann sich der Besucher auf praktischArzt über interessante Themen rund um die Medizin und Karriere informieren. Über 1.000 Informationsartikel beinhalten Fragen zu Weiterbildungsmöglichkeiten und Gehältern bis hin zu Tipps für das Studium oder Bewerbungshilfen.

### Nachhaltige Möglichkeiten und Vorteile für Arbeitgeber:

Für Arbeitgeber ergibt sich mit praktischArzt eine große Chance. Dank der hohen Reichweite kann nicht nur ein kosteneffizientes und leistungsstarkes Ärzte-Recruiting garantiert werden. Auch abseits der Stellensuche können Arbeitgeber vom Karriereportal profitieren, indem sie sich als attraktiver Arbeitgeber vorstellen und einen Blick hinter die Kulissen gewähren. So erreichen sie auch passiv-suchende Ärzte, bei denen ein Wechselgedanke ausgelöst werden kann.



Privat oder gesetzlich:

## So oder so... ist die Familie fair versichert!



### Das sagt AXA, ein privater Krankenversicherer:

Wer die ganze Familie in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern will, muss für jedes Familienmitglied einen eigenen Vertrag abschließen. Die Möglichkeit einer Familienversicherung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es hier nicht.

Aber die PKV hat andere Vorteile, die je nach abgeschlossenem Tarif variieren können. So punktet eine PKV bereits bei der Gründung einer Familie: Durch spezielle Tarife oder Zusatzleistungen besteht in der PKV im Gegensatz zur GKV ein breites Angebot vieler zusätzlicher Leistungen – insbesondere bei den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Häufigere Ultraschalluntersuchungen, die Möglichkeit eines 3D-Ultraschalls sowie die Pränatal-Diagnostik sind nur einige der Leistungen, die zusätzlich genutzt werden können.

Sobald ein Kind geboren wurde, besteht in der PKV bei fristgerechter Anmeldung ein Kontrahierungszwang, also die Pflicht zum Abschluss eines Vertrages. Private Krankenversicherer sind verpflichtet, dem Neugeborenen Versicherungsschutz zu stellen, und zwar zum selben hohen Versicherungsniveau wie bei den Eltern, Gesundheitsprüfungen oder Wartezeiten entfallen bei fristgerechter Anmeldung.

Der Beitrag für Kinder in der PKV muss nicht unbedingt höher sein als in der GKV, denn in der PKV muss zwar für jedes Kind ein eigener Beitrag erhoben werden, allerdings werden in den Tarifen für Kinder keine Altersrückstellungen gebildet, da es sich um einen reinen Risikobeitrag handelt. Damit ist die Beitragshöhe wesentlich niedriger. Außerdem sind Beiträge für Kinder ebenfalls arbeitgeberzuschussfähig (bis zum Höchstsatz der GKV).

Finanzielle Vorteile bieten sich zudem in der Elternzeit. Neben attraktiven Leistungsvorteilen bietet die PKV verschiedene Möglichkeiten der finanziellen Entlastung. Je nach Tarif kann temporär eine vollständige Beitragsfreiheit nach der Entbindung von z.B. 6 Monaten geleistet werden, und es besteht die Möglichkeit einer Mutterschaftspauschale bzw. Entbindungspauschale.



### HANSEATISCHE KRANKENKASSE

### Das sagt die HEK, ein gesetzlicher Krankenversicherer:

Ehepartner und Kinder können kostenfrei mitversichert werden. Bei Kindern ist die Mitversicherung bis 23 Jahre, sofern sie studieren sogar bis 25 Jahre möglich. Zeiten des Wehrdienstes oder Freiwilligen Dienst verlängern diesen Anspruch. Für Ehepartner gibt es generell keine Altersgrenze.

Beiträge werden in der GKV immer einkommensabhängig berechnet. So werden Kleinverdiener finanziell nicht überlastet, sondern zahlen ihrem Einkommen entsprechend einen geringeren Beitrag als Großverdiener. Alter oder Gesundheitsrisiken spielen bei der Beitragsfestlegung keine Rolle. Während des Bezuges von Krankengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld besteht grundsätzlich Beitragsfreiheit. Großverdiener müssen in der GKV allerdings keinen unendlich hohen Beitrag zahlen. Beiträge werden maximal bis zur Höhe der für die Krankenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Im Jahr 2019 beträgt die monatliche Grenze 4.537,50 Euro. Darüber hinaus werden keine Beiträge berechnet.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es keine Gesundheitsprüfung und somit auch keine Auswirkung auf den Leistungsanspruch der Versicherten. Der Anspruch auf Leistungen besteht sofort und ohne Wartezeiten ab Beginn der Versicherung.

Arzt- und Krankenhauskosten werden direkt über die Gesundheitskarte mit der Krankenkasse abgerechnet. Eine finanzielle Vorleistung durch den Versicherten ist nicht erforderlich. Auf Wunsch kann allerdings, ähnlich wie bei Privatpatienten, die sogenannte Kostenerstattung gewählt werden.

Der Anspruchskatalog der GKV beinhaltet u.a. Krankengeld, Kinderkrankengeld, Haushaltshilfe, Krankenhaus, Zahnersatz und eine Vielzahl weiterer Leistungen. Zusätzlich haben Versicherte die Möglichkeit ihr gesundheitsbewusstes Verhalten über Bonusprogramme finanziell belohnen zu lassen. Beitragszahler in der GKV können darüber hinaus Wahltarife in Anspruch nehmen und so z.B. bei Nichtanspruchnahme von Leistungen Beiträge von der Krankenkasse zurückerhalten.

Neue Hartmannbund-Kooperation:

## HEK | Willkommen in der Business-K(l)asse!

Seit ein paar Monaten setzen der Hartmannbund und die Hanseatische Krankenkasse (HEK) auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Die Kooperation räumt der Business-K(l)asse den Status des exklusiven GKV-Partners ein und bietet allen Mitgliedern des Hartmannbundes eine attraktive Krankenversicherung. Doch was unterscheidet die HEK von anderen Krankenkassen und wie profitieren Sie davon?

### Erfahren Sie mehr über die Vorteile einer HEK-Mitgliedschaft.

Die **Hanseatische Krankenkasse (HEK)** wurde 1826 von Hamburger Kaufleuten gegründet. Sie ist damit eine der ältesten Krankenkassen in Deutschland. Hanseatische Prinzipien haben bei der HEK Tradition und bestimmen das Handeln. Soziale Verantwortung, Leistungsbereitschaft, vorausschauendes Wirtschaften, Innovationskraft und Verlässlichkeit haben die HEK zur **Business-K(l)asse** unter den gesetzlichen Krankenkassen gemacht.

**HEK – die Krankenversicherung für eine gesunde Zukunft.** Tatkräftig, verlässlich und immer ein offenes Ohr – mit einem starken Begleiter an der Seite geht's leichter durchs Leben. Das gilt vor allem beim Thema Gesundheit: Die HEK bietet Ihnen in allen Lebenssituationen die passende Versorgung und berät Sie bei allen Fragen rund um Ihr Wohlergehen. Zum Beispiel, wie Sie Kinder und Ehepartner in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichern können.

**Wer anspruchsvoll ist, erwartet mehr als nur Standard – auch was den Service angeht.** Als Business-K(l)asse legt die HEK besonderen Wert auf einen exzellenten Kundenservice. Individuelle Beratung ist ihr wichtig. Sie erreichen die HEK so, wie Sie möchten: persönlich, schriftlich oder telefonisch, rund um die Uhr, am Arbeitsplatz oder zu Hause. Die Experten stehen Ihnen in allen Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung mit Rat und Tat zur Seite. Es gibt aber noch ein weiteres Service-Highlight: alle Mitglieder vom **Hartmannbund** erreichen die HEK über eine exklusive Servicenummer – natürlich kostenfrei.

Neben der telefonischen Beratung rund um die Uhr setzt die HEK auf innovative digitale Serviceangebote. Mit der **HEK Service-App** tragen Sie Ihr mobiles Kundenzentrum stets bei sich. Weniger Zettel, mehr Zeit: Die App bietet Ihnen viele Funktionen, Ihre Anliegen zu erledigen – ganz bequem am Smartphone. Mit ihr können Sie zum Beispiel in nur wenigen Sekunden Ihre Versicherungsbescheinigung downloaden:



Deutschlands beste Krankenkasse

Testsieger  
Ausgabe 04/2019

EURO  
81 Krankenkassen im Test

App öffnen, klick – fertig! Mit der Service-App können Sie aber noch viele weitere Anliegen einfach und digital erledigen.

**Sicherheit durch einen verlässlichen Partner.** Manchmal nimmt das Leben einen anderen Lauf als geplant. Gerade bei unvorhergesehenen Ereignissen wie einer Erkrankung sind wir die Krankenkasse an Ihrer Seite. Darüber hinaus bietet die HEK Ihnen Leistungen, die weit über den gesetzlichen Standard hinausgehen; zum Beispiel umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen, Reiseschutzimpfungen und Osteopathie.

### Zusatzversicherungen: Das Beste aus zwei Welten!

Durch die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung sind Sie ausreichend abgesichert. Ein optimierter Versicherungsschutz lohnt sich aber in fast allen Fällen. Beispielsweise für beste Rahmenbedingun-

gen im Krankenhaus oder beim Zahnersatz. Mit Hilfe des **HEK Bonus Vorsorge plus** wird Ihre private Vorsorge bezuschusst. Versicherte ab 18 Jahre erhalten für ihr gesundheitsbewusstes Verhalten den HEK Bonus **jährlich** in Höhe von bis zu **144 Euro** für die nachgewiesenen Kosten einer Krankenzusatz- oder Pflegezusatzversicherung, die zu Beginn der HEK-Versicherung neu abgeschlossen wurde. Ergänzen Sie ganz einfach Ihre Krankenversicherung mit einer Zusatzversicherung der **AXA**.

**Deutschlands beste Krankenkasse.** Die Hanseatische Krankenkasse überzeugt mit starken Leistungen, kompetenter Beratung und bestem Service. Das Wirtschaftsmagazin **EURO** (Ausgabe 04/2019) zeichnete die HEK als „Deutschlands beste Krankenkasse“ aus. Wechseln Sie zur Krankenkasse mit dem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis. Sie haben Fragen zu Ihrer Absicherung im Krankheitsfall? Dann wenden Sie sich an Ihren Repräsentanten der **DEUTSCHEN ÄRZTE FINANZ**. Informieren Sie sich unter [hartmannbund.de/servicepartner](http://hartmannbund.de/servicepartner). Willkommen bei Deutschlands Spitzenreiter unter den gesetzlichen Krankenkassen.

Bank Alpinum berät

## EU-Finanztransaktionssteuer greift weit

Jahrelang wird bereits über die Einführung einer europäischen Finanztransaktionssteuer debattiert. Eine Finanztransaktionssteuer könne demnach „ein wichtiges Element“ sein, um die Europäische Union zu stärken. Die Steuer soll in zehn betroffenen Ländern ca. 3,5 Mrd. Euro einbringen. Zudem könnten die erzielten Einnahmen „ein Beitrag zu einem Euro-Zonen-Budget“ sein. Sie könnten aber auch direkt dem EU-Haushalt als Ganzes zugutekommen, wie Deutschland es befürwortet. Die Finanztransaktionssteuer würde den Aktienhandel in Deutschland in 143 deutschen Unternehmenstiteln treffen. Zahlen müssten Unternehmen, deren Börsenwert (Marktkapitalisierung) bei mehr als einer Milliarde Euro liegt. Der Satz liegt bei 0,3% des Handelsvolumens.

Die Einführung in der gesamten EU war jedoch bisher gescheitert und auch die Bemühungen, eine solche Abgabe in einem kleineren Kreis von EU-Mitgliedsstaaten zu erheben, blieben bislang ergebnislos. Die EU-Staaten sollen durch einen besonderen Anreiz überzeugt werden: Die Einnahmen aus einer Finanztransaktionssteuer könnten mit den Beiträgen für den EU-Haushalt

verrechnet werden. Staaten, die sich beteiligen, müssten somit weniger in die Gemeinschaftskasse zahlen.

Nachfolgende Staaten diskutieren und bemühen sich um eine Finanztransaktionssteuer: neben Deutschland und Frankreich zählen dazu Belgien, Griechenland, Italien, Portugal, Österreich, Spanien, Slowenien und die Slowakei.

Die gemeinsamen Steuereinnahmen aller Staaten könnten etwa zusammengeführt und dann unter den beteiligten Staaten aufgeteilt werden, dass sich deren Beitrag zum EU-Haushalt gemessen an der Wirtschaftsleistung reduziert. Hierdurch würden Staaten, die bereits eine Finanztransaktionssteuer haben, nicht unnötig belastet werden. Die Finanztransaktionssteuer gilt als politische Antwort auf die Finanzkrise von 2008. Durch die Umsatzsteuer auf Finanzgeschäfte sollten Kreditinstitute für ihre Transaktionen zahlen und zugleich hochriskante Geschäfte wie der sekundschnelle elektronische Handel mit Wertpapieren eingedämmt werden.

Einige Stimmen im Bundestagsfinanzsausschuss bezeichnen die Finanztrans-

aktionssteuer als „kontraproduktiv“. Die von der Steuer betroffenen Unternehmen müssten sich im globalen Wettbewerb behaupten. So würde sich für diese Firmen die Kapitalbeschaffung verteuern. Europa braucht eine funktionierende Kapitalmarktunion um die wirtschaftlichen Risiken durch privates Kapital abzufedern. Ob diese Steuer den angestrebten Effekt, die Stabilität an den Finanzmärkten zu erhöhen erzielen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch offen.

Die Bank Alpinum wird zukünftig in der Vermögensverwaltung bzw. zur Unterstützung in der Kundenberatung künstliche Intelligenz hinzuziehen. Hierzu wurde eine Kooperation mit einem Fintech-Unternehmen aus Zürich gebildet.

Wir freuen uns über Ihre persönliche Kontaktaufnahme: Sie erreichen Frau Jacqueline Krämer – Stellvertretende Direktion Privat Kunden – unter der Telefonnummer: 00423 239 62 33 bzw. unter [jacqueline.kraemer@bankalpinum.com](mailto:jacqueline.kraemer@bankalpinum.com).

Quellenangaben:

[www.Boersen-zeitung.de](http://www.Boersen-zeitung.de) bzw. [www.zeit.de](http://www.zeit.de)

### SEMINARE

**Ernährungsmedizin / 100 Std. nach Modellcurr. Bundesärztekammer**

**Bad Wörishofen und Potsdam**

**Kompaktkurs**

08.11. bis 17.11.2019 in Bad Wörishofen  
27.09. bis 06.10.2019 in Potsdam

Informationen/Termine: Ärztesgesellschaft 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 | ADVISION

**Steuer-Spezialisten für Ärzte**

**Immer in Ihrer Nähe**

[etl-advision.de](http://etl-advision.de)

# Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

## Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

## Ärztliche Weiterbildung

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

## Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

## Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/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)

Philipp Hoffmann

Tel.: 030 206208-41

## Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

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 für Weiterbildung Allgemeinmedizin/FA Allgemeinmedizin in Anstellung / FA Allgemeinmedizin mit Praxisübernahme

Gesucht wird ein Arzt für Weiterbildung Allgemeinmedizin, 20-40h/Woche, Weiterbildungsberechtigung für 3 Jahre liegt vor. Weiterhin wird ein Facharzt für Allgemeinmedizin gesucht, der sich auf einen halben Arztsitz anstellen lässt, Arbeitszeit 11-20h/Woche.

Zusätzlich wird ein Facharzt für Allgemeinmedizin gesucht, der die Praxis übernehmen will, ev. vorher mit mir noch 1-2 Jahre arbeiten möchte, oder ich als Angestellter noch in der Praxis arbeite. Kontakt unter: Dr. Martin Fabritz, [dr.fabritz@t-online.de](mailto:dr.fabritz@t-online.de), Tel. 06694455

### Vermiete Praxiseinheit in Berlin-Charlottenburg

In großzügigen, repräsentativen Praxisräumen in Berlin-Charlottenburg ist eine Praxiseinheit (gern ab sofort) unterzuvermieten. Die Praxis ist ganz in der Nähe der Deutschen Oper, nur ca. 50 Meter vom U-Bahnhof Wilmsdorfer Straße (U2, U7) entfernt. Es besteht die Möglichkeit zur Übernachtung mit eigenem Jugendstilbad. Im Haus gibt es noch weitere Arzt- und Heilpraxen.

Für nähere Informationen und Interesse melden Sie sich bitte unter: 0176-23441172

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

Ab sofort besteht in unserer Praxis-Etage in Köln ([www.kursraum-koeln.de](http://www.kursraum-koeln.de)) die Möglichkeit einen Seminarraum zu mieten. Die Praxis bietet zwei schöne, helle Räume, einen Seminarraum (35m²) mit einem Aufenthaltsraum (22m²) für Seminare, Workshops und Kurse zur Vermietung an. Die Anmietung für Gruppen mit bis ca. max. 20 Teilnehmern kann tageweise am Wochenende oder für das ganze Wochenende erfolgen.

Die Praxis liegt in zentraler Lage in der Kölner Altstadt-Nordstadt zwischen Hansaring und Eigelsteinertorburg. Bei Interesse melden Sie sich bitte telefonisch 0221-270 95 996 oder per Mail [kontakt@psychotherapiematthies.de](mailto:kontakt@psychotherapiematthies.de)

### Großzügige Praxisräume 155 m² ab sofort zu vermieten

Großzügige Praxisräume (155 m², hohe Räume, EG, Parkett) 3-4 BHZ, bisher als Zahnarztpraxis (Oralchirurgie) genutzt, ab sofort zu vermieten. Kontakt per Email: [praxisoralch@gmx.de](mailto:praxisoralch@gmx.de)

### Praxisanteil Allgemeinmedizin

Nachfolger/in gesucht für Gemeinschaftspraxisanteil in Frankfurt. Jede Form der Einarbeitung/Übergang möglich. Langjährig am Ort etabliert, ertragsstark, internistisch ausgerichtet, hervorragendes Team, moderne Ausstattung. Kontakt unter: 0174-6169699

### Nachmieter für Praxisräume gesucht

Nachmieter für helle, behindertengerechte Praxisräume im Zentrum von Neustrelitz gesucht. Kontakt unter Chiffre 109517

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.

### Arztpraxis für Allgemeinmedizin

Arztpraxis für Allgemeinmedizin aus gesundheitlichen Gründen sofort abzugeben. Kontaktaufnahme unter Chiffre: 552218

### Arzt in Anstellung gesucht!

#### Hausarztpraxis sucht zur Mitarbeit ab 2. Jan 2020 Facharzt/ärztin für Allgemein- oder Innere Medizin

Guter Standort, angenehmes Arbeitsklima, sehr guter Verdienst bei 25 Wo.Std. (mehr mögl.), attraktive schöne Gegend, Wunschauto wird gestellt, Kleinstadt an der Elbe/Dahlener Heide, Wohnung/Haus kann gut vermittelt werden, Besuch/Vororttermin gern unverbindlich möglich. Kontakt, Bewerbung: Tel.: 0173 9968386, Mail: [info@bionem-aqua.de](mailto:info@bionem-aqua.de)

### Außergewöhnliche BAG für Allgemeinmedizin

#### Gesucht NachfolgerIn, ganzer oder halber KV-Sitz

Wir sind eine langjährig bestehende GP, bestehend aus einer Ärztin und zwei Ärzten, wir praktizieren im eigenen, großen Haus mit Seminarraum. Besonderes Augenmerk legen wir auf eine professionelle Kombination aus Schulmedizin sowie diversen naturheilkundlichen Verfahren (Akup., Neuraltherapie, TCM, Traumatherapie, etc., etc.) Rein Schulmedizinisch ausgerichtete Kollegen sind uns ebenso willkommen.

Moderne, weitestgehend papierlose IT, ein professionelles, eingespieltes Team sowie ein sehr freundliches Miteinander sind uns ebenso wichtig, wie der enge, vertrauensvolle Kontakt zu den Patienten. 24-monatige Berechtigung zur WB vorhanden, akadem. Lehrpraxis der Uni Düsseldorf. KiTas sowie alle Schulen ortsnah vorhanden. Kontakt gern über: 0163-1609508

### Praxisnachfolger(in) / Allgemeinarztpraxis

Suche Praxisnachfolger(in) zum 01.07.2019 oder später für große Allgemeinarztpraxis (ca. 1800 Sch.) in Dettingen / Erms. Zentrale Lage einer reizvollen Kleinstadt am Fuße der Schwäbischen Alb – zwischen Metzingen (Outlet Zentrum) und Bad Urach – mit guter Verkehrsanbindung. Kaltmiete 731,- / 109m², Kontakt unter 0162/7120921

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

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: [niehaus-norden@t-online.de](mailto:niehaus-norden@t-online.de)

### Nachfolger/in gesucht – Allgemeinarztpraxis

Allgemeinarztpraxis /D-Arzt-Praxis mit Röntgen, OWL, sucht Nachfolger nach Absprache. Ideal auch für Ehepaare z.B. Allgemeinmedizin u. Chirurgie. Kontakt unter Chiffre 073971

## VERKAUF

### Nemectrodyngerät mit Zubehör

Nemectrodyngerät mit Zubehör, guter Zustand, wegen Praxisaufgabe für 540,- € abzugeben. Kontakt unter Tel: 0201/412841 oder 0172/8406695.

## 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: rudall30

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## Zu guter Letzt ...

### BSG BLEIBT AUF KURS

#### Sozialversicherungspflicht von Honorärärzten im Krankenhaus

Ärzte, die als Honorärärzte in einem Krankenhaus tätig sind, sind in dieser Tätigkeit regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen, sondern unterliegen als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht, entschied der 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG).

Bei einer Tätigkeit als Arzt sei eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht von vornherein wegen der besonderen Qualität der ärztlichen Heilkunde als Dienst „höherer Art“ ausgeschlossen. Entscheidend sei, ob die Betroffenen **weisungsgebunden** beziehungsweise **in eine Arbeitsorganisation eingegliedert** sind. Im streitgegenständlichen Fall war eine Anästhesistin wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst und überwiegend im OP tätig. Die Kasseler Richter argumentierten in ihrer Entscheidung zudem damit, dass Honorärärzte ganz überwiegend **personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses** bei ihrer Tätigkeit nutzten. So sei im vorliegenden Fall die Ärztin nicht anders als beim Krankenhaus angestellte Ärzte vollständig in den Betriebsablauf eingegliedert worden. **Unternehmerische Entscheidungsspielräume** seien bei einer Tätigkeit als Honorararzt im Krankenhaus regelmäßig nicht gegeben. Die **Honorarhöhe** sei nur eines von vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien und im konkreten Fall nicht ausschlaggebend gewesen. Auch habe ein etwaiger Fachkräftemangel im Gesundheitswesen keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung des Vorliegens von Versicherungspflicht. Sozialrechtliche Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht könnten nicht außer Kraft gesetzt werden, um eine Steigerung der Attraktivität des Berufs durch eine von Sozialversicherungsbeiträgen "entlastete" und deshalb höhere Entlohnung zu ermöglichen.

**Fazit:** Das BSG bestätigt mit diesem Urteil einmal mehr seinen restriktiven Kurs in Sachen Scheinselbständigkeit. Es setzt damit Maßstäbe auch für die behördliche Umsetzung. Die Deutsche Rentenversicherung richtete sein Augenmerk bereits in den letzten Jahren verstärkt auf den Bereich der freien Berufe, insbesondere auf die Tätigkeit von Juristen und Ärzten. Die entsprechenden Prüf- oder Statusfeststellungsverfahren fielen nicht selten zu Gunsten der Sozialversicherungspflicht aus. Hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus stellte das BSG nun erneut vor allem auf die Einbindung in den Organisationsablauf ab. Weil jedoch am Krankenhaus der Grad der Organisation regelmäßig sehr hoch ist, bleibt insofern der eigene, unternehmerische Einfluss der Honorärärzte per se gering. So ist wie im streitgegenständlichen Fall die Klägerin als Anästhesistin bei einer Operation selbstverständlich Teil eines Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeiten muss. Auch bei einer Tätigkeit als Stationsarzt, aber bei einer Praxisvertretung im Rahmen der ambulanten Versorgung müssen sich Honorärärzte in die vorgegebenen Strukturen und Abläufe einfügen. Nach der Argumentation des BSG wird die Bewertung der honorarärztlichen Tätigkeit als selbstständige Tätigkeit künftig wohl noch mehr zur Ausnahme werden.

BSG, Urteil vom 04.06.2019 (Az.: B 12 R 11/18 R)



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



## 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)

DAS BESTE AUS ZWEI WELTEN



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



SERVICE-PARTNER DES HARTMANNBUNDES

Passt wie Topf und Deckel –  
nur anders!

HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE

Mehr Informationen unter  
[hartmannbund.de](http://hartmannbund.de)