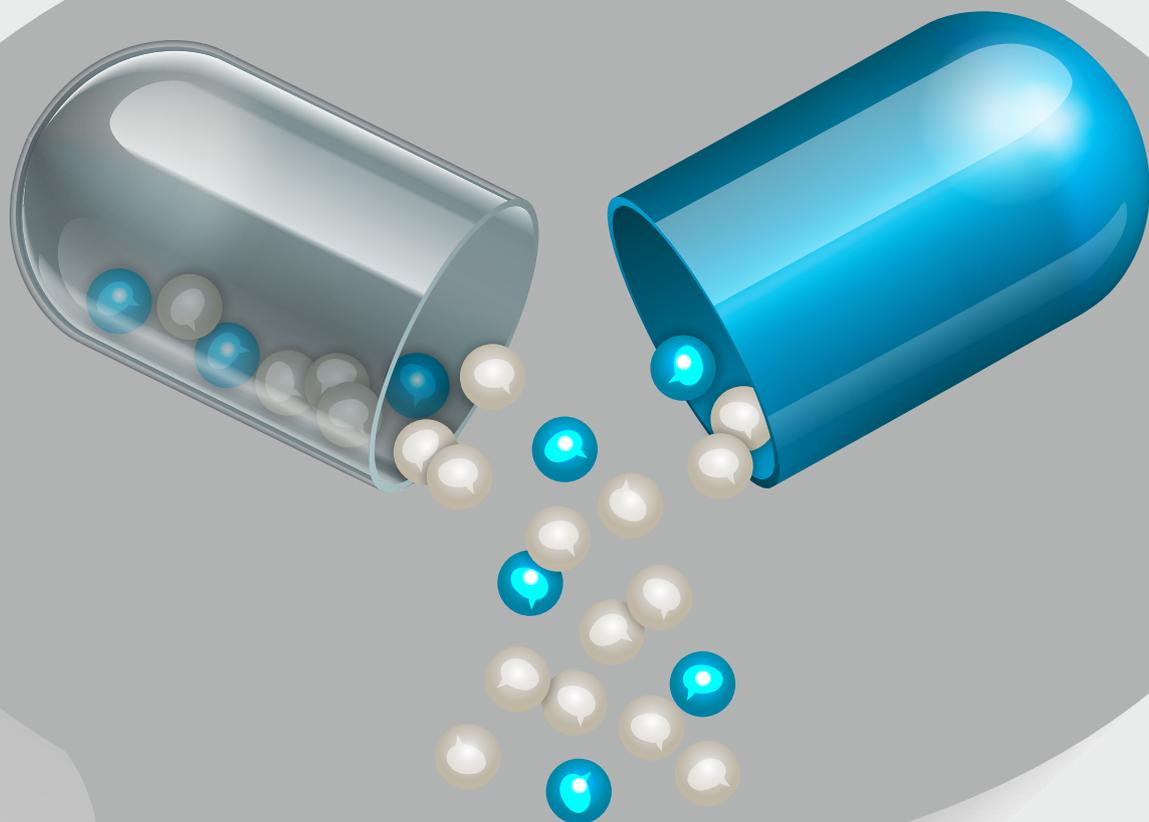


03/2019

# Hartmannbund Magazin



## Weit mehr als ein Placebo

Warum (richtig) Sprechen in der Medizin  
so wichtig ist

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



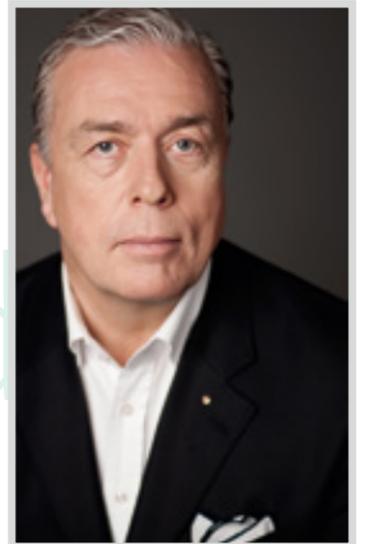
Setzen Sie auf ein einzigartiges Vorsorgekonzept: DocD'or kombiniert eine flexible Altersvorsorge mit einem speziellen Berufsunfähigkeitsschutz für Ärzte – damit Sie auf alle Wechselfälle vorbereitet sind. Am besten von Anfang an: Berufseinsteiger zahlen in den ersten Jahren stark reduzierte Beiträge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

Anzeige

Editorial

# Editorial



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

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen*

Was genau treibt ihn eigentlich an? Gibt es da einen Plan oder einfach nur eine Liste? Und was macht der Mann bloß in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode oder gar in der zweiten Hälfte seiner beruflichen Laufbahn? Angesichts des Tempos, mit dem Jens Spahn Gesetz an Gesetz reiht und mit dem er bereits in jungen Jahren Karriere gemacht hat, drängen sich diese Fragen auf. Scheinbar ohne Luft zu holen hat der ambitionierte CDU-Politiker im (verhältnismäßig immer noch) zarten Alter von 39 Jahren seit 2002 nunmehr fünf Mal in Folge seinen Bundestagswahlkreis direkt gewonnen, war als Staatssekretär bei Herrn Schäuble tätig und hat zuletzt als Gesundheitsminister innerhalb von nicht einmal eineinhalb Jahren 16 Gesetze auf den Weg gebracht – im Schnitt monatlich eines. Auf den ersten Blick beeindruckend.

Für einen vorhandenen Masterplan eines neuen Gesundheitssystems spricht dabei allerdings im Augenblick noch wenig, auch wenn sich hier und da erste Konturen kleiner Rädchen abzeichnen scheinen, die ineinandergreifen. Noch sieht es jedoch eher danach aus, als arbeite da einer einfach beharrlich die Liste (vermeintlicher) Baustellen ab, die er sich in über zehn Jahren gesundheitspolitischer Debatten säuberlich unter „To do“ zurechtgelegt hat. Und die scheinbar unbeirrbarbare Konsequenz, mit der das nun von statten geht, spricht dafür, dass er sich in diesen Jahren bereits eine Meinung gebildet hat, die es aus seiner Sicht nur noch selten zu relativieren oder zu korrigieren gilt. Alle Argumente schon einmal gehört. Alles schon bedacht. Kaum weiterer Gesprächsbedarf. Eine nicht ungefährliche Gemengelage. Denn natürlich ist noch längst nicht alles gesagt, es gibt noch viel zu relativieren und zu korrigieren – bei allem Respekt vor den über Jahre gewachsenen Kenntnissen des Ministers über das System und seine Player.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die an den Tag gelegte Eile, mit der der Minister das gesundheitspolitische Feld durchpflügt, trägt ihr Übriges dazu bei, dass präzise Gesetzesformulierungen und notwendiger Dialog immer öfter auf der Strecke bleiben. Das bringt nicht nur das Gesundheitssystem an sich und die dort tätigen Akteure, sondern auch Spahns eigenes Haus an die Grenzen. Glaubt Herr Spahn nicht an den Bestand der Koalition und versucht deshalb so schnell wie möglich „fertig“ zu werden? Oder hat er bereits selbst andere Pläne und traut niemand Anderem zu, sein Werk zu vollenden? Wirkt er deshalb manches Mal wie ein Getriebener?

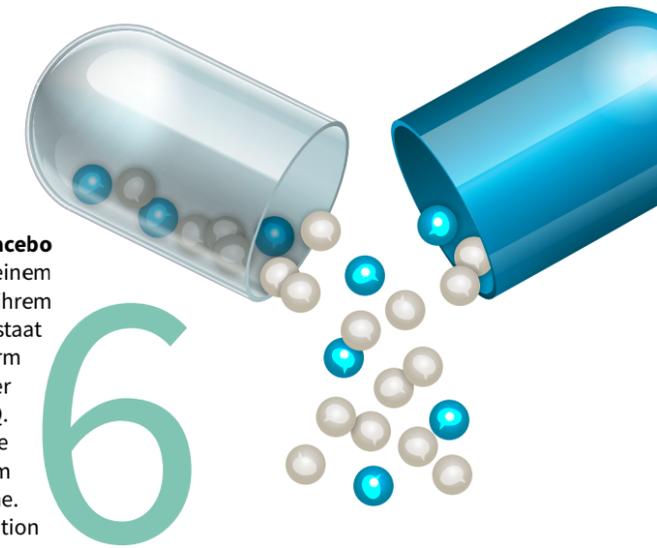
Wie auch immer. Wir sind immer wieder gerne bereit dazuzulernen. Das sollte für den Minister ebenfalls gelten. Zumindest die Zeit dafür sollte er sich nehmen.

*Klaus Reinhardt*

„  
Empathie und ‚Sprechende  
Medizin‘ sind das A und O  
für ein optimales Arzt-  
Patienten-Verhältnis!“

Umso wichtiger, dass sich der Hartmannbund für die  
Stärkung der ‚Sprechenden Medizin‘ einsetzt.

# Inhalt



## Weit mehr als ein Placebo

Anfang März dieses Jahres ging die Amerikanerin Annalisa Wilharm mit einem Erlebnis an die Presse, das weltweit für Aufsehen sorgte: Sie war gerade bei ihrem schwer kranken Großvater auf der Intensivstation einer Klinik im US-Bundesstaat Kalifornien zu Besuch, als ein roboterähnliches Gefährt mit einem Bildschirm ins Krankenzimmer gefahren sei. Auf dem Bildschirm, so wird berichtet, sei der Arzt von Ernest Q. zugeschaltet gewesen. Per Videoschaltung habe er Ernest Q. eröffnet, dass seine Lunge bald versagen und er nicht mehr nach Hause kommen würde. Zwei Tage später starb der Patient. Die Geschichte von diesem „Diagnosegespräch“ via Telemedizin ist sicherlich noch immer die Ausnahme. Doch auch das Gespräch von Angesicht zu Angesicht, die gelungene Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten gehört – nicht nur bei der Überbringung besonders schlechter Diagnosen – auch (oder gerade) in Zeiten technisch scheinbar unbegrenzter Möglichkeiten noch immer zu den größten Herausforderungen.

18

**Legt das Gesetz die Axt  
an bewährte Strukturen?**  
Reform der Notfallversorgung



20

**Digital oder auf Papier – Ärzte und  
Patienten sollen entscheiden**  
Umsetzung des elektronischen  
Rezeptes



21

**„Der Innovationsfonds  
funktioniert“**  
Erste Evaluation liegt vor



22

**Minister bleibt in der Vorhand**  
Rehabilitation und Notfallversorgung  
– und Lob von der Kanzlerin



24

**Pro & Contra**  
Ist die gesetzliche Pflicht zur  
Masernimpfung der richtige Weg?



26

**Wie das Belegarztwesen  
„re-vitalisiert“ werden könnte**  
Noch eine Reform in Sicht?

28

**Mehr Studienplätze als Patentrezept?**  
Zentralinstitut und Sachverständigenrat  
mit unterschiedlicher Einschätzung zur  
Versorgungslage

**30 Stark für Ärztinnen! Engagement  
für bessere Chancen für Ärztinnen in  
Versorgung, Selbstverwaltung und  
Berufspolitik**

Ausschuss „Ärztinnen“ im  
Hartmannbund

32 **HB-Intern**

35 **Service** Kooperationspartner

40 Ansprechpartner

42 Impressum

# Weit mehr als ein Placebo

Warum (richtig) Sprechen in der Medizin so wichtig ist

*Anfang März dieses Jahres ging die Amerikanerin Annalisa Wilharm mit einem Erlebnis an die Presse, das weltweit für Aufsehen sorgte: Sie war gerade bei ihrem schwer kranken Großvater auf der Intensivstation einer Klinik im US-Bundesstaat Kalifornien zu Besuch, als ein roboterähnliches Gefährt mit einem Bildschirm ins Krankenzimmer gefahren sei. Auf dem Bildschirm, so wird berichtet, sei der Arzt von Ernest Q. zugeschaltet gewesen. Per Videoschaltung habe er Ernest Q. eröffnet, dass seine Lunge bald versagen und er nicht mehr nach Hause kommen würde. Zwei Tage später starb der Patient. Die Geschichte von diesem „Diagnosegespräch“ via Telemedizin ist sicherlich noch immer die Ausnahme. Doch auch das Gespräch von Angesicht zu Angesicht, die gelungene Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten gehört – nicht nur bei der Überbringung besonders schlechter Diagnosen – auch (oder gerade) in Zeiten technisch scheinbar unbegrenzter Möglichkeiten noch immer zu den größten Herausforderungen.*

Nachholbedarf bei der Arzt-Patienten-Kommunikation scheint auf den ersten Blick wenig verwunderlich. Denn für Generationen von Medizinstudierenden hat Kommunikation während ihrer stark naturwissenschaftlich ausgerichteten Ausbildung keine Rolle gespielt. Es galt die Annahme, dass ja jeder irgendwie reden und sich somit schon auch mitteilen könne. Dabei gehört Kommunikation zu den größten Herausforderungen im Berufsalltag von Medizinern.

Das scheint erst in den vergangenen Jahren ernster genommen zu werden: An immer mehr Universitäten sind Gesprächstrainings durch Rollenspiele und mit Schauspielpatienten fest im Curriculum des Medizinstudiums verankert. Doch können angehende und auch gestandene Ärzte eine wertschätzend beratende Kommunikation auf Augenhöhe mit ihren Patienten überhaupt lernen? So wie sie auch das Behandeln von Krankheiten erlernen können? Oder ist es ganz einfach eine Frage der Persönlichkeit, ob Kommunikation glückt oder nicht?

## **Persönlichkeit spielt wichtige Rolle**

Marcel Sandmann, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Notfallmedizin am Klinikum Dortmund, ist der Meinung, dass

Persönlichkeit und Erziehung eine wichtige Rolle für die Kommunikation spielen. Gleichzeitig sagt er, dass man auch vieles erlernen kann. Zum Beispiel, wie man den Patienten ihre Diagnosen erklärt. „Ich habe im Laufe der Zeit begriffen, dass man als Arzt manche Dinge mehrfach erklären muss“, erzählt er. Gerade bei schweren Diagnosen schalten Patienten und ihre Angehörigen erst einmal auf Durchzug. Er entlasse sie dann häufig mit folgenden Worten aus dem Gespräch: „Sie haben bestimmt tausend Fragen – und im Moment fällt Ihnen keine einzige ein. Schreiben Sie einfach alles auf, was Sie wissen möchten. Und melden Sie sich dann.“

Sandmann selbst hat seine kommunikativen Fähigkeiten erst während des Jobs trainiert. Im Laufe der Jahre habe er verstanden, was bei welchem Patiententyp wie ankommt. Sich darüber im Klaren zu sein, wen man vor sich hat, ist seiner Meinung nach schon ein ganz wichtiger Punkt. Handelt es sich um ängstliche, fordernde oder auch besserwisserische Patienten? Darauf sollten sich Ärzte während des Anamnesegesprächs konzentrieren. Denn jeder nimmt Nachrichten anders auf. Während des Gesprächs ist Sandmann die Augenhöhe und unvoreingenommene Wertschätzung seiner Patienten sehr wichtig. „Ärzte sollten vor so einem Gespräch

kurz innehalten und sich bewusst machen, was die Diagnose für ihre Patienten bedeutet“, sagt er. Während eines solchen Gesprächs setze er sich auch mal auf die Bettkante des Patienten. „Das schafft Vertrauen.“ Was hingegen Misstrauen schürt: Ablenkung von Seiten des Arztes. „Es gibt leider Kollegen, die während eines Tumorgesprächs auf ihr Handy schauen oder private Anrufe beantworten“, erzählt Sandmann. „Das geht natürlich gar nicht!“ Einen so großen Vertrauensbruch mit dem Patienten könne man im Nachhinein nicht mehr aufarbeiten.

Sandmann erklärt seinen Patienten ihre Krankheiten so einfach wie möglich. „Ich mache es meistens so, dass ich die betroffenen Organe aufmale und dann Vergleiche aus dem Alltag finde.“ Einen Tumor im Darm erklärt er etwa anhand eines Fahrradschlauchs, auf dem der Fuß steht. „Einfache Worte aus dem Alltag helfen enorm, um alles verständlich zu erklären“, sagt er. Fachvokabular habe in Diagnosegesprächen nichts zu suchen. „Die Patienten sind sehr glücklich, wenn sie bemerken, dass ein Arzt ihnen wirklich erklären möchte, was los ist.“



Marcel Sandmann, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Notfallmedizin am Klinikum Dortmund

Das bestätigt Ragnild Münch, Sprecherin des Klinikums Dahme-Spreewald in Königs Wusterhausen und Lübben. „An unserer Klinik gibt es ein etabliertes Beschwerdemanagement sowie Feedbackbögen“, sagt sie. „Wenn sich Patienten gut aufgehoben gefühlt haben, melden sie – und auch ihre Angehörigen – das anschließend zurück.“ Gute Kommunikation falle also auf. Negative Kommentare gebe es jedoch auch immer wieder. „Oft hat das etwas damit zu tun, dass Ärzte während des Gesprächs zu einem Einsatz gerufen wurden und die Patienten sich dann nicht wertgeschätzt gefühlt haben.“

## **Rollenspiele zur Vorbereitung**

Wie groß die Herausforderung von empathischen Arzt-Patienten-Gesprächen ist, lernen die Medizinstudenten an der Universität Kiel seit gut zehn Jahren. Wie Medizindidaktin Gudrun Karsten berichtet, werden angehende Ärzte dort in den ersten Semestern mithilfe von Rollenspielen auf ihre spätere Verantwortung vorbereitet. Besonders wichtig sei dabei das Anamnesegespräch. Denn: „Nur wer die richtigen Fragen nach Symptomen stellt, kann ein bestimmtes Krankheitsbild überhaupt erst erkennen“, sagt Karsten.



Zeit ist ein Schlüsselfaktor: Ohne Zeit zur Kommunikation nutzen auch die entsprechenden Fähigkeiten wenig.

Später trainieren Studierende schwierige Gespräche mit Schauspielpatienten – zum Beispiel das Überbringen einer Demenz- oder einer Brustkrebsdiagnose. Die Schauspieler reagieren so wie Patienten, darauf werden sie von erfahrenen Ärzten vorbereitet. Ein Training, das gut ankommt. „Am Ende des Studiums sagen uns viele Studenten, dass sie dabei viel gelernt haben“, erzählt Gudrun Karsten. Denn böse Absicht stecke sicher nur selten hinter unsensibel vorgetragene Diagnosen. „Viele Studenten haben große Angst davor, später schwere Diagnosen überbringen zu müssen.“

Dennoch erscheinen manche Ärzte aus Patientensicht eher abgeklärt, wie Gregor Bornes berichtet. Er ist ehrenamtlich als Patientenberater bei der Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen (BAGP) tätig. Bei ihm melden sich also auch die Patienten, deren Ärzte offensichtlich nicht gut kommuniziert haben. „Das sind Menschen, die nicht verstanden haben, woran sie genau erkrankt sind und was sie nun machen sollen“, sagt Bornes. Für die Kranken selbst eine äußerst unangenehme Situation. Als Patientenberater übersetzt Bornes vorhandene Informationen und berät die Patienten, ob es für sie sinnvoll ist, sich noch eine zweite Meinung einzuholen. Wo und wie sie eine gute Behandlung finden. Und ob sie ihrem behandelnden Arzt überhaupt noch vertrauen.

„In der Patientenberatung erleben wir immer wieder Beispiele misslungener Kommunikation“, erzählt Gregor Bornes. Zum Beispiel das des 53 Jahre alten Thomas L., der an einem sehr aggressiven Krebs erkrankt war, dem non-Hodgkin-Lymphom. Thomas L. sei vorher nie ernsthaft krank gewesen und von seinem Hausarzt wegen einer Schwellung im Bauchraum zur Untersuchung ins Kran-

kenhaus eingewiesen worden. Nach einem Tag dann die Diagnose vom Arzt: Der habe ihn mit wenigen Worten nüchtern über die Gefährlichkeit des Krebses, der dringend operiert werden müsse, informiert. Thomas L. müsse sich als mündiger Patient schnell für eine Therapie entscheiden, es gebe aber ohnehin nur die Möglichkeit der Chemo mit anschließender Operation. Ohne Raum zum Nachfragen, ohne Möglichkeit, den Schock erst einmal zu verdauen. Daraufhin recherchierte Thomas L. zunächst auf Internetforen und meldete sich dann bei der Patientenberatung, die ihn darin bestärkte, sich die notwendige Unterstützung zu suchen.



Gregor Bornes, ehrenamtlicher Patientenberater bei der Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen (BAGP)

„Oft herrscht bei Ärzten ein Missverständnis hinsichtlich der Frage, was es heißt, Patienten zu mündigen Patienten zu machen“, beobachtet Bornes. Einige Ärzte würden meinen, dass es schon ausreiche, den Patienten verschiedene Therapiemöglichkeiten zu nennen – und sie dann selbst eine Entscheidung treffen zu lassen. Es gebe dann kein Verständnis dafür, dass die Kranken als Nichtmediziner gar nicht in der Lage sind, so schnell und einfach Entscheidungen zu treffen. Dass dazu

auch Risiken und Wahrscheinlichkeiten bezogen auf die persönliche Krankheitssituation kommuniziert werden müssen.

Bornes Meinung nach laufe in der Arzt-Patienten-Kommunikation oft etwas ganz Grundsätzliches schief. „Natürlich kommen auch nur diejenigen zu mir, bei denen die Kommunikation nicht funktioniert hat – von den guten Beispielen bekomme ich wenig mit“, sagt er. Dennoch frage er sich, ob die vielen guten Fortbildungen, die es heute gibt und die Ergebnisse der Forschung zur Patientenkommunikation in der Fläche ankommen. „Viele Ärzte argumentieren damit, dass die fehlende Zeit und die schlechte Bezahlung der Grund für unzureichende Kommunikation im Berufsalltag ist“, sagt Gregor Bornes. „Das halte ich für eine erbärmliche Ausrede.“ Es gäbe genügend Beispiele dafür, dass ein gutes und zufriedenstellendes Gespräch auch schon in fünf bis acht Minuten möglich ist. „Das hat etwas mit Organisation und Kommunikationsfähigkeiten zu tun“, sagt er.

#### Zeitmangel ist ein Problem

Den Vorwurf, Zeitmangel als Ausrede zu nutzen, weist Stefan Gesenhues zurück. Der niedergelassene Hausarzt aus Ochtrup im Münsterland ist als Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum in Essen verantwortlich für die Lehre im Medizinstudium. Der Praxisalltag lasse ihm selbst jedoch häufig zu wenig Raum für den empathischen Arzt-Patienten-Kontakt, berichtet er. Aufgrund des hohen Patientenaufkommens fehle Ärzten immer öf-

Anzeige

 **PVS holding**  
GEMEINSAM BESSER.

**IHRE PERFEKTE  
PRIVAT-  
ABRECHNUNG**

WIR MACHEN DAS.

**GANZ NAH, GANZ SICHER.**

Tel. 0800 1025300 | [ihre-pvs.de/angebot](https://ihre-pvs.de/angebot)

ter Zeit, vor einem neuen Patientengespräch kurz innezuhalten. Damit fehle die Gelegenheit, eine neue Gesprächssituation adäquat vorzubereiten. Gesenhues erzählt, dass er die grundlegenden Kommunikationsregeln für ein Arzt-Patienten-Gespräch im alltäglichen Praxisablauf unter Zeitdruck oft selbst nicht anwenden kann. Dazu zählen auch: aktives vertrauensvolles patientenzentriertes Zuhören und aufmerksames Beobachten der Körpersprache des Patienten. Der Arzt müsse zwischen den Zeilen herauszuhören, was der Patient ihm nicht ausdrücklich sagt. Nur so könne er diagnostizieren und anschließend eine passende Therapie vorschlagen. „Empathisches ärztliches Verhalten ist im Kontext einer Medizin im Minutentakt oft schwer umzusetzen“, sagt er. Ein Umstand, mit dem er sehr unzufrieden sei.

Als Problem sieht Stefan Gesenhues die große Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte in der Primärversorgung. Der Praxisablauf werde nicht nur durch eine weitgehend planbare



Stefan Gesenhues, niedergelassener Hausarzt aus Ochtrup, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum in Essen

Terminsprechstunde, sondern eben auch durch viele ungeplante Besuche von Akutpatienten bestimmt. Gesenhues sieht den Zugang zur Primärversorgung als zu niederschwellig. Es gebe zu viele Patientenkontakte wegen Bagatellerkrankungen wie leichten Infekten oder Befindlichkeitsstörungen. Das ab dem ersten Krankheitstag benötigte Arbeitsunfähigkeitsattest für den Arbeitgeber sei ein weiterer gravierender Systemfehler. „Wir sind verantwortlich dafür, dass empathische engagierte ärztliche Zuwendung den Patienten zugute kommt, die vor dem Hintergrund schwerwiegender Erkrankungen dringend auf unsere fokussierte Behandlung angewiesen sind.“

#### Digitalisierung als Hilfsmittel

Das Thema Arzt-Patienten-Kommunikation zeigt sich also auf mehreren Ebenen als eine große Herausforderung für den Berufsalltag von Medizinerinnen und die gute Versorgung ihrer Patienten. Hilfe könnte in der Zukunft vielleicht auch die Digitalisierung bieten. Allerdings nicht in Form von Videoschaltungen per Robotern wie im Fall aus den USA – denn Digitalisierung wird die persönliche Begegnung nie ersetzen. Aber sie kann sie unterstützen. Etwa durch seriöse Plattformen, auf denen Patienten gut verständliche Informationen über Krankheiten bekommen, mit denen sie sich auf das Arztgespräch vorbereiten können. Oder über eine App, mit der das Gespräch vorbereitet werden kann und die Patienten schon einmal ihre wichtigsten Fragen übermitteln, die sie dann in der Situation nicht wieder vergessen. Oder als Plattform der Fortbildung für Mediziner. Die ersten Ideen in diesem Bereich werden bereits umgesetzt (siehe Interview mit Ansgar Jonietz).

Digitalisierung, und sei sie noch so intelligent konzipiert, wird auch bei der Arzt-Patienten-Kommunikation bestenfalls unterstützendes Hilfsmittel sein

Halid Sehoul

## „Kommunikation ist die wichtigste Arznei, die Medizinern zur Verfügung steht“

*Herr Sehoul, Sie haben ein Buch darüber geschrieben, wie man schlechte Nachrichten gut überbringt. Was hat Sie dazu motiviert?*

Als Krebspezialist bin ich tagtäglich damit konfrontiert, meinen Patientinnen schlechte Nachrichten überbringen zu müssen. Aus meinem Berufsalltag weiß ich daher, wie essentiell eine gute Kommunikation für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist. Doch zu diesem wichtigen Thema gibt es fast nur veraltete oder sehr theoretische Literatur.

Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Seminare haben stets nach weiterführender Literatur gefragt. Da ich zudem auch schreibe, habe ich mich dazu entschlossen, selbst ein Buch mit meinen persönlichen Erfahrungen aus dem klinischen Alltag und Tipps herauszubringen.

*Wie viele schlechte Nachrichten überbringen Sie am Tag?*

Das sind in etwa drei schlechte Nachrichten. Aber auch jeden Tag zehn gute. Das ist mir erst einmal bewusst geworden, als ich angefangen habe, darüber Tagebuch zu führen. Es ist auch eine Kunst, gute Nachrichten richtig zu überbringen und sie entsprechend zu zelebrieren. Häufig werden gute Nachrichten nicht ausreichend gewürdigt. Die Herausforderung liegt aber vor allem bei den Schlechten.

*In Ihrem Buch haben Sie auch sehr persönliche Geschichten preisgegeben ...*

Ja. Der klassische Schreibstil eines Sachbuchs gefiel mir bei diesem emotionalen Thema nicht. Meiner Meinung nach sind Geschichten aus dem Alltag am anschaulichsten, deshalb habe ich dieses Buch wie ein Geschichtenbuch aufgebaut. Ich habe den Anspruch eines Gesprächs auf Herzeshöhe, dies kann nur gelingen, wenn man auch von sich selbst etwas preisgibt. Mit der Idee, sowohl die Überbringer der Nachrichten – also die Ärzte – als auch Empfänger und Beobachter abzuholen. Es ist also ein Buch für Ärzte, Patienten und Angehörige.

*Was können Patienten und Angehörige dabei lernen?*

Es ist grundsätzlich wichtig, sich bewusst zu machen, dass alle Menschen im Raum von der schlechten Nachricht betroffen sind.

Für niemanden ist es einfach, auch nicht für den Arzt. Und wenn sie solche Nachrichten nicht gut überbringen können, leiden die Mediziner selbst darunter. Denn niemand ist Arzt geworden, weil er schlechte Nachrichten überbringen will. Das Verhältnis zu den Patienten liegt den Kollegen für gewöhnlich am Herzen. Es ist nur häufig das Problem, dass Ärzte in ihrem eng getakteten Berufsalltag so in ihrem Tunnel sind, dass sie gar nicht bemerken, wie das Gesagte bei ihrem Gegenüber ankommt. Die Folgen sind gravierend: Für Ärzte und Patienten.

*Inwiefern?*

Kommunikation ist eine wichtige Medizin. Ich gehe sogar so weit, zu sagen: Kommunikation ist die wichtigste Arznei, die Medizinern zur Verfügung steht. Ist sie wertschätzend und auf Augenhöhe, sind die Chancen auf einen Heilungserfolg höher. Denn Patienten, die Vertrauen in ihren Arzt haben, folgen den Therapieempfehlungen viel eher und nehmen dann auch Nebenwirkungen in Kauf. Ist das Vertrauensverhältnis beschädigt, leidet auch der Arzt. Er spürt, dass er keine Beziehung zu seinen Patienten aufbauen und ihnen deshalb auch nur eingeschränkt helfen kann. Es gibt kein Erfolgserlebnis, der Mediziner spürt keine Dankbarkeit. Auf Dauer kann das Frust auslösen und auch an die eigene Gesundheit gehen. Man weiß, dass Ärzte, die Probleme in der Kommunikation mit ihren Patienten haben, häufiger an Burnout erkranken als andere.



Halid Sehoul ist Chefarzt der gynäkologischen Klinik der Charité in Berlin und Krebspezialist. Er schätzt, dass er im Laufe seines Berufslebens etwa 200.000 schwierige Gespräche mit Patientinnen führt. Er hält eine empathische Kommunikation für die Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Krankheit als unerlässlich. Deshalb hat er im vergangenen Jahr den Ratgeber „Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen“ geschrieben.

Wann waren Sie eigentlich das letzte Mal da?

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



*Sie sagten, Ärzte sind häufig in einem Tunnel ...*

Ja, sie sind in ihrem eng getakteten Klinikalltag, in der schwere Diagnosen ganz alltäglich und somit für sie selbst zur Routine geworden sind. Was es aber für den einzelnen Menschen bedeutet, dessen Leben sich nach der Diagnose komplett verändern wird, nimmt man manchmal nicht mehr wahr. Es kann helfen, durch Rollenspiele mal die Perspektive zu wechseln. Und dann zu begreifen, wie dramatisch die Nachricht einer unheilbaren Krebserkrankung für eine Mutter von zwei kleinen Kindern und ihre Angehörigen ist. Diese Folgen für das Leben der Patienten muss man sich immer bewusst machen – ohne sich dabei zu verlieren und ohne den Anspruch, dass man als Arzt alle Probleme selbst und sofort lösen muss. Und natürlich ist die Ressource Zeit im ärztlichen Alltag sehr limitiert. Aber man kann lernen, sich selbst Strukturen zu schaffen, um seine wenige Zeit optimal zu nutzen.

*Kann man gute Kommunikation und Einfühlungsvermögen tatsächlich lernen – oder ist es etwas, das die Kollegen mitbringen oder eben nicht?*

Man kann gute Kommunikation auf jeden Fall erlernen. Es wäre zu einfach, sich zu sagen, dass man das nur von Haus aus mitbringen kann – oder eben nicht. Natürlich muss ein gewisses Maß an Empathie vorhanden sein. Und manchen Menschen fällt es leichter, sich zu öffnen als anderen. Aber ganz ehrlich: Wer nichts mit Menschen zu tun haben möchte, der wird auch nicht Arzt. Was die Aufnahme ins Studium angeht, halte ich es ohnehin für viel sinnvoller, eine Liebe zu Menschen und zur Sprache mitzubringen, als den besten NC zu haben. Aber das ist wieder eine ganz andere Diskussion.

*Wie ist das Feedback von Kollegen auf Ihr Buch?*

Wirklich sehr gut. Zu meinen Lesungen kommen etwa 25 Prozent Ärzte, dass werte ich als sehr positiv. Ich denke, für die Kollegen ist es auch ein Zeichen, dass ich als Professor an einer Uniklinik sage, dass Kommunikation wichtig ist und mich nicht nur über komplexe Operationen definiere. Darin steckt die Botschaft, dass sich die Rahmenbedingungen für eine gute Kommunikation verändern müssen – und der Fokus nicht immer nur auf der neuesten Technik liegen sollte.

*Wie könnte das Ihrer Meinung nach passieren?*

Erst einmal muss Kommunikation im Studium stärker in den Vordergrund rücken. Es gibt immer noch viele Universitäten, die das nicht systematisch trainieren. Rollenspiele und Schauspielpatienten

*Sieht so einfach aus. Die richtigen Worte zu finden, ist allerdings häufig schwieriger – auch in der Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten*



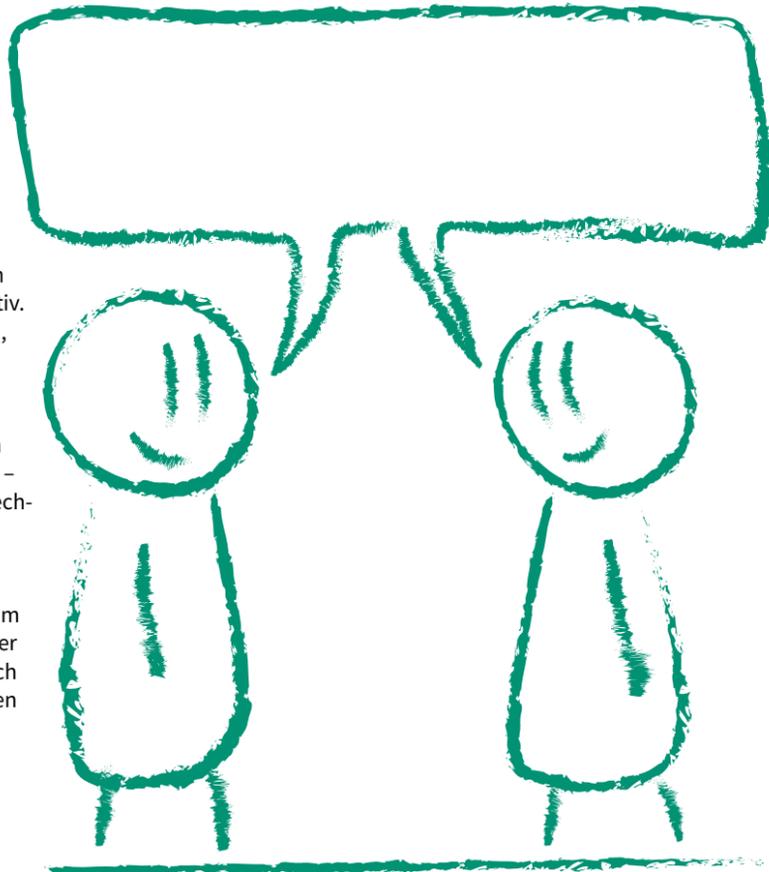
*Empathie und (Zeit für) Zuwendung sind wesentliche Voraussetzung für funktionierende Kommunikation*

sind eine tolle Möglichkeit. Doch nur das Studium zu betrachten, reicht nicht aus. Kommunikationstrainings müssen während der gesamten Berufslaufbahn fortgeführt werden – begleitet von einer strukturierten Supervision im Berufsalltag.

Gerade wenn im klinischen Alltag diese Situationen entstehen, braucht man ein Konzept um damit umzugehen und sich auf die weiteren Situationen vorzubereiten. Das alles muss kostenlos und verpflichtend passieren. Es kann nicht sein, dass Ärzte solche Trainings selbst finanzieren und sich dann noch ein Wochenende dafür freinehmen müssen. Außerdem finde ich eine strukturierte Supervision für uns alle nötig.

*Denken Sie, das wird irgendwann passieren?*

Die Hoffnung gebe ich in diesem Punkt natürlich nicht auf. Aber es ist und bleibt wichtig, dass wir Ärzte das selbst immer wieder artikulieren und es zu einer breiten gesellschaftlichen Diskussion bringen.



## Kommunikations-Tipps von Jalid Sehoul

### Das richtige Setting: Wann-Wo-Wer?

#### Wann und wie lange?

- Sobald wie möglich (für den Patienten) und nötig (für eine Entscheidungsfindung in einer Situation), wenn alle Befunde vorliegen.
- In der Klinik möglichst nicht spät abends. Falls nicht anders möglich, für anschließenden Support sorgen.
- In der Praxis Randtermine reservieren. Von vornherein zwei oder mehr Gespräche veranschlagen. Etwaige Dauer: 15–30 Minuten, nur in Ausnahmefällen länger, weil die Aufnahmefähigkeit der Patienten nach der Kernbotschaft deutlich reduziert ist.

#### Wo?

- Versuchen Sie einen geschützten und stabilen physischen und atmosphärischen Raum für das Gespräch zu schaffen.
- Möglichst in einem separaten Raum; Mitpatienten hinausbitten
- Telefon ausschalten, Telefon umleiten
- Taschentücher bereithalten etc.

#### Wer?

- Vertrauter Arzt, eventuell mit Team-Mitglied (z. B. betreuender Pflegekraft) oder Angehörigem

### 10 goldene Regeln schlechte Nachrichten zu überbringen:

- Regel 1:** Investieren Sie Zeit in die Vorbereitung
- Regel 2:** Beachten Sie die inhaltliche und zeitliche Beschränkung und sprechen Sie diese vorab auch an.
- Regel 3:** Gewinnen Sie Angehörige als Verbündete und Unterstützer, wenn diese für die Patienten wichtig sind (aber fragen Sie die Patienten, ob sie diese Allianz auch wollen).
- Regel 4:** Stellen Sie viele offene Fragen. Unterbrechen Sie Ihr Gegenüber nur, wenn unbedingt nötig.
- Regel 5:** Respektieren Sie subjektive eigene Erklärungsmodelle, bewerten Sie diese nicht.
- Regel 6:** Loten Sie den aktuellen Wissensstand Ihres Gegenübers aus und holen Sie den Patienten dort ab, wo er steht.
- Regel 7:** Geben Sie eine Warnung, bevor Sie eine negative Information oder Botschaft überbringen.
- Regel 8:** Lassen Sie Ihrem Gegenüber nach der Kernbotschaft Zeit, diese anzunehmen, nutzen Sie die Pause, Ihre eigenen und die Emotionen des Patienten wahrzunehmen.
- Regel 9:** Besprechen Sie praktisch Handhabbares.
- Regel 10:** Heben Sie das Gute hervor, schließen Sie mit etwas Positivem.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY  
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

# MEDICA 2019 – Immer einen Herzschlag voraus!



  
Messe  
Düsseldorf

## Ansgar Jonietz, Mitbegründer von „Was hab ich“ „Viele Fehler passieren ohne böse Absicht“



Ansgar Jonietz, Mitbegründer von „Was hab ich“

*Herr Jonietz, Sie haben „Was hab ich?“ 2011 zusammen mit zwei befreundeten Medizinstudenten gegründet. Was hat Sie dazu motiviert?*

In Gesprächen haben wir immer festgestellt, dass die Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten häufig nicht richtig zu funktionieren scheint. Denn: Meine Medizinerfreunde sind selbst immer wieder von Freunden und Familienmitgliedern gefragt worden, was dieses und jenes in ihrem medizinischen Befund eigentlich bedeutet. Dabei hatte der behandelnde Arzt schon mit ihnen gesprochen – doch sie haben einfach nicht verstanden, worum es geht. Und wie eine bestimmte Therapie nun weitergehen soll. Wir haben uns gefragt, was eigentlich die Menschen machen, die keine Ärzte privat kennen. Denen bleibt dann nur Doktor Google als Ansprechpartner – wie wir alle wissen, kann

das sehr problematisch sein. Deshalb haben wir uns gedacht, dass man für dieses Problem eine digitale Lösung schaffen kann. Eine Lösung, von der sowohl Patienten als auch Mediziner profitieren.

*Inwiefern profitieren neben den Patienten auch Ärzte und Medizinstudierende von Ihrer Plattform?*

Sie alle profitieren davon, dass sich ihre Kommunikationsfähigkeiten maßgeblich verbessern. Sich zum Beispiel darüber bewusst zu werden, wenn sie wieder in Fachsprache, komplizierten Sätzen oder in Passivkonstruktionen schreiben – um es anschließend im Berufsalltag zu vermeiden. Das ist ja die Motivation der Ehrenamtler, sich bei „Was hab ich?“ zu engagieren. Sie wollen Patienten dabei helfen, ihre Diagnosen und Therapieempfehlungen zu verstehen und gleichzeitig für sich selbst lernen, wie sie wirklich mit ihren Patienten auf Augenhöhe kommunizieren. Das Feedback der Patienten motiviert natürlich ungemein. Viele bedanken sich und sagen, dass ihnen beim Arzt noch nie etwas so gut erklärt worden ist.

*Sie sagen, Sie wollen Ärzte und Patienten kommunikativ auf Augenhöhe bringen. Was läuft denn da Ihrer Meinung nach schief?*

Da gibt es verschiedene Faktoren. Fangen wir einmal mit der Ausbildung an: Meiner Meinung nach ist das Fach Kommunikation im Studium noch total unterrepräsentiert, auch wenn es heute schon die Trainings mit Schauspielpatienten gibt. Das an sich ist eine richtig tolle Sache – aber es reicht noch nicht! Es müsste während des Studiums ein noch viel größeres Augenmerk auf Kommunikation gelegt werden, denn Ärzte sind Kommunikatoren.

Das Problem der Nichtverständlichkeit von Ärztesprache entsteht vor allem durch die Fachsprache in der Medizin. Die ist in jedem Fall wichtig und unersetzbar, nur so können Kollegen schnell, effizient und korrekt miteinander kommunizieren. Gleichzeitig werden angehende Mediziner während ihres Studiums so sehr auf die medizinische Terminologie getrimmt, dass es ihnen später schwerfällt, wieder in Laiensprache über Medizin zu sprechen. Auch das ist ein ganz natürlicher und nachvollziehbarer Prozess.

Und dann ist es im Ärztealltag ja auch oft ziemlich hektisch. Man arbeitet unter großem Zeitdruck – und da wird dann unbewusst einiges an Grundlagen der Kommunikation außer Acht gelassen. Wie zum Beispiel, sich in Ruhe mit dem Patienten hinzusetzen, ihm ein Getränk anzubieten, ihn auf eine Nachricht vorzubereiten und so weiter. Mit den richtigen Fertigkeiten kann man aber auch unter Zeitdruck besser kommunizieren, davon bin ich überzeugt. Denn viele Fehler passieren ohne böse Absicht. Die arrogante Haltung und das übergroße Ego, die man Ärzten in solchen Fällen immer mal wieder vorwirft, sind meiner Meinung nach eher die Ausnahme.

*Sie denken also, man kann gelungene Kommunikation lernen ...*

Sicher gibt es die Menschen, die von Natur aus einfach bessere kommunikative Fähigkeiten mitbringen als andere. Dennoch bin ich davon überzeugt, dass

man auch vieles lernen kann – wenn man denn will. In den meisten Fällen geht es ja vor allem darum, sich im hektischen Berufsalltag darüber bewusst zu werden, welches Vokabular man in welchem Kontext anwendet. Also: Wie spreche ich mit Kollegen und wie mit Patienten?

*Ihr großes Projekt ist der standardisierte Patientenbrief, den es neben dem Entlassungsbrief geben soll. Warum halten Sie den für so wichtig?*

Ein großes Problem unseres Gesundheitssystems ist, dass Patienten die meisten Informationen mündlich bekommen. Das ist selbst dann schwierig, wenn der Arzt gut kommuniziert – denn bei mündlicher Kommunikation geht viel verloren. Da ist der Patient aufgeregt, hört nicht richtig zu und schon kann er den Angehörigen später gar nicht mehr sagen, was eigentlich los ist. Schriftlich bleibt dann nur der Entlassungsbrief. Ein sehr wichtiges Dokument – das aber für Laien wieder nur sehr schwer verständlich ist. Oft verstehen Patienten bei den Formulierungen im Entlassungsbrief sogar das Gegenteil von dem, was eigentlich gemeint ist. Ein Beispiel: Ein positiver Befund ist für den Patienten ein negatives Ergebnis und andersherum. Das Problem dabei: Wer seinen Befund nicht versteht, wird ärztlichen Empfehlungen nicht so gut folgen und zum Beispiel seine Tabletten nicht einnehmen oder ähnliches. Wer eine Therapie versteht, hat auch eine höhere Lebenserwartung. Das wollen wir mit dem Patientenbrief erreichen. Auch für Ärzte ist es sehr entlastend, wenn sie Patienten ein Dokument mitgeben können und die Patienten sich somit auf ein Arztgespräch vorbereiten können.

*Den Patientenbrief schreiben dann auch Ehrenamtler?*

Nein. Wir arbeiten hier an einem automatisierten Patientenbrief, der mithilfe einer Software entsteht. Dadurch, dass die Codierungen der Klinik zur Abrechnung als Grundlage dienen, ist der Patientenbrief technisch und rechtlich sauber. Gleichzeitig werden die Diagnosen für die Patienten individuell erfasst. Das ist äußerst detailgenau. Es geht ja erst einmal darum, die Grunderkrankung klarzumachen – damit das nicht von Google erledigt wird. Denn das ist auch für Ärzte schlimm.

*Warum?*

Grundsätzlich ist es nicht verkehrt, sich auch online zu Symptomen, Krankheitsbildern und Befunden zu belesen. Allerdings besteht hier das große Problem, dass die Masse an Informationen so unübersichtlich und diffus ist, dass der Laie hier wirklich kaum noch durchblicken kann. Im Internet kursieren viele fragwürdige Informationen. Diese auf sich selbst zu beziehen, funktioniert nicht immer. Man muss auch immer beachten, wer dahinter steckt, welche Interessen der Herausgeber der Informationen hat. Das korreliert dann eben nicht unbedingt mit dem eigenen Krankheitsbild. Für Ärzte wird es zum Problem, wenn sie etwas geraderücken müssen, was ein Patient bei seiner eigenen Recherche falsch verstanden hat. Deshalb setzten wir von vornherein auf zuverlässige und korrekte Informationen.



## Reden und reden lassen!

In der Hausarztpraxis ist Kommunikation das entscheidende ärztliche Instrument. Die Kommunikation beginnt bereits, wenn ich den Patienten beobachte, wie er über den Flur/ins Sprechzimmer geht und wie er sich setzt oder aufsteht. Er teilt bereits mit seiner Körpersprache viel über sich und sein Befinden mit. Ein Blick in die Augen und auch der aus Hygiene-Gründen in der Diskussion befindliche Händedruck geben mir bereits wichtige Eindrücke über das Befinden des Patienten.

Reden, noch wichtiger: den Patienten reden lassen ist der nächste Schritt in der Kommunikation. Dieses Reden, die offene Anamnese, führt in den meisten Fällen bereits zur Diagnose; technische Untersuchungen sichern diese dann noch ab. Ich erlebe häufig, dass Patienten anfangs nervös sind. Ein paar kurze Sätze über das Wetter, den Urlaub oder eine persönliche Situation schaffen eine vertrauensvolle Atmosphäre. Die wesentlichen Informationen bekomme ich im Verlauf des Gesprächs, wenn ich den Patienten erzählen lasse und anschließend gezielt nachfragen kann. Andererseits versuche ich auch so mit dem Patienten zu reden, dass er mich versteht oder sich traut bei Unklarheiten nachzufragen.

Dieses geschieht vor dem Hintergrund einer hohen Patientenzahl und enger Zeitkorridore auf der einen Seite. Auf der anderen Seite besteht der berechtigte Patientenwunsch, ausführlich berichten zu können und Gehör zu finden.

Als Hausarzt muss ich diesen Spagat machen: empathisch sein, aktiv zuhören, auf die Körpersprache des Patienten achten und ihm ein Feedback geben. Parallel dokumentiere ich, meist digital, und auch der Blick auf die Wartezeiten der anderen Patienten bleibt.

Gelingt dieser Spagat, ist der Patient zufrieden – und der Arzt.

**Dr. Hendrik Oen, Hausarzt und Mitglied im Vorstand des Landesverbandes Westfalen-Lippe des Hartmannbundes.**



### „Was hab ich?“

Im Jahr 2011 hat der IT-Spezialist Ansgar Jonietz gemeinsam mit zwei befreundeten Medizinstudenten die Plattform „Was hab ich?“ gegründet. Seither setzt sich das Sozialunternehmen aus Dresden für eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Ärzten und ihren Patienten ein.

Auf der Website washabich.de können Patienten ihre Befunde, Arztbriefe, Ausschnitte daraus oder auch nur einzelne Fachbegriffe hochladen – anonym und kostenlos. Ein ehrenamtliches Team aus Ärzten und Medizinstudierenden übersetzt die medizinischen Dokumente in ein für Laien verständliches Deutsch. Im Projekt „Patientenbrief“ erstellt eine Software zudem automatisiert Patientenbriefe nach einem Krankenhausaufenthalt. Diese ergänzen den Entlassungsbrief mit einer leicht verständlichen Patienten-Version.

Alle Ehrenamtler werden zu Beginn ihrer Tätigkeit von „Was hab ich?“ in patientenfreundlicher Kommunikation geschult. Diese Ausbildung wird seit 2014 auch als Wahlfach an Universitäten angeboten. Außerdem können sich Mediziner über die Plattform washabich.de in einer Kombination aus E-Learning und telefonischer Supervision in Patientenkommunikation fortbilden. Dazu übersetzen die Mediziner einen auf washabich.de hochgeladenen Befund in eine leicht verständliche Version. Anschließend supervidieren die hauptamtlich bei „Was hab ich?“ beschäftigten Ärzte die Übersetzung. Diese Fortbildung hat die Sächsische Ärztekammer im Juli 2019 anerkannt. Seither bekommen Ärzte dafür CME-Fortbildungspunkte.

## Juristische Aspekte nicht zu unterschätzen

# Wenn gute Kommunikation zur „Pflicht“ wird

Einseitig getroffene Therapieentscheidungen sind selten geworden. Längst ist bekannt, dass eine gute Kommunikation mit Patientinnen und Patienten die Akzeptanz und Therapietreue deutlich steigert und sich damit nicht zuletzt positiv auf den medizinischen Behandlungserfolg auswirkt. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten angesichts medialer Möglichkeiten heute informierter und häufig auch sehr viel kritischer in Arztgespräche gehen. Das fachliche Kompetenzgefälle wird hierdurch keineswegs beseitigt, in vertrauensvollen Gesprächen können jedoch die Kenntnisse des Patienten bewusster wahrgenommen, gewertet und gewichtet werden. Nur gemeinsam mit dem Patienten können individuell auf sein persönliches Krankheitsbild und seine Bedürfnisse zugeschnittene Entscheidungen gefällt werden. Idealerweise hat der Patient nach einem gelungenen Gespräch den Großteil dessen verstanden, was besprochen wurde und fühlt sich „mitgenommen“ oder gar selbstbestimmt.

Wer den paternalistischen Ansatz wählt oder einfach nur ungenügend kommuniziert, schwächt nicht nur das Vertrauensverhältnis zum Patienten. Auch die Verständlichkeit der Aussagen kann darunter leiden. Nachgewiesenermaßen sind es häufig die Patienten, die meinen, respektlos behandelt oder nicht hinreichend angehört worden zu sein, die Klagen gegen ihre Behandler anstreben. Die Art der Kommunikation bzw. das Empfinden des Patienten sind also nicht selten der Auslöser für Strafprozesse oder Zivilrechtsklagen. Schnell kommt man in diesem Kontext zu der Frage, ob diese Patienten hinreichend informiert und aufgeklärt worden sind. Und ein Mangel an Aufklärung ist als Behandlungsfehler einzustufen.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und eine klare Sprache sind daher häufig der beste Schutz vor öffentlichen Beschuldigungen, Anzeigen oder Klagen des Patienten. Neben diesen genannten „Softskills“ existieren standesrechtliche und gesetzliche Vorgaben zu Informations- und Aufklärungspflichten von Ärztinnen und Ärzten. Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte etwa stellt als verfasste Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber ihren Patienten Folgendes klar:

„Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“ (Auszug § 8 MBO-Ä)

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“ (Auszug § 7 MBO-Ä)

Erklärtes Ziel des im Jahr 2013 in Kraft getretenen und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankerten „Gesetzes zur Verbesserung

der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) war die Stärkung der Selbstbestimmung von Patienten. Neben der bereits existierenden Rechtsprechung zum Behandlungsvertrag sollten konkrete und möglichst transparente gesetzliche Regelungen geschaffen werden, damit Patienten verlässliche Informationen über ihre Rechte erhalten und „eigenverantwortlich und selbstbestimmt im Rahmen der medizinischen Behandlung entscheiden können.“ Zu den Informationspflichten heißt es dort insbesondere:

„Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (Auszug § 630c BGB)

Die Aufklärungspflichten definiert das BGB noch ausführlicher auch im Sinne einer Risikoaufklärung:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.“ (Auszug § 630e BGB)

Wenn es um Alternativmaßnahmen geht, so sind die wesentlichen Umstände dem Patienten entsprechend seines Verständnisses zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft.

Sowohl der Information als auch der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich sind, insbesondere wenn die Behandlung oder Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information oder Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

Aber auch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation und die Einhaltung sämtlicher Informations- und Aufklärungspflichten schützt leider nicht immer vor Anzeige oder Klage.

Wenn Patienten, von ihnen bevollmächtigte Angehörige oder Rechtsbeistände Einsicht in die Patientenunterlagen erbitten, ist

dies noch kein Indiz für eine drohende Schadensersatzforderung oder Anzeige. Die Geltendmachung des Rechts auf Einsichtnahme in die Patientenunterlagen ist sowohl berufsrechtlich als auch gesetzlich verbrieft und kann die unterschiedlichsten Gründe haben; insofern ist diesem Wunsch zunächst gelassen und in aller Professionalität und Sachlichkeit zu begegnen.

Sobald jedoch ein Patient konkrete Vorwürfe äußert oder die Einleitung von Verfahren (z.B. selbstständiges Beweisverfahren, Strafverfahren, Gutachter- und Schlichtungsverfahren) angekündigt werden oder sogar direkt eine Klage oder ein Mahnbescheid zugehen, muss zwingend reagiert werden. Sehr wichtig ist zunächst die Information über einen drohenden Schadensfall beim Haftpflichtversicherer, um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren. Der Versicherer wird vermutlich die zugrundeliegenden Unterlagen einsehen wollen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Bei Unsicherheiten empfiehlt es sich, in der Angelegenheit von Anfang an einen Rechtsbeistand hinzuzuziehen.

Gegenüber Polizei oder der Staatsanwaltschaft sollten grundsätzlich keine mündlichen Erklärungen zur Sache abgegeben werden. Wird man als Zeuge befragt, darf man sein Aussageverweigerungsrecht nutzen. Dieses besteht, wenn man sich selbst oder nahe Angehörige einer Strafverfolgung aussetzen würde.

Immer wieder wird Ärztinnen und Ärzten bei drohenden Schadensersatzforderungen zu kompromisslosem Schweigen gegenüber den betreffenden Patienten geraten. Genau das Gegenteil ist jedoch oft ratsam. Immer dann, wenn Patienten selbst an der Kommunikation festhalten, können nicht selten Forderungen und Prozesse noch im letzten Moment vermieden werden. Unverfänglich sind Fragen nach dem Befinden oder Hilfsangebote. Aber auch eine Aussage wie "Der Verlauf tut mir leid" ist rechtlich unverfänglich. Studien zeigen, dass Patienten nicht selten noch in laufenden Schlichtungs- oder Gerichtsverfahren nur auf Mitgefühl, sachliche Erklärungen oder Entschuldigungen seitens ihrer Behandler warten. Dem kann und sollte man im Vorfeld entsprechen, auch wenn es natürlich schwer ist, den natürlichen Verteidigungsdrang oder Ärger zu unterdrücken. Im Sinne der Befriedung des Konfliktes sollte zumindest der Versuch einer Deeskalation unternommen werden, um den Dialog aufrechtzuerhalten.

Am Ende stellt sich auch die Frage, ob und wie mögliche oder tatsächliche Behandlungsfehler kommuniziert werden sollten. Bezüglich der ärztlichen Informations- und Aufklärungspflichten sieht das BGB Folgendes vor:

„Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“ (Auszug § 630c)

Diese Einführung der Pflicht von Ärztinnen und Ärzten, ihre Patienten über so genannte „Beinahe-Behandlungsfehler“ zu informieren, war im Rahmen der Einführung des Patientenrechtegesetzes eine der meistkritisierten Regelungen. Sie ist insofern verfassungsrechtlich bedenklich, als sie den Grundsatz, dass niemand

sich selbst belasten muss, tangiert. Der Gesetzgeber versuchte, diese Auswirkungen über ein Beweisverwertungsverbot zu mildern:

„Ist dem Behandelnden oder einem seiner (...) bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information (...) zu Beweiszwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.“ (Auszug § 630c)

Auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren sind Ärztinnen und Ärzte also verpflichtet, zu informieren. Hier gilt natürlich erst recht, dass eine Abstimmung mit dem Haftpflichtversicherer unverzichtbar ist. Davon abgesehen sollte jedoch auch in den Fällen möglicher oder tatsächlicher Behandlungsfehler die Kommunikation zum Patienten nicht abgebrochen werden. Unverfänglich sind auch in diesem Fall Fragen nach dem Befinden oder allgemeine Hilfsangebote. Aber auch eine Aussage wie "Der Verlauf tut mir leid" wäre rechtlich gesehen unbedenklich. Die Grenze ist dort erreicht, wo aus der Aussage -ob gewollt oder ungewollt- ein so genanntes Haftungsanerkennnis wird. Dies ist der Fall, wenn Schuld direkt eingestanden wird oder etwa Zusagen zu einer Entschädigung gemacht werden.

Sollte in eindeutigen Fällen jedoch einmal der Wunsch bestehen, die Haftung gegenüber Patienten einzuräumen, sollten Ärztinnen und Ärzte zunächst einmal sagen, dass sie den Vorfall ihrer Haftpflichtversicherung melden, die zeitnah klären wird, ob ein Fehler unterlaufen ist und dass sie im Verschuldensfall für den Schaden aufkämen.

Haben Sie Fragen zum Thema? Dann schicken Sie uns gerne eine E-Mail an [recht@hartmannbund.de](mailto:recht@hartmannbund.de)



## Reform der Notfallversorgung Legt das Gesetz die Axt an bewährte Strukturen?

Basierend auf bereits zuvor kursierenden Eckpunkten legte das Bundesgesundheitsministerium in der zweiten Julihälfte einen ersten Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vor. Dieser Entwurf befindet sich nun in der, aufgrund der vorgesehenen umfassenden Anpassungen notwendigen, Abstimmung mit den Bundesländern. Bis zur Erzielung eines Konsens könnte es dauern. Schon jetzt sorgen allerdings wesentliche Inhalte der geplanten Reform für Irritationen. Denn die im Gesetzentwurf enthaltene Idee einer Übertragung des Notfall-Sicherstellungsauftrages von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an die Länder stößt mitten in die inzwischen weit fortgeschrittenen oder bereits umgesetzten Bautätigkeiten des KV-Systems im Bereich der ärztlichen Bereitschaftsdienstnummer 116117 und der, unter anderem, daran gekoppelten Terminservicestellen.

Der Gesetzentwurf drohe „einiges umzuschmeißen“, was man bezüglich der 116117 und der ambulanten Notfallversorgung aufgebaut habe und noch aufbauen wolle, mahnte jüngst Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. Aktuell investiere die Vertragsärzteschaft für Aufbau und Betrieb der Call-Center der Kassenärztlichen Vereinigungen für die 116117 einen 3-stelligen Millionenbetrag pro Jahr – mittlerweile beschäftige man mehr als 1.200 Mitarbeiter, um die Aufgaben zu stemmen. Ein Blick auf die Anruferzahlen verdeutlicht sowohl den Aufwand als auch die Erfolge: Im Jahre 2017 haben über 6,5 Millionen Anrufer die 116117 kontaktiert, 2018 waren es bereits gut 7 Millionen und für 2020 rechnet die KBV mit etwa 10 Millionen Anrufern.

### Der ärztliche Bereitschaftsdienst



Wird der Bereitschaftsdienst eventuell bald hinfällig?

Zur Erinnerung: Mit dem 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, aus eigenen Mitteln die Terminservicestellen einzurichten, um so den Versicherten eine möglichst einfache und schnelle Vermittlung von Facharztterminen anbieten zu können. Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Mai dieses Jahres wurden die Vorgaben zu Aufgaben und Organisationsstruktur vom Gesetzgeber nochmals ausgeweitet. Nun gehört auch die Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten zu den Aufgaben der Terminservicestellen, die zudem ausgebaut und spätestens ab Januar 2020 bundesweit unter der Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 die vollen 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche erreichbar sein sollen.

Sollte sich die Diskussion um eine mögliche Übertragung des Sicherstellungsauftrages für Notfälle an die Bundesländer hinziehen, sei die rechtliche Grundlage für die Bereitstellung weiterer finanzieller Mittel des KV-Systems zum finalen Ausbau des Angebotes unklar, betonte Hofmeister. Dies würde das Fundament für die bereits weit

fortgeschrittene Implementierung der Software SmED (Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland) zur Ersteinschätzung der medizinischen Risikolage – inklusive Schnittstellen zu den Rettungsleitstellen – sowie das kommende, umfassende Terminvermittlungsangebot der 116117 gefährden. Ab Beginn des nächsten Jahres sollen diese niedrigschwellig angebotenen Instrumente, in Verbindung mit einer den Bekanntheitsgrad der 116117 steigernden Öffentlichkeitskampagne, dazu beitragen, die Patienten in die jeweils passenden Versorgungspfade zu lenken und so die Notaufnahmen in den Krankenhäusern deutlich zu entlasten. Im Zusammenspiel von 116117, Rettungsdienst und integrierten Notfallzentren an den dafür geeigneten Krankenhausstandorten könne man dann die Notfallversorgung auch ohne neuen Versorgungssektor gut und patientengerecht organisieren, so der KBV-Vorstand.

Auch seitens der KVen, welche begleitend zu den Bemühungen der KBV auch regional Struktur- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet haben und leisten, wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass man bei der umfangreichen und kosten- und personalintensiven Reorganisation der ambulanten Notfallversorgung bereits beträchtliche Fortschritte erzielt habe. Finanziert von den niedergelassenen Ärzten übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen (hier abhängig vom jeweiligen Vertrag und Selbstbehalt) „nur“ die entstehenden Kosten einer Behandlung. Sämtliche Logistikkosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, also die Kosten für die Organisation, die technische Umsetzung, den Aufbau und Betrieb der Bereitschaftspraxen und Callcenter usw., trägt das KV-System.

So umfasst beispielsweise das eigenfinanzierte KV-Angebot für die ambulante Notfallversorgung in Berlin einen fahrenden Dienst mit aktuell 26 Fahrzeugen, vier KV-eigene Notdienstpraxen für Kinder und zwei KV-eigene Notdienstpraxen für Erwachsene (sieben bis acht sind insgesamt geplant) sowie elf Kooperationskrankenhäuser mit Portalpraxen. „Natürlich begrüßen wir auch weiterhin die geplante Reform der Notfallversorgung, aber nicht in

neu zu schaffenden, sondern in vorhandenen Strukturen, die wir bereits sehr zielgerichtet weiterentwickelt haben“, fasste Dr. Burkhard Ruppert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, die Position der KVen zusammen.

Denn: Sollte dem KV-System tatsächlich der Notfall-Sicherstellungsauftrag für die sprechstundenfreien Zeiten entzogen werden, würden all diese Angebote im Grunde keinen Sinn mehr machen. Die „entkernte“ 116117 wäre dann auf die Rolle eines Terminservice-Angebotes beschränkt. Verständlicherweise fördert dieser Vorstoß des Bundesgesundheitsministeriums also eine gewisse Unsicherheit. Um es nochmals zu betonen: Nicht zuletzt aufgrund der Vorgaben des Terminservice- und Versorgungsgesetzes haben die KVen erhebliche Anstrengungen unternommen, unter der 116117 die Terminservicestellen und den ärztlichen Bereitschaftsdienst zusammenzulegen sowie die dahinterliegenden Strukturen zu stärken.

Diese, sowohl aus Patientensicht als auch bei Beachtung einer effizienten Ressourcennutzung, positiven und sinnvollen Struktureffekte dürfen nun nicht – dies mahnte auch der Hartmannbund ausdrücklich an – nachträglich durch eine diese Entwicklungen negierende Reform der Notfallversorgung rückabgewickelt werden. Dies würde zu Lasten aller – Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern sowie Patientinnen und Patienten – gehen. In Anbetracht der Entscheidungsfreude des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn notfalls auch über die Selbstverwaltung hinweg, wäre ein konstruktiver Dialog zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und KBV bzw. KVen höchst wünschenswert und dringend anzuraten. Gemeinsame Lösungsmodelle dürften unter den gegebenen Umständen wohl eine deutlich bessere Chance auf Berücksichtigung im kommenden Gesetzgebungsverfahren zur Notfallreform haben.

Dazu müssten allerdings dissente Positionen, wie etwa bei der Frage nach den Zuständigkeiten für die im Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen integrierten Notfallzentren (INZ) an den Krankenhäusern, möglichst schnell überwunden wer-

Die Botschaften der KV-Welt ist klar: Die Reform der Notfallversorgung darf die Axt nicht an bewährte Strukturen legen



den. Der Entwurf des Ministeriums sieht vor, dass Kliniken und Vertragsärzte die Notfallzentren in gemeinsamer Verantwortung führen sollen. Dies lehnen DKG und KBV zwar unisono ab, allerdings unter jeweils anderem Vorzeichen: Die KBV lehnt einen solchen „dritten Sektor“ zur Notfallbehandlung ab und sieht die Krankenhäuser nur bei klinischen Notfällen in der Verantwortung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiederum will die geplanten Notfallzentren an den Kliniken am liebsten eigenständig und ohne die Vertragsärzte umsetzen.

### „Jens Spahnismus“

Langsam haben wir den „Jens-Spahnismus“ begriffen: Man wirft ein paar wilde Ideen ins Volk und wenn der Shitstorm zu groß ist, rudert man ein Stück zurück und teilt mit, man habe sich schon immer für lebhaftige Debatten eingesetzt.

Jetzt also Notfallversorgung. Als hätten wir nicht genug Sektorengrenzen, soll nun eine neue geschaffen werden. „Dritte Säule“. Ganz schlecht. Gemeinsame Verantwortung. Klingt gut. Sicher haben Sie in Ihrer Jugend auch mal den Fehler gemacht, etwas mit einem Freund zusammen zu besitzen: ein Auto, eine Ferienwohnung, eine Freundin. Das ist natürlich schief gegangen, und so würde es auch schief gehen, wenn KV-System (Bundesrecht) und Krankenhäuser (Landes- und Kommunalrecht) gemeinsam für die echten und gefühlten Notfallpatienten verantwortlich wären. Teurer und schlechter wäre das garantiert. Bitte ganz schnell zurückrudern!



Dr. Jörg Hermann,  
Vorsitzender der KV  
Bremen und HB-  
Vorsitzender Bremen

## Umsetzung des elektronischen Rezeptes Digital oder auf Papier – Ärzte und Patienten sollen entscheiden

Mit dem im Juni vom Bundestag beschlossenen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Einführung des elektronischen Rezeptes (eRezept) klar geregelt: Spätestens Ende 2020 sollen alle Apotheken an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein und dann auch elektronische Verordnungen bedienen können – bis Ende Juni 2020 müssen dafür die technischen Standards definiert sein.

Der Deutsche Apothekerverband (DAV) hat im Auftrag der Gesellschafterversammlung der Gematik – federführend mit Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband – die Planung und Umsetzung der Standards für die dann noch zuzulassenden Anwendungen von elektronischen Rezepten übernommen. Zudem hat der DAV bereits angekündigt, auch ein eigenes eRezept-Modell auf Basis einer Web-App entwickeln und bereitstellen zu wollen (siehe Infokasten).

In den Medien wurde ein zentraler Punkt der Regelungen zum eRezept teilweise kritisch aufgegriffen: Eine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte zur Ausstellung eines eRezepts oder ein diesbezüglicher Anspruch des Versicherten besteht nicht – die Ärzte sollen, unter Berücksichtigung des individuellen Patientenwunsches, die für die konkrete Behandlung geeignete Rezeptform wählen. Dies führte vereinzelt zu der Befürchtung, der Nutzen des eRezepts könnte für die Patientinnen und Patienten verpuffen.

Allerdings hat sich das Bundesgesundheitsministerium aus gutem Grund für diesen Weg entschieden. Zumindest über-

gangsweise soll es ein Nebeneinander von herkömmlichen Papierrezept und eRezept geben – insbesondere um Rücksicht auf die traditionellen Gewohnheiten und Probleme weniger technikaffiner, älterer Patienten im Umgang mit der Digitalisierung zu nehmen. Eine allgemeine Pflicht zur Ausstellung des eRezepts gehe völlig an der Realität vorbei, betonte auch Dr. Thomas Kriedel, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Aus Sicht der Ärzteschaft sei klar, dass man die Papierrezepte weiter brauchen werde. Etwa bei Haus- und Pflegeheimbesuchen oder auch in Notfallsituationen. Verpflichtungen oder gar Sanktionen brauche man auch deshalb nicht, weil sich das eRezept ohnehin früher oder später durchsetzen werde – wenn die Anwenderfreundlichkeit der Abläufe im Praxisalltag stimmt.

Nun bleibt abzuwarten, wann das eRezept wirklich flächendeckend in der Versorgungsrealität ankommt – der avisierte Zeitplan des Bundesgesundheitsministeriums ist straff und gewohnt ambitioniert. Dass mit dem elektronischen Rezept ein weiterer elementarer Baustein der Digitalisierung des Gesundheitswesens vor der Einführung steht, kann man jedoch nur begrüßen.

- keine Steuerung/Lenkung von Patienten zulässt,
- keine Apotheke diskriminiert oder benachteiligt und
- kein Makeln von eRezepten ermöglicht.

Das Ziel der Apothekerschaft: Die App soll zukünftig exklusiv die staatliche Aufgabe übertragen bekommen, für alle Patienten zur Entgegennahme, Ansicht und Übergabe von eRezepten zu fungieren. Da hierfür eine überwiegende Mehrheit der Apotheken in die Anwendung integriert und für Patienten erreichbar sein muss, rührt der Deutsche Apothekerverband bereits fleißig die Werbetrommel, um die Apotheker zur Teilnahme zu motivieren. Denn neben dem DAV arbeiten auch Konkurrenten an Applikationen zur Verwaltung von eRezepten, beispielsweise eine Kooperation der Apothekergenossenschaft Noweda und des Burda-Verlags sowie die Initiative „PRO Apotheke vor Ort“ (Pro AVO).



### DAV-App

Die angekündigte Web-App des DAV – ein Start der ersten Version ist für Anfang 2020 geplant – soll es den Patienten unter anderem ermöglichen, eRezepte vom Arzt entgegenzunehmen, einzusehen und zur Apotheke ihres Vertrauens zu transportieren. Geplant sind auch Zusatzfunktionen, die die Arzneimitteltherapietreue und -sicherheit verbessern sollen, z. B. Einnahmeerinnerungen oder Hinweise zum Ablaufdatum der Medikamente. Zudem soll es einen Retax-Filter für Apotheker geben, der dabei helfen könnte, falsch ausgestellte Rezepte frühzeitig zu markieren. Dabei soll für die App gelten, dass sie

- keine monetären Interessen verfolgt (die Finanzierung erfolgt durch die Landesapothekerverbände),
- keine Gebühren kostet (weder für Apotheken noch für Patienten),
- keine Werbung oder sonstige Beeinflussung von Patienten ermöglicht,

# DIGITALISIERUNG

Rund zwei Drittel der Förderung floss bisher in Projekte der Digitalisierung

## Erste Evaluation liegt vor „Der Innovationsfonds funktioniert“

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Deutschen Bundestag einen ersten Zwischenbericht zum beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten Innovationsfonds weitergeleitet. „Der Bericht zeigt, der Innovationsfonds funktioniert“, betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU).

Der Innovationsfonds hat sich, so die Einschätzung des Bundesgesundheitsministers, zu einem wichtigen Motor für die Digitalisierung im Gesundheitswesen gemausert. Und in der Tat: Über zwei Drittel der mit Fondsmitteln geförderten Projekte verwenden digitale Elemente. Es spielen – hauptsächlich im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ – beispielsweise Elemente der Telemedizin, wie Online-Sprechstunden, Telekonsile oder Telenotärzte, aber auch digitale Applikationen zur Therapieunterstützung bei Diabetes oder Rückenschmerzen sowie Online-Therapieangebote bei psychischen Erkrankungen eine Rolle.

Das Projekt „AdAM“ (für: Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management) soll beispielsweise, gefördert mit immerhin ca. 16,3 Millionen Euro über drei Jahre, Hausärzte bei ihrem Arzneimitteltherapie-Management unterstützen und so die Behandlungsqualität und Patientensicherheit optimieren. Im Rahmen des Versorgungsmodells „HITS“ (für: Herzinsuffizienz – Individuelles Training, Telemonitoring und Selfmanagement) soll zum einen eine erweiterte Früherkennungsstrategie für die Herzinsuffizienz (HI) erprobt werden. Zum anderen soll ein online-gestütztes Monitoring den betroffenen Patienten helfen, ihre Medikamente verlässlich einzunehmen und das für sie optimale Trainingsprogramm durchzuführen.

So sinnvoll diese und viele weitere im Rahmen des Innovationsfonds geförderte Projektansätze allerdings auch klingen mögen: Zwei „Baustellen“ muss der (Zwischen-)Bericht des Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmens Prognos AG noch offen lassen. Denn erstens bilden die Aufbauphase des Innovationsfonds und die bis 2018 getroffenen Entscheidungen des Innovationsausschusses die Basis für diese Phase der Evaluation. Rund 220 Projekte sind gestartet, aber erst vier Versorgungsforschungsprojekte wurden abgeschlossen. Die Laufzeit der meisten Projekte beträgt drei Jahre – mit ersten belastbaren Ergebnissen zur Wirksamkeit der Projektansätze ist im größeren Maßstab also ab Ende 2019 zu rechnen. Einen abschließenden Auswertungsbericht will das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2021 vorlegen.

Zudem weisen die Experten im Bericht ausdrücklich darauf hin, dass die Eignung des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der Versorgung letztendlich direkt davon abhängig sein wird, ob auch der Transfer der positiv bewerteten Projektergebnisse in die Regelversorgung gelingt. Um dies sicherzustellen empfiehlt

der Bericht, ein geregelt Verfahren zu definieren, welches im Anschluss einer systematischen Auswertung der Projektergebnisse die Implementierung wirksamer Versorgungsformen und -ansätze in den Versorgungsalltag organisiert. Zu diesem und weiteren Aspekten unterbreitet der Bericht diverse Verbesserungsvorschläge. Diese könnten bei der mit dem geplanten Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) umzusetzenden Verlängerung des Innovationsfonds bis Ende 2024 eine Rolle spielen.

Die wichtigsten Empfehlungen der Experten zur Optimierung des Innovationsfonds:

- Bei der Generierung von Themen solle eine noch fokussiertere inhaltliche Steuerung erfolgen und hierfür ein Gesamtkonzept auf breiter fachlicher Basis erarbeitet werden.
- Bei der Auswahl förderungsfähiger Projekte solle verstärkt geprüft werden, ob die Projektinhalte für einen Transfer in die kollektivvertragliche Versorgung in Betracht kommen – hierzu sei ein diesbezüglicher Kriterienkatalog denkbar.
- Die Rolle des Expertenbeirats bei der Generierung von Themen solle gestärkt werden.
- Die Bildung eines Pools von Experten mit speziellen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Fachkenntnissen: Aus diesem erweiterten Expertenkreis sollten fallweise die entsprechenden Sachverständigen in die Bewertungen einbezogen werden.
- Um die Auswertung der Projektergebnisse und den sich anschließenden Transferprozess zu organisieren, soll der Innovationsausschuss einen Transferausschuss einrichten. Dieser Ausschuss soll Vorschläge für die Übernahme von Versorgungselementen in die Regelversorgung und für erforderliche Maßnahmen, Fristen und Verantwortlichkeiten erarbeiten. Der Transferprozess selbst solle von einem Controlling mit abschließender Überprüfung der Zielerreichung begleitet werden.

Logische Endpunkte des Transferprozesses seien, so der Bericht, die unmittelbare Umsetzung von positiv evaluierten Projektergebnissen im Bundesmantelvertrag, die Anpassung bzw. Neuformulierung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder die Änderung des bundesgesetzlichen Rahmens. In vielen Fällen sei auch der Bewertungsausschuss einzubeziehen – es wird also nicht zuletzt um finanzielle Mittel zur Implementierung in die Regelversorgung gehen.

## Rehabilitation und Notfallversorgung – und Lob von der Kanzlerin Minister bleibt in der Vorhand

*Im Rahmen der Bemühungen Ursula von der Leyens, die Präsidentschaft der Europäischen Kommission zu erringen, kursierten noch vor Kurzem in der politischen Szene Berlins ernstzunehmende Gerüchte, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn könne einen Ruf als Nachfolger Frau von der Leyens ins Bundesministerium der Verteidigung erhalten. Nachdem von der Leyen zur Präsidentin der Europäischen Kommission gewählt wurde, hat aber bekanntlich Annegret Kramp-Karrenbauer („AKK“) den Ministerposten im Verteidigungsministerium übernommen und Jens Spahn bleibt Bundesgesundheitsminister. Nach allgemeiner Einschätzung hat es der ehrgeizig aufstrebende Spahn damit jedoch keinesfalls schlecht getroffen: Während sich AKK, die seit Dezember 2018 auch Bundesvorsitzende der CDU ist, mit strukturellen Problemen und einem teils desolaten Zustand der Bundeswehr herumschlagen muss, kann Spahn durchaus auf Erfolge im Gesundheitsbereich verweisen und weiter sein Image als „Entscheider und Macher“ stärken.*

Seit nun eineinhalb Jahren ist Jens Spahn Bundesgesundheitsminister und es vergeht nicht viel Zeit zwischen neuen Vorschlägen, Diskussionsbeiträgen oder Gesetzentwürfen. Einige der Vorschläge, die Spahn eng getaktet präsentiert, sind gezielt mit populären Themen verknüpft. Dieses „Machen“ – in Verbindung mit der passenden, geschickten medialen Präsenz – zeigt durchaus seine Wirkung: Im Juni war Jens Spahn in den Umfragen des ZDF-Politbarometers erstmals in die Top-Riege der bei der Bevölkerung beliebtesten Politiker Deutschlands aufgestiegen – im August lag Spahn in diesem Ranking schon auf Platz fünf.

### Lob von „oben“

Und auch „von oben“ gibt es seltenes Lob. In ihrer Sommerpressekonferenz Mitte Juli erkannte Bundeskanzlerin Angela Merkel die erzielten Erfolge und vor allem die Arbeitsleistung Spahns ausdrücklich an – er schaffe eine Menge weg und sie arbeite sehr gut mit Jens Spahn zusammen. Auf Basis des Koalitionsvertrages sei im Augenblick eine Menge in Bewegung, dies sei positiv zu bewerten, zeigte sich die Kanzlerin zufrieden. Ihre Unterstützung kam ausdrücklich auch für kontrovers diskutierte Vorstöße, wie die Übernahme der Mehrheit bei der maßgeblich für die Digitalisierung im Gesundheitswesen verantwortliche Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik). Angesichts der jahrelangen Verzögerungen bei der Etablierung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte sei sie „dankbar“, dass Spahn als Bundesgesundheitsminister „durchgegriffen“ habe.

Insgesamt, so Merkels Diagnose, habe das Bundesministerium für Gesundheit unter dem jüngsten Minister im Kabinett „wirklich viel Bewegung in verschiedene Dinge gebracht“ – eine Einschätzung, welche wohl auch die zahlreichen Kritiker der inhaltlichen Ausgestaltung bestimmter Vorstöße so unterschreiben würden. Bedenkt man die politischen Auseinandersetzungen und Reibungen Merkels und Spahns in der Vergangenheit ist die Kanzlerin hinsichtlich einer übergroßen Spahn-Nähe wohl in jeder Hinsicht unverdächtig. Andererseits ist dieses Lob auch politisch zu verorten. Die Union-Spitze hat, wohl auch mit Blick auf die anstehenden Landtagswahlen in Brandenburg und Sachsen (1. September) sowie in Thüringen (27. Oktober), eine Halbzeit-Bilanzierung des Koalitionsvertrags vorgenommen. Da konnte die Kanzlerin schwerlich umhin, die Erfolge eines der wertvollsten Zugpferde ihres Kabinetts nicht öffentlich herauszustellen.

Wie zum Beweis des ungebrochenen Tatendrangs legte Spahn auch in den Sommermonaten keine Pause ein. Ende Juli wurde ein Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung an die Länder verschickt. In einem „intensiven Dialog“, so das Bundesgesundheitsministerium, sollen die Vorschläge nun mit den Ländern weiterentwickelt und zur Abstimmungsreife in Bundesrat und Bundestag gebracht werden.

„Die Güte eines Gesundheitssystems zeigt sich vor allem im Notfall, wenn Menschen schnelle medizinische Hilfe benötigen. Wir wollen die Notfallversorgung neu organisieren, insbesondere mit gemeinsamen Notfallstellen der Länder, der Kommunen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern. Das ist eine Reform, die an der Wurzel ansetzt und daher möglicherweise sogar eine Grundgesetzänderung nötig macht. Daher wollen wir in einem intensiven Dialog mit den Ländern unseren Vorschlag erörtern und weiter verbessern“, betonte Bundesgesundheitsminister Spahn bei der Vorstellung der wesentlichen Inhalte des noch nicht ausgereiften Vorschlags.

### Notfallversorgung heiß diskutiert

Der Entwurf beinhaltet einige bereits in dieser frühen Phase des politischen Prozesses heiß diskutierte Vorschläge. So dürfte wohl die Idee, den Rettungsdienst künftig als eigenständigen Leistungsbereich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (also im SGB V) zu regeln und ihn so unter Bundeshoheit zu stellen, auf Widerstand bei den Ländern stoßen. Diese müssten zuvorderst überzeugt werden, einige ihrer föderalen Kompetenzen zugunsten des Bundes abzugeben – traditionell ein oftmals aussichtsloses Unterfangen.

Auch die Frage, ob die grundsätzliche Verantwortung für die Notfallversorgung verlagert werden könnte und sollte, sorgt bereits für Aufregung bei den betroffenen Akteuren. Aktuell liegt der Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Minister Spahn würde diesen gerne an die Bundesländer „weiterreichen“ – diese scheinen aber größtenteils wenig begeistert. Die KBV lehnt die angedachte Rochade vehement ab. Schließlich hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen in den Aus- und Umbau der Bereitschaftsdienstnummer 116177 (siehe dazu auch den entsprechenden Beitrag in dieser Ausgabe) mit dem Ziel eines umfassenden, steuernden Angebots an die Patientinnen und Patienten aufgebaut. Schon jetzt würden sie bundesweit über 700 Bereitschaftsdienst- oder Portalpraxen betreiben.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bringt ins Spiel, die Kliniken könnten die neu zu schaffenden integrierten Notfallzentren auch alleine betreiben und die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen „im Sinne einer guten und nachhaltigen Organisation der ambulanten Notfallversorgung bewerkstelligen“. Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hofft man hingegen darauf, dass bezüglich des Punktes des Sicherstellungsauftrages für die Notfallversorgung „die Vernunft siegen werde“ – wie es Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ausdrückte. Solche Überlegungen seien angesichts der zu erwartenden Schwierigkeiten der Länder versorgungstechnisch „ein Spiel mit dem Feuer“.

Aufgrund des frühen Stadiums der gerade erst beginnenden Abstimmungs- und Kompromissfindungsprozesse lässt sich seriös noch nicht abschätzen, wie die konkrete Ausgestaltung am Ende aussehen wird. Das bringt Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Vorsitzender des Hartmannbundes vermittelnd auf den Punkt: Es gelte, ausreichend Spielraum zur Integration der gewachsenen Strukturen und regionaler Besonderheiten zu gewährleisten, betont er.

### Nächstes Projekt: Stärkung der Reha

Ebenfalls mitten in die parlamentarische Sommerpause platzte Mitte August der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG). Mit dem geplanten Gesetz sollen Zugang und Leistungen der medizinischen Rehabilitation verbessert sowie die Qualitätsanforderungen an die außerklinische Intensivpflege deutlich erhöht werden. Während die vorgesehenen Regelungen zur Rehabilitation durchweg positive Resonanz erfuhren, sorgen die Inhalte zum Bereich der außerklinischen Intensivpflege für Diskussionsstoff. So moniert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) erheblichen Nachbesserungsbedarf: In einem „Schnellschuss“ würden für eine spezielle Gruppe von kranken Menschen weitreichende Leistungseinschnitte vorgeschlagen. Sollte, wie geplant, die häusliche Intensivpflege von beatmeten Patienten zukünftig nur noch in Ausnahmefällen möglich sein, stelle dies eine Einschränkung des Rechtes auf Inklusion und Selbstbestimmung dar. Patienten dürften nicht aus rein wirtschaftlichen Gründen genötigt werden, in Pflegeeinrichtungen oder Intensivpflege-Wohnheiten zu ziehen.

Gegen diese Reformpläne von Bundesgesundheitsminister Spahn initiierte die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) eine Online-Petition. Vordergründig wolle das Bundesgesundheitsministerium mit dem Gesetz zwar die Qualität der Versorgung verbessern, in Wirklichkeit gehe es aber um Kostensenkungen – so der Vorwurf. Ende August hatten sich bereits knapp 80.000 Unterzeichner gegen eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten für Betroffene, wo sie leben und gepflegt werden wollen, ausgesprochen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat also mit den beiden ins Sommerloch hinein lancierten Vorhaben wieder Vorlagen mit einigem Moderationsbedarf in den politischen Abstimmungsprozess gegeben. Allerdings hat er in den vergangenen anderthalb Jahren zur Genüge bewiesen, dass er, einmal von der Notwendigkeit einer Regelung überzeugt, in der Sache durchaus hart bleiben kann und keine Kontroverse scheut.

*Vorhand hin, Vorhand her: Nicht jeder Ball landet deshalb im Feld. Manches geht auch daneben.*

# PRO & CONTRA



PRO von Dr. Thomas Fischbach

## Eltern müssen verbindlich verpflichtet werden, ihre Kinder impfen zu lassen!

*Dr. Thomas Fischbach ist Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)*

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte unterstützt die Forderung einer gesetzlichen Masernimpfpflicht. Warum?

Masern sind eine hochansteckende Viruserkrankung, die zu schweren Komplikationen wie Lungen- oder Hirnhautentzündungen und schließlich auch zum Tod führen kann. Alle Impfaufklärungen und -appelle der letzten Jahre haben in Deutschland nicht dazu geführt, dass mindestens 95 Prozent der Bevölkerung über eine ausreichende Immunität gegen die Masern verfügen und damit ein sogenannter Herdenschutz ausgebildet wird, mit dem man die Masern endlich eliminieren könnte. 95 Prozent würden bedeuten, dass niemand mehr Angst um sein Kind haben müsste, das noch nicht geimpft werden kann, weil es zu jung ist oder etwa schwer herzkrank.

Stattdessen sorgen die wenigen Ungeimpften dafür, dass immer wieder Masern ausbrechen und immer wieder Menschen mit lebenslangen Behinderungen zurückbleiben oder sogar sterben müssen. Schuld daran sind gar nicht so sehr die wenigen Impfgegner, die mit Fake News gegen den Impfschutz wüten, sondern hauptsächlich elterliche Nachlässigkeit. Schuleingangsuntersuchungen von 2017 haben gezeigt, dass drei Prozent aller Kinder in Deutschland die erste Schutzimpfung und gut acht Prozent die zweite nicht erhalten haben. Im unlängst veröffentlichten Arzneimittelreport der Barmer Ersatzkasse heißt es, dass in offiziellen Statistiken die Zahl geimpfter Kinder „systematisch überschätzt“ werde, u.a. weil bei den Schuleingangsuntersuchungen knapp zehn Prozent der Eltern keinen Impfausweis vorlegen würden. Bei Erwachsenen ist die Impfquote noch sehr viel niedriger. Hier sind

es insgesamt nicht einmal 50 Prozent, die geimpft sind. Und auf Erwachsene entfällt rund die Hälfte aller Neuerkrankungen!

Daraus – wie der Ethikrat es tut – abzuleiten, das Hauptaugenmerk auf Erwachsene zu richten, also mehr und bessere Impfkampagnen aufzulegen, halten wir für richtig. Aber es reicht nicht, um die potentiell tödliche Krankheit auszurotten. Wir müssen auch dafür sorgen, dass alle Kinder vollständig geimpft werden, also die erste und zweite Impfung erhalten.

Wir Kinder- und Jugendärzte sind Impfärzte – immer schon. Wir klären Eltern umfassend und wissenschaftlich fundiert über die Risiken und den Nutzen von Impfungen auf, wir kontrollieren Impfbücher, wir erinnern an ausstehende Impfungen und wir vergeben möglichst zeitnah Impftermine, die auch berufstätige Eltern wahrnehmen können. All dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass alle Eltern ihre Kinder und andere Kinder durch die Impfung schützen.

Daher wünschen wir uns ein Gesetz, das Eltern verbindlich vorschreibt, ihre Kinder impfen zu lassen. Wenn Personal in Arztpraxen, Krankenhäusern, Kindergärten und Schulen rechtsverbindlich verpflichtet wird, andere mit zu schützen, dann muss es möglich sein, Eltern rechtsverbindlich zu verpflichten, sich selbst und die ihnen anvertrauten Kinder gegen Masern impfen zu lassen. Eltern müssen am Aufbau einer sicheren Herdenimmunität mitwirken und Verantwortung nicht nur für ihre eigenen Kinder übernehmen, sondern auch für andere. Flankierende Maßnahmen, wie sie auch der Ethikrat vorschlägt, sollten hinzukommen. Wir wünschen uns zum Beispiel, dass wir Eltern gleich mitimpfen können, wenn sie mit ihren Kindern zum Impfen kommen.

Uns ist bewusst, dass eine gesetzliche Impfpflicht ein staatliches Steuerungsinstrument

ist, das in die Privatsphäre eingreift. Es ist die Ultima Ratio, um die Masern endlich auszurotten, wie die WHO es fordert. Die Mehrheit der Eltern, die ihre Kinder freiwillig aus eigener Verantwortung impfen lassen, brauchen das Gesetz nicht, es wird auch nicht in ihr Privatleben eingreifen. Wir brauchen das Gesetz aber für die wenigen Unverantwortlichen, die durch keine anderen Mittel dazu gebracht werden, ihre Kinder und die Allgemeinheit zu schützen. Zudem denken wir, dass das Gesetz dazu führen wird, dass sich gerade impfmüde Menschen wieder intensiver mit dem Nutzen von Impfungen beschäftigen werden.

Wir haben erlebt, wie erbittert um das Rauchverbot gestritten wurde, die Älteren erinnern sich eventuell noch an die Debatten um die Gurtpflicht im Auto oder die Helmpflicht für Motorradfahrer. Alle diese Pflichten haben nicht dazu geführt, dass die Bürger in Deutschland das Vertrauen in den Rechtsstaat verloren haben. Gurt- und Helmpflicht retten jährlich tausende Leben – das Rauchverbot ebenfalls. Wenn es die gesetzliche Impfpflicht endlich gibt, werden wir erleben, dass die jährlichen Masernwellen ausfallen, wir keine Maserntoten mehr betrauern müssen und kein Kind mehr durch eine Masernerkrankung lebenslang behindert ist.

## Ist die gesetzliche Pflicht zur Masernimpfung der richtige Weg?

CONTRA von Prof. Dr. Wolfram Henn

## Aus der moralischen Pflicht zur Impfung folgt nicht unmittelbar staatlicher Zwang



*Prof. Dr. Wolfram Henn ist Mitglied des Deutschen Ethikrates*

diesen Altersgruppen insgesamt hohen Quoten eine generelle staatliche Impfpflicht nicht gerechtfertigt ist. Die zur Gewährleistung eines stabilen Gemeinschaftsschutzes erforderliche Impfquote von 95 Prozent für beide Masernimpfungen sollte sich vielmehr mit einer Verschärfung des Infektionsschutzgesetzes erreichen lassen, die eine bessere Erfassung nicht geimpfter Kinder, eine intensivierte Beratung der Eltern und Impfaktionen in den Einrichtungen selbst durch Gesundheitsämter bzw. von ihnen beauftragte Ärztinnen und Ärzte ermöglichen würde.

Hingegen hält es der Deutsche Ethikrat sehr wohl für gerechtfertigt und geboten, eine mit Tätigkeitsverboten sanktionierbare Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen in besonderer Verantwortung einzuführen. Dies betrifft neben Ärztinnen und Ärzten auch anderes Personal im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, das aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit Infektionen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit weitergeben kann. Diese Personen und die Institutionen, in denen sie beschäftigt sind, können nicht nur mit geeigneten Maßnahmen eine Verbreitung von Infektionen wesentlich effektiver als die Durchschnittsbevölkerung verhindern, sie haben auch eine aus ihrer Stellung erwachsende Verantwortung, durch ihr eigenes Verhalten die Wichtigkeit von Impfungen zu unterstreichen. Auch wenn sich nur wenige Ärztinnen und Ärzte wider besseren Wissens keinen ausreichenden Impfschutz verschaffen und damit ihrer Vorbildfunktion nicht gerecht werden, kann diese kleine Gruppe doch großen Schaden anrichten. Dies gilt besonders für diejenigen Angehörigen der Ärzteschaft, die Eltern entgegen der überwältigenden wissenschaftlichen Evidenz von der Impfung ihrer Kinder abraten. Wenn diese in Einzelfällen zudem noch über die sozialen Medien impfkritische Ressentiments in der Bevöl-

In seiner am 27. Juni 2019 veröffentlichten Stellungnahme „Impfen als Pflicht?“ hat der Deutsche Ethikrat sich mit den Fragen befasst, wie die Masernimpfquote

hierzulande erhöht werden könnte und ob es gerechtfertigt wäre, zu diesem Zweck eine gesetzliche Impfpflicht einzuführen. Insbesondere wegen des weit über ihre individuellen Empfänger hinausreichenden Nutzens der Masernimpfung für die öffentliche Gesundheit gelangt der Ethikrat zu dem Ergebnis, dass jede Person moralisch verpflichtet ist, sich selbst und gegebenenfalls auch die eigenen Kinder gegen Masern impfen zu lassen.

Aus dem Bestehen dieser moralischen Pflicht folgt allerdings nicht unmittelbar, dass sich auch die Einführung einer mit staatlichen Zwangsmaßnahmen durchzusetzenden Rechtspflicht zur Masernimpfung legitimieren lässt. Vielmehr ist für unterschiedliche Personengruppen zu prüfen, ob eine solche Beschränkung individueller Entscheidungsspielräume geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist, um eine angemessene Durchimpfung zu erreichen. Im Fall der viel diskutierten Impfpflicht für Kleinkinder in Tagesbetreuung und für Schulkinder führt diese Prüfung zum Schluss, dass in Anbetracht der in

kerung schüren, liegt es in der Verantwortung der Landesärztekammern und anderer berufständischer Organisationen, solches Verhalten im Rahmen ihrer Aufsichts- und Sanktionsbefugnisse konsequent zu unterbinden.

Einige weitere die Ärzteschaft betreffende Empfehlungen des Ethikrates dienen nicht der Sanktionierung von Fehlverhalten, sondern vielmehr der Unterstützung in ihrer Schlüsselstellung für das Impfwesen. So sollte etwa der Stellenwert von Impfungen noch stärker als bislang in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung thematisiert werden. Insbesondere sollten Impfkurse verpflichtender Inhalt des Medizinstudiums werden, damit alle Ärztinnen und Ärzte schon mit der Approbation zur Durchführung von Impfungen qualifiziert und befugt werden. Haus- und Kinderarztpraxen sollten verpflichtet werden, Impf-Erinnerungssysteme einzusetzen. Der damit verbundene Aufwand sollte angemessen vergütet werden. Der Zugang zu Impfungen sollte außerdem durch niedrigschwellige Angebote (zum Beispiel offene Impfsprechstunden für Berufstätige, regelmäßige Impftage an Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen oder durch den betriebsmedizinischen Dienst) erleichtert werden. Dem möglicherweise entgegenstehende administrative, insbesondere berufsrechtliche Hemmnisse sollten abgebaut werden.

Erst wenn diese und weitere Maßnahmen, die sich unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-impfen-als-pflicht.pdf> im Einzelnen nachvollziehen lassen, nicht den gewünschten Erfolg zeigten oder sich die Gefahrenlage durch um sich greifende Masernepidemien erheblich veränderte, wären nach Ansicht des Deutschen Ethikrates verpflichtende und sanktionierende Regelungen für weitere Bevölkerungsgruppen in Erwägung zu ziehen.

## Noch eine Reform in Sicht? Wie das Belegarztwesen „re-vitalisiert“ werden könnte

Von der Geburtshilfe über Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden bis hin zur HNO-Versorgung – in vielen Bereichen sind niedergelassene Ärzte als Belegärzte in Krankenhäusern tätig. Das Belegarztwesen verzahnt ambulante und stationäre Versorgung, erweitert das angebotene Spezialisierungsspektrum der Kliniken und kann zudem zur Kostendämpfung beitragen, da unter anderem unnötige Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können. Allerdings ist seit geraumer Zeit in ganz Deutschland ein abnehmender Trend der belegärztlichen Behandlungsraten zu beobachten.

Im Jahr 2012 lag der Anteil der belegärztlichen Versorgung im Verhältnis zu den Behandlungen in den Hauptabteilungen der Krankenhäuser deutschlandweit bei etwa 3,9 Prozent (immerhin etwa 700.000 Behandlungsfälle): Dieser Wert sank bis zum Jahr 2016 auf 2,8 Prozent bzw. ca. 500.000 Behandlungsfälle. Die Bundesländer, die 2012 noch vergleichsweise hohe Behandlungsraten aufgewiesen haben, sind von dieser Entwicklung besonders betroffen – wie etwa in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Schleswig-Holstein.

Methoden stets anwenden, wenn der G-BA dies nicht ausdrücklich verboten hat (Verbotsvorbehalt). Hinzu kämen sowohl das vergleichsweise geringe Honorar sowie veränderte Work-Life-Balance-Vorstellungen der nachrückenden Ärztegeneration. Und auch für die Kliniken berge das Vergütungssystem unter derzeitigen Rahmenbedingungen Nachteile: Die Krankenhäuser erhalten für die jeweiligen Belegabteilungen um rund 20 bis 30 Prozent niedrigere diagnosebezogene Fallpauschalen im DRG-System als für die Hauptabteilungen. Es bestehen aktuell also Anreize, auf Instrumente wie Honorarärzte oder Teilstellungen von niedergelassenen Ärzten zurückzugreifen.

Für eine mögliche Weiterentwicklung der belegärztlichen Versorgung in Deutschland werden in der Studie zwei alternative Reformmodelle entworfen. Es bleibt nun abzuwarten, inwieweit diese Vorschläge seitens der Politik aufgegriffen werden...



### Versorgungsmodelle

#### Das „liberale Versorgungsmodell“

Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass wenige grundsätzliche Vorgaben ausreichen und die konkrete Ausgestaltung der belegärztlichen Tätigkeit weitgehend durch die individuellen Vertragspartner erfolgen kann. Das heißt:

- Für die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit wird der Facharztstatus als ausreichend angesehen.
- Hinsichtlich des Leistungsumfanges für die belegärztliche Tätigkeit würde der Verbotsvorbehalt gelten.
- Zur Vergütung könnte einerseits ein Modell entwickelt werden, bei dem das Krankenhaus einheitlich kalkulierte DRGs auch für belegärztliche Fälle erhält. Das Krankenhaus vergütet in diesem Modell den Belegarzt für seine Leistungen aus der DRG-Fallpauschale, worüber jeweils freie Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Belegarzt geschlossen werden. Alternativ könnte ein Modell konzipiert werden, bei dem zusätzlich die Vergütungen für grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen im Sinne von Hybrid-DRGs für alle Erbringungsformen vereinheitlicht werden.
- Im liberalen Modell gibt es keine Vorgaben für den Ausweis bzw. die explizite Berücksichtigung von Belegabteilungen in der Krankenhausplanung der Länder sowie keine Veränderungsvorschläge in Bezug auf die Regelungen zu den Bereitschaftsdiensten der Belegärzte im Krankenhaus und keine zusätzlichen Regelungsvorschläge zu Qualitätssicherungsmaßnahmen.

#### Das „regulierte Versorgungsmodell“

Dieses Modell geht davon aus, dass es neben ökonomischen Anreizen weiterer gezielter Planungs- und Steuerungsmaßnahmen bedarf:

- Auch hier soll für die belegärztliche Tätigkeit der Verbotsvorbehalt gelten. Die Erbringung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Leistungen) durch den Belegarzt soll allerdings an die Weiterbildungsurlaubnis des Belegarztes im ausgeübten Fachgebiet gebunden werden.
- Die Vergütung der Belegärzte wird in einer ersten Variante aus dem DRG-System finanziert. Der vom Krankenhaus an den Belegarzt zu zahlende Vergütungsanteil der jeweiligen DRGs soll dabei vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einheitlich ermittelt werden. In der zweiten Vergütungsvariante werden die DRGs für belegärztliche Leistungen einheitlich und dann unter Abzug der vom InEK ermittelten belegärztlichen Leistungsanteile an die Krankenhäuser vergütet. Die Vergütung der Belegärzte soll weiterhin über den EBM erfolgen.
- Die erweiterten Landesausschüsse sollen die Zuständigkeit für die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit übernehmen.
- Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, die Belegärzte in die Prozesse des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements zu integrieren.
- Die Krankenhausplanung soll die Unterscheidung in Haupt- und Belegabteilung mit einbeziehen, um lenkend auf den regionalen Einsatz belegärztlicher Versorgung einwirken zu können.

## „Grundbaustein für die sektorenübergreifende Versorgung

Die Sicherstellung der ärztlich-medizinischen Versorgung in Deutschland über die Schnittstelle ambulant-stationär hinweg ist neben der Neuorganisation der Notfallversorgung die entscheidende Herausforderung für die Gesundheitspolitik der laufenden Legislaturperiode. Aufgrund knapper werdender Ressourcen und eines kontinuierlichen Bettenabbaus bei zunehmender Ambulantisierung wird der medizinischen Versorgung im intersektoralen Raum eine stetig wachsende Bedeutung zukommen. Hierzu hat die Bundesregierung – wie in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt – eigens eine Bund-Länderkommission eingesetzt, die „die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen“ ausbauen und „zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung nachhaltige Schritte“ entwickeln soll.

Das Belegarztwesen war bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts in Deutschland die häufigste Versorgungsform für stationäre Patienten. Belegärztinnen und -ärzte leisteten dabei die bis heute gewünschte idealtypische Versorgung aus einer Hand. Sie waren und sind Protagonisten einer modernen sektorenverbindenden Versorgung. Leider belegen die Zahlen der letzten Jahrzehnte die Verdrängung des patientenfreundlichen und rechtssicheren, aber unterfinanzierten Versorgungssystems des Belegarztwesens durch das vermeintlich effektivere duale System mit der strikten Trennung der Sektoren an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Informationsverluste am Übergang zwischen Klinik und Praxis sowie ein dadurch erzeugter Mehraufwand bei Diagnostik und Therapie waren die Folge.

Es ist schwer nachvollziehbar, dass Kritiker hierzulande das Belegarztwesen als überholt bezeichnen – trotz klarer Vorteile, wie vor allem den sorgfältigen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem. Befremdlich ist dies auch, da weltweit ähnliche Organisationsstrukturen einer intersektoralen Versorgung das Rückgrat der stationären Patientenbetreuung bilden.

Wir verstehen auch nicht, warum das Belegarztwesen bei den „Playern“ im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen intersektoralen Versorgungsansätzen nicht mehr Aufmerksamkeit erfährt. Aufgrund der Vielzahl positiver wissenschaftlicher Beurteilungen wäre es nur konsequent, wenn das Belegarztwesen als sektorenverbindende und schlanke Versorgungsform wieder stärker in den Fokus rückt. Der Bundesverband der Belegärzte e.V. begrüßt es daher ausdrücklich, dass der Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer, der Gemeinsame Bundesausschuss und ärztliche Landesorganisationen eine Rückbesinnung auf das Belegarztwesen fordern und die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Belegarztwesen ausbauen will. Leider ist diese positive Neubewertung in der Politik oder im Bundesministerium für Gesundheit (noch?) nicht Gegenstand einer intensiven Diskussion.

Um für das Belegarztwesen mit seinen Leistungsmöglichkeiten eine Wiederbelebung zu erwirken, ist es wichtig, dass die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens denen von Hauptabteilungen in Krankenhäusern angeglichen werden. Dazu gehören nicht nur die Vergleichbarkeit der Leistungen (einheitlicher OPS-Katalog, Vereinheitlichung der DRG's, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch lebenslange Arztnummer für alle Ärzte in Praxis und Klinik, Aufhebung des Erlaubnisvorbehaltes für Belegärzte, etc.), sondern auch die Angleichung der Vergütung.

Für die Umsetzung dieser „Rettungsmaßnahme“ für das Belegarztwesen, wäre als einfachste Lösung eine Änderung im KH Entgeltgesetz vorstellbar. Krankenhäuser mit Belegbetten dürfen aktuell für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abrechnen – das Belegarztwesen könnte durch die Heraufsetzung des Prozentsatzes auf 95 Prozent nachhaltig unterstützt werden.



Dr. Andreas W. Schneider,  
Vorsitzender des Bundesverbands  
der Belegärzte e. V.

(Foto: Bundesverband  
der Belegärzte)



Eigene Darstellung, Quelle: Bundesarztregister

Ursächlich für den Abschwung der von nahezu allen Seiten als sinnvoll erachteten Versorgungsform: Von 2009 bis 2018 nahm die Anzahl der Belegärzte deutschlandweit um über 20 Prozent ab. Aber warum? Um die zugrunde liegenden Mechanismen näher zu beleuchten und „Re-Vitalisierungsmaßnahmen“ zu erarbeiten, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein entsprechendes Forschungsprojekt der Universität Duisburg-Essen gefördert.

Das Belegarztwesen habe Potenzial, so das Fazit von Professor Dr. Jürgen Wasem vom Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) der Universität Duisburg-Essen. Es lohne sich angesichts der Vorteile – wie der Vermeidung von Informationsverlusten und von unnötigen Doppeluntersuchungen – durchaus, diese Versorgungsform weiterzuentwickeln. Als Gründe für den Rückgang der belegärztlichen Versorgung identifizierten die Wissenschaftler insbesondere den zunehmenden Trend zur ambulanten Behandlung sowie die Konkurrenz durch andere Versorgungsformen – wie etwa die Beschäftigung von Honorarärzten in den Krankenhäusern.

Ein weiterer möglicher Grund: Das Tätigkeitsspektrum der Belegärzte ist im Vergleich zu den beim Krankenhaus angestellten Kollegen eingeschränkt. Wie auch im „normalen“ ambulanten Versorgungsbereich üblich, dürfen sie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann erbringen und abrechnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies ausdrücklich genehmigt hat. Im Gegensatz zu diesem Erlaubnisvorbehalt können Krankenhäuser neue

## Zentralinstitut und Sachverständigenrat mit unterschiedlicher Einschätzung zur Versorgungslage Mehr Studienplätze als Patentrezept?

*Soll die ambulante Versorgungsleistung in Deutschland bis 2035 auf dem aktuellen Niveau aufrechterhalten werden, fehlen jährlich bis zu 6.000 Studienplätze im Fach Humanmedizin – dies legen jedenfalls jüngste Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nahe. Professor Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingegen zweifelt die dahinterstehende These vom Ärztemangel als eines der kardinalen Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland an. Eine spannende Debatte.*

Wenn das bisherige Niveau der medizinischen Versorgung in Zukunft auch nur annähernd aufrechterhalten werden soll, sei eine substanzielle Steigerung der Ausbildungskapazität durch die Bundesländer im Fach der Humanmedizin unabdingbar, ist sich Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried sicher. Die Modellprojektionen des Zi variieren – abhängig vom angenommenen Ausbildungserfolg der zukünftigen Studierenden, der angesetzten Dauer der Weiterbildung und der folgenden beruflichen Orientierung – zwischen 6.000 (75 Prozent der Studienanfänger werden innerhalb von 15 Jahren Facharzt) und 3.000 fehlenden Studienplätzen (Facharztquote von 92 Prozent) pro Jahr. Der zwingende Zusammenhang zwischen einer gleichbleibend guten medizinischen Versorgung und der Erhöhung der Medizinstudienplätze wird allerdings durchaus kontrovers diskutiert. Die grundsätzlichen Argumente: Man habe mit fast 400 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten mehr Ärzte als jemals zuvor im Versorgungssystem. Allein in den letzten zehn Jahren sei die Zahl berufstätiger Ärzte netto um gut 65.000 gestiegen – mit weiter steigender Tendenz. Im internationalen Vergleich liege Deutschland zudem mit 4,1 Ärzten je 1.000 Einwohner auf Platz 5 von 29 OECD-Ländern.

Für den Vorsitzenden des Sachverständigenrats, Professor Gerlach, existiert so gesehen jedenfalls kein allgemeiner Ärztemangel. Der punktuell durchaus erfahrbare Ärztemangel beruhe auf anderen Gründen: Überversorgung und Fehlverteilungen in Hinblick auf Stadt-Land-Unterschiede sowie bei den Fachdisziplinen. Steuerungsmöglichkeiten, welche auf diese Aspekte zielen, würden bislang aber kaum ernsthaft erwogen. Zu viele Belegungstage im stationären Bereich, zu viele Krankenhäuser, zu viele Arzt-Patientenkontakte im ambulanten Bereich – hier müsse man aus Sicht des Sachverständigenrates ansetzen. Wenn zudem nur elf Prozent aller Nachwuchsärzte Fachärzte für Allgemeinmedizin werden, erschwere dies zusätzlich eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Grundversorgung in einer alternden Gesellschaft. Erst nach Beseitigung dieser vom Sachverständigenrat identifizierten Strukturprobleme sollten, falls erforderlich, mehr Ärzte ausgebildet werden.

Mit dieser Einschätzung steht der Sachverständigenrat nicht alleine da: Im Vorfeld des Deutschen Ärztetages hatte Professor Dr. Andrew Ullmann MdB, Obmann der FDP-Fraktion im Gesundheitsausschuss und Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, internistische Onkologie und Infektiologie, den proklamierten Ärztemangel als „Märchen“ bezeichnet. Auch die Zahl der Medizinstudienplätze sei ausreichend – die Bundesländer sollten das Geld besser in die Attraktivität der ländlichen Regionen stecken.

Das von Professor Dr. Ferdinand Gerlach und dem Sachverständigenrat vorgeschlagene Maßnahmenbündel:

- Die ärztliche Aus- und Weiterbildung müsse deutlich besser auf Mangelfächer (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, konservative Augen-

heilkunde oder auch Kinder- und Jugendpsychiatrie) und -regionen fokussieren.

- Nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahmen könnten durch eine strukturierte, durch Hausärzte koordinierte Versorgung reduziert werden.
- Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe könnten in einer teamorientierten Arbeit mit Ärzten die Patientenversorgung effektiver gestalten.
- Die Konzentration der Zahl der Kliniken auf ein „internationales Normalmaß“ und der Abbau „von medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitungen oder regionalen Variationen“ könne den „gefühlten Ärztemangel“ spürbar abfedern.
- Die Nutzung von medizinischen Fakultäten als Mittel aktiver Strukturpolitik sei eine diskutierbare Option: Erfahrungen in anderen Ländern würden zeigen, dass (Zweig-)Fakultäten mit gezielten, auf die Grundversorgung ausgerichteten Schwerpunktprogrammen in unterversorgten – oder davon bedrohten – ländlichen Regionen das Potenzial haben, die regionalen Fachkräftekapazitäten nachhaltig zu erhöhen.

Die Delegierten des 122. Deutsche Ärztetages (28. bis 31. Mai 2019 in Münster) haben indes Bund und Länder jüngst nachdrücklich auf-

gefordert, die Zahl der Medizinstudienplätze deutlich zu erhöhen. „Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte. Nur wenige ärztliche Aufgaben können delegiert werden“, stellten die Abgeordneten des Ärztetages ausdrücklich klar. In einem Grundsatzbeschluss hatte der Ärztetag gefordert, dass die Bundesländer die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin um bundesweit mindestens zehn Prozent bereitstellen. Aktuell verlassen knapp 10.000 Absolventen pro Jahr die deutschen Hochschulen mit einem Studienabschluss in der Humanmedizin. Dennoch lag Deutschland 2017/18 mit einer relativen Anzahl von Medizinabsolventen von 11,3 je 100.000 Einwohner deutlich unter dem OECD-Schnitt, so die Argumentation.

Das Zi verwies auf ein weiteres grundsätzliches Problem der „Nachwuchsarbeit“: Selbst wenn im Jahr 2020 die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin von derzeit etwa 11.000 Plätzen um 30 bis 50 Prozent erhöht würden, wären die Auswirkungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst nach 15 Jahren zu spüren. In der Zwischenzeit würden sich dann trotzdem die Folgen des Studienplatzabbaus in den letzten zwei Jahrzehnten zeigen und der Wettbewerb um ausgebildete Mediziner und Fachärzte in den nächsten zehn Jahren extrem zunehmen. Zudem, so die Experten des Zi, dürfte es

spürbar schwieriger werden, das heutige medizinische Leistungsangebot flächendeckend zu garantieren. Insbesondere strukturschwächere Regionen könnten in diesem Verteilungskampf benachteiligt werden.

Die Berechnungen des Zi's zeigen, dass der vertragsärztliche Versorgungsgrad bis 2035 auf 74 Prozent des heutigen Niveaus absinken könnte. Nur eine Steigerung der Zuwanderung um etwa 3.600 Fachärzte pro Jahr (die heutige Nettozuwanderung beträgt etwa 1.600 Ärzte) würde das medizinische Versorgungsniveau in Deutschland bis 2035 stabilisieren. Lässt man die Vorschläge seitens des Sachverständigenrates außen vor – wobei auch die Umsetzung und erhofften Auswirkungen dieser ggf. eingeleiteten strukturellen Änderungen wohl einige Zeit in Anspruch nehmen dürften – wäre Deutschland also kurz- und mittelfristig darauf angewiesen, dass der Zuzug von Ärzten und Fachärzten aus dem Ausland erheblich steigt.

Zum Tragen kommen hier auch weitere Faktoren: So wird der immer spürbar werdendere demografische Wandel einen weiteren Anstieg der Nachfrage nach ärztlicher Versorgung forcieren. Zudem geht die pro Arzt zur Verfügung stehende Arztzeit in der ambulanten Versorgung in Folge veränderter Arbeitsgewohnheiten und zunehmender Verwaltungsaufgaben kontinuierlich zurück. Die zunehmenden Trends zur Anstellung mit einer 40-Stunden-Woche oder auch zur Tätigkeit in Teilzeit führen zu einer Abnahme der Behandlungsleistung pro Arzt – wirtschaftlich selbständige, niedergelassene Ärzte arbeiten derzeit im Schnitt über 50 Stunden pro Woche. Trotz der steigenden Zahl an Köpfen nimmt die Arbeitskapazität der Ärzteschaft in Klinik und Praxis also nicht zu. Diese Problematik wird auch von Professor Gerlach durchaus gesehen, in ihren Auswirkungen jedoch als weniger dramatisch bewertet.

Ein weiteres Argument der „Mehr-Studienplätze-Verfechter“: Auch unter der Ärzteschaft selber werde sich der demografische Wandel verstärkt bemerkbar machen. Die Zahl der Ärzte, die in den kommenden Jahren aus Altersgründen aus der ambulanten Versorgung ausscheidet und dann einen Nachfolger für die jeweilige Praxis suchen wird, nimmt stetig zu. Das Durchschnittsalter der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung ist in den vergangenen zehn Jahren von rund 51,6 (2008) auf 54,2 (2018) Jahre gestiegen. Insbesondere bei den Hausärzten, ohnehin schon „Mangelware“, ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 34,7 Prozent besonders hoch. Der Nachbesetzungsbedarf von Arztsitzen dürfte also die Situation im vertragsärztlichen Sektor weiter verschärfen.

Passt die Politik die Anzahl der Studienplätze sowie die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung und des ärztlichen Arbeitens sachgerecht, zukunftsorientiert an, so besteht allerdings Grund zur Hoffnung: Im Sommersemester 2019 kamen 11 Bewerber auf einen Studienplatz Humanmedizin – bei der Nachwuchsgewinnung könnte man also aus einem vollen Reservoir schöpfen.



*An welchem Rädchen muss man drehen? Sind mehr Medizinstudierende der richtige Lösungsansatz für eine Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung oder brauchen wir ganz andere Lösungsansätze?*

## Ausschuss „Ärztinnen“ im Hartmannbund Stark für Ärztinnen! Engagement für bessere Chancen für Ärztinnen in Versorgung, Selbstverwaltung und Berufspolitik



Sprecherinnen des Ausschusses „Ärztinnen“ im Hartmannbund v.l.: Dipl.-Ing. Dr. Sabine Wedekind, Anne Marie Schneider, Dr. Dr. Galina Fischer

Ärztinnen prägen die Versorgung der Zukunft. Rund 45 Prozent der Ärzteschaft ist weiblich, der Anteil der Frauen unter den Medizinstudierenden beträgt mittlerweile mehr als 60 Prozent. Die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen sind entscheidend für persönliche Lebens- und Karrierewege. Ebenso relevant sind sie für die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland. Engagierte Ärztinnen im Hartmannbund haben es sich zum Ziel gesetzt, Berufsperspektiven für Ärztinnen zu verbessern. Im Ausschuss „Ärztinnen“ haben sich sowohl junge und als auch erfahrene Kolleginnen organisiert, um die dringend nötigen Veränderungen anzustoßen. Der Ausschuss hat es sich auf die Fahne geschrieben, Karrierechancen für Ärztinnen zu fördern. Er fordert berufliche Rahmenbedingungen, die es Ärztinnen ermöglichen, ihr Potenzial voll auszuschöpfen – vor allem intelligente Arbeitszeitmodelle, flexible Kinderbetreuungskonzepte und ganz neue Arbeits- und Führungsformen an Kliniken.

Geleitet von drei Ausschusssprecherinnen dient das Gremium auch als Plattform und Netzwerk mit dem Ziel, Ärztinnen untereinander zu verbinden, auf ihrem Karriereweg zu stärken und Kolleginnen zum berufspolitischen Engagement zu motivieren. Der persönliche Antrieb für dieses Engagement ist dabei so unterschiedlich wie die Ausschussmitglieder.

„Anstatt mich immer nur zu beklagen, was nicht gut läuft, bin ich der Meinung, dass es sich lohnt, selber aktiv einzugreifen,“ beschreibt Dr. Dr. Galina Fischer, eine der Ausschusssprecherinnen, ihre Motivation. „Junge Frauen sind leider unterproportional in Verbänden vertreten. Daher ist jedes einzelne Engagement unglaublich wichtig.“



### HB stärkt Ärztinnen-Karrieren

Um Kolleginnen ganz konkrete Unterstützung auf ihrem Weg als Ärztinnen anzubieten, Wissen zu vermitteln und Soft-Skills wie Verhandlungsgeschick frauenspezifisch zu schulen, hat der Ausschuss „Ärztinnen“ eine Reihe von Veranstaltungen ins Leben gerufen. Die Teilnehmerinnen des ersten HB-Ärztinnentages „Erfolg ist kein Zufall“ konnten von den Themen „Gender Pay Gap und veraltete Rollenmuster“, „Einflussmöglichkeiten von Ärztinnen auf Klinik, Organisation und Wissenschaft“ und „Sprache als Mitteilungs- oder Machtinstrument“ profitieren. Der zweite Hartmannbund-Ärztinnentag wird am 7. März 2020 in Berlin stattfinden und sich den Themen „Ärztinnen in Führungspositionen“, „Zeitmanagement“ und „Gesund bleiben im Job“ widmen. Am 6. März 2020 lädt der Hartmannbund gemeinsam mit der Women's Networking Lounge zum Vorabend-get-together ein.

Im Workshop „Erfolgreich und souverän führen“ am 8. September 2019 in Berlin beleuchtete eine Gruppe Ärztinnen im kleinen Kreis die persönliche Karriereplanung. Mit Hilfe von Führungstechniken lässt sich die zielgerichtete Anwendung von Fähigkeiten, die man als Ärztin im Dauereinsatz benötigt – Empathie, Wille, Durchsetzungskraft, Klarheit – erlernen. Daneben wurde gezieltes Vorgehen für die nächsten beruflichen Schritte geplant und Motivation für die Durchsetzung der eigenen Ziele „getankt“. Der Hartmannbund wird diesen Workshop voraussichtlich auch in anderen Regionen anbieten. Die Inhalte werden auch als Einzelcoaching vermittelt.

Möchten Sie sich engagieren, haben Sie Fragen zum Ausschuss „Ärztinnen“ und dem Fortbildungsangebot für Ärztinnen? Sabine Eckhardt und Petra Meiners beantworten diese gern. Kontakt: [sabine.eckhardt@hartmannbund.de](mailto:sabine.eckhardt@hartmannbund.de) oder [petra.meiners@hartmannbund.de](mailto:petra.meiners@hartmannbund.de)

Ausschusssprecherin Dipl.-Ing. Dr. Sabine Wedekind betont als berufspolitisch erfahrene Ärztin, dass der Einsatz für die Belange von Kolleginnen heute wichtiger ist denn je: „Als junge Ärztin wollte ich mich dafür einsetzen, dass die Medizin und die Berufspolitik nicht nur männlich bestimmt wird. Als ich mit der Berufspolitik begann, saßen in allen Gremien fast nur Männer, wenn eine Frau dabei war, meist nur als Protokollführerin“. Dies müsse sich noch stärker ändern, so die Fachärztin für Innere Medizin.

„Durch unseren Erfahrungsaustausch kann man Stolpersteine vermeiden und absehbaren Karriereknicks, beispielsweise durch Familiengründung, entgegenwirken“, fährt Dr. Dr. Galina Fischer fort. „Politisch steht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiterhin ganz oben auf der Agenda, weil es dort noch viel zu tun gibt. Das Ziel ist es, selber zu gestalten statt nur gestaltet zu werden.“

### Ärztinnen vernetzen

Anne Marie Schneider, dritte Sprecherin im Bunde, hebt die Bedeutung des Netzwerks für Ärztinnen hervor. Was für männliche Kollegen oft normal ist, sei für Kolleginnen teilweise noch stark ausbaufähig: „Kontakte knüpfen, von Erfahrungen älterer Kolleginnen profitieren, ein Netzwerk aufbauen. Gerade vom Austausch über Themen wie Niederlassung und Weiterbildung mit Kind kann man als junge Ärztin profitieren. Deshalb lohnt sich das Engagement in unserem Ausschuss auch für den persönlichen Weg.“

Außerdem dürfe man auch das Thema „Ärztinnengesundheit“ nicht außer Acht lassen. Als Ärztin und junge Mutter weiß sie, wie wichtig Stressmanagement und Selbstfürsorge bei den vielfältigen Aufgabenstellungen in Beruf und Familie sind. „Kinder dürfen kein

Karrierehemmnis darstellen,“ mahnt sie vor allem mit Blick auf die Weiterbildung in der Chirurgie oder Anästhesie.

### Kolleginnen zum politischen Engagement motivieren

Die Mitgliedschaft von Frauen in den Gremien der Ärzteschaft spiegelt den hohen Frauenanteil in der Medizin in keiner Weise wider, darauf hat jüngst auch eine Kleine Anfrage der Grünen aufmerksam gemacht. Dies kommentiert Dipl.-Ing. Dr. Sabine Wedekind: „Frauen und Männer haben einen unterschiedlichen sozialen Blickwinkel und üben ihren Beruf unterschiedlich aus. Es ist wichtig, dass Frauen sich in die politische Diskussion einbringen, da die Entscheidungen beide Geschlechter betreffen. Bestes Beispiel ist die unterschiedliche Bewertung technischer Leistungen gegenüber Gesprächsleistungen. Diese werden meist von Ärztinnen angeboten. Welche Leistung ist wertvoller – oder ist nicht beides gleichwertig?“

Den freien Beruf für die Ärzteschaft zu erhalten und vor einer Sozialisierung zu schützen, formuliert Wedekind als klare persönliche berufspolitische Aufgabenstellung. „Wir werden durch politische Debatten um wirtschaftliche Interessen in ein Korsett gezwungen. Damit dieses Korsett uns nicht mehr und mehr einengt und uns die Freiheit des ärztlichen Handelns nimmt, wünsche ich mir, dass sich neben Ärzten auch viele junge Ärztinnen politisch engagieren.“

Dr. Dr. Galina Fischer ist sicher: „Nur wenn mehr Frauen in der Berufspolitik eine aktive Rolle spielen, können wir nachhaltige Veränderungen erreichen und die medizinische Landschaft prägen. Ich möchte jede Ärztin ermutigen, sich aktiv einzubringen. Dadurch lassen sich Positionen erarbeiten, die wir dann zielgerichtet umsetzen können.“

## Warum wird es immer wichtiger, dass Frauen in der Gesundheitspolitik/Selbstverwaltung aktiv sind?



### Dr. Martina Kloepfer

Vorstand, Institut für Gender-Gesundheit e.V.,  
Bundeskongress Gender-Gesundheit

Eine geschlechterparitätische Besetzung der Gremien und Spitzenpositionen in der Selbstverwaltung sorgt für notwendige unterschiedliche Perspektiven. Die Anzahl der Ärztinnen nimmt stetig zu und in der Pflege sind von jeher überwiegend Frauen tätig. Folglich sollten Frauen entsprechend aktiv an Entscheidungen beteiligt sein, wenn es um strukturelle Fragen geht. Überlegungen zu Arbeitszeitmodellen, Arbeitsformen oder Fragen der Vergütung sind essenziell, um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich attraktiv zu gestalten und dem gefürchteten Personalmangel zu begegnen. Hier ist die Perspektive von Frauen, die entscheidend zu einer funktionierenden Gesundheitsversorgung beitragen, unabdingbar. Erkenntnisse aus der Gender-Medizin, die Männern wie Frauen zugutekommen, würden zudem bei einer stärkeren Beteiligung von Ärztinnen in den Entscheidungsgremien wahrscheinlich leichter Eingang in die Regelversorgung erhalten; denn noch forschen größtenteils Frauen auf diesem Gebiet.



### Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat

Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbands  
Niedersachsen und Mitglied im Geschäftsführenden  
Vorstand

Die Entscheidung für das Berufsbild Ärztin habe ich neben der eigenen interessierten Motivation für die Humanmedizin auch getroffen, weil ich um die Vielfältigkeit der Berufsausübung wusste. Diese Vielfältigkeit habe ich gerade als Frau in keinem anderen Berufsfeld gesehen – verbunden mit einer hohen wirtschaftlichen Sicherheit, die sowohl für die Anstellung und/oder die Selbstständigkeit gilt. Neben den klinisch-wissenschaftlichen Aspekten der Gendermedizin ist es ebenso wichtig, die spezifischen Erfahrungen der Ärztinnen in die organisatorische und strukturelle Berufsausübung einzubringen. Das ist nur umsetzbar, wenn Ärztinnen Verantwortung in allen Bereichen der Leitungsebenen aktiv tragen.

## Gemeinsame Landesdelegiertenversammlung in Rostock Ist die Freiberuflichkeit noch zu retten?

Am 22. Juni diskutierten die Delegierten der Landesverbände Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein in Rostock eine der Fragen, die im vergangenen Jahr in den Debatten um das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) immer mitschwang: Ist der Arzt künftig überhaupt noch ein freier Beruf? Sind wir nicht längst auf dem Weg in die Staatsmedizin? Und was hat das mit Private Equity zu tun?

Eigentlich wollte er nicht aufs Podium. Dort saßen aber bereits **Prof. Andrew Ullmann** von der FDP, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, neben ihm der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion im Kieler Landtag **Bernd Heinemann**, von der Barmer der Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern **Henning Kutzbach** sowie von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern **Angelika von Schütz**, die zugleich auch Vorsitzende der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern im NAV Virchow Bund ist, dem Co-Gastgeber der Veranstaltung. Und das Thema verlangte mehr als ein Statement. Also ging der Gesundheitsminister des Landes Mecklenburg-Vorpommern, **Harry Glawe** (CDU), dann doch noch auf die Bühne. Dort sprach er über die Landarztquote, die kommen müsse, um den Hausarztmangel in den Griff zu bekommen, über Förderprogramme und darüber, dass keine weitere Klinik geschlossen werde, solange in den Altbundesländern keine Strukturreform wie in den 90er Jahren in den Neubundesländern komme. Drehte sich die Diskussion unter dem Titel „Mehr Staatsmedizin wagen: Teil der Lösung oder Teil des Problems?“ zunächst noch um die aktuelle Gesetzgebung, stellte sich bald die Frage, welche Gestaltungsspielräume Ärzten noch bleiben.

### Übernehmen Firmen künftig die Verantwortung für die Patienten?

Hintergrundinformationen lieferten dazu die Referenten: **Bernd Helmecke**, Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, erinnerte an die Definition eines Freien Berufs als eine besondere Gruppe der Selbständigen, die nicht Gewerbetreibende sind und deren Einkommen auf der Grundlage von Gebührenordnungen berechnet wird, weil sie eine besondere Verantwortung für das Gemeinwohl tragen; **Falk Schröder**, Leiter der Schweriner apoBank-Filiale, beleuchtete die Strategien und Erfolgsperspektiven von privaten Finanzinvestoren (sog. Private Equity Gesellschaften – kurz PEG), die einerseits für junge Ärztinnen und Ärzte attraktive Be-



Fotos: JJ/SP

v.l.n.r.: Falk Schröder (Leiter der apoBank-Filiale Schwerin), Dr. Marco Krüger (Curiates e.V.), Angelika v. Schütz (Fachärztlicher Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern/Landesvorsitzende des NAV Virchow Bunds Mecklenburg-Vorpommern), Henning Kutzbach (Landesgeschäftsführer der Barmer in Mecklenburg-Vorpommern), Bernd Helmecke (Hartmannbund-Landesvorsitzender Mecklenburg-Vorpommern), Andrea Wegner (Moderation), Bernd Heinemann (gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Kieler Landtag), Dr. Mark F. Tobis (Hartmannbund-Landesvorsitzender Schleswig-Holstein), Dr. Klaus Reinhardt (Präsident der Bundesärztekammer/Vorsitzender des Hartmannbundes), Harry Glawe (Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern), Prof. Andrew Ullmann MdB (Gesundheitsausschuss im Bundestag)

schäftigungsmodelle anbieten, andererseits aber auch den Weg in eine Industrialisierung der Medizin ebnen; **Dr. Marco Krüger**, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Gnoien, stellte die Aktivitäten seines Vereins Curiates e.V. vor, der ein MVZ gegründet hat, dass eine sinnvolle Organisation der Versorgung in der Fläche und die Niederlassungsförderung zum Ziel hat. Wie wichtig dieses ärztliche Engagement ist, zeigt, dass PEG dies zum Teil ihrer Strategie gemacht haben: Attraktive Arbeits- und Vergütungsbedingungen locken die junge Ärztegeneration in die ambulante Anstellung – hier können sie rein ärztlich tätig sein. Allerdings verfolgen PEG langfristig ein anderes Ziel, nämlich Rendite.

### Gesetzgeber muss reagieren

**Dr. Klaus Reinhardt**, Vorsitzender des Hartmannbundes und frisch gewählter Präsident der Bundesärztekammer, sieht hier den klaren Auftrag an die Politik, Regelungen für MVZ zu finden, die patienten-, arzt- und versorgungsorientiert sind. Und natürlich müsse es auch darum gehen, endlich eine vernünftige Gebührenordnung zu bekommen, die Grundbedingung für einen

freien Beruf ist, der im Interesse der Allgemeinheit handelt.

Dass etwas geschehen muss, darin waren sich am Ende der Diskussion alle einig. Der Druck sei gerade in Mecklenburg-Vorpommern groß, so Henning Kutzbach. Für Bernd Heinemann steht die Kooperation mit der Ärzteschaft auf Augenhöhe an erster Stelle, Ziel müsse der Gewinn für das Gemeinwesen sein. Eine Staatsmedizin nach dänischem Vorbild lehnt er klar ab. Prof. Andrew Ullmann sieht die Notwendigkeit, stärker die ärztliche Eigeninitiative zu fördern. Dazu bedürfe es einer „smarten Politik“ und Modellprojekte, statt mehr Bürokratie. Harry Glawe kündigte an, die Herausforderung MVZ anzunehmen, der freie Arztberuf müsse geschützt werden. Er versäumte jedoch nicht, auf die bevorstehenden Aufgaben hinzuweisen: die sektorenübergreifende Versorgung und die Digitalisierung. Die Dicke der Bretter dürfte damit noch zunehmen, denn, da waren sich Prof. Andrew Ullmann und Harry Glawe einig, die Berliner Mauer sei gegen die Mauern zwischen den Sektoren ein Klacks gewesen ... (SP)



Eltern wissen oft ein leidvolles Lied davon zu singen, wie verängstigt ihre Kleinen vor allem im Krankenhaus sind, wenn sie von fremden Menschen mit unbekanntem

## Medizinstudenten im Landesverband Sachsen Teddybär-Krankenhaus an der Medizinischen Fakultät Leipzig

Geräten untersucht werden und nichtverstehen können, was geschieht. Um Kindern auf spielerische Art und Weise den Ablauf eines Arztbesuches näherzubringen und somit die Angst vor Ärzten zu nehmen, fand vom 9. bis 11. Juli 2019 an der Medizinischen Fakultät Leipzig wieder das bewährte Teddybär-Krankenhaus statt. Aber nicht nur die Kinder, auch die ehrenamtlich beteiligten Studierenden profitieren davon, denn sie lernen den Umgang mit Kindern als Patienten, sowie ihr ärztliches Handeln in einfachen Worten zu erklären. Das finanzielle und persönliche Engagement (siehe Foto) des Hartmannbund-Landesverbandes Sachsen stieß dabei auf breite positive Resonanz.

Zum Hintergrund: Erfunden wurde das Konzept der Teddybär-Krankenhäuser 1999 in Norwegen. Durch die internationalen Netzwerke verschiedener Studentenverbindungen verbreitete sich die Idee schnell um die ganze Welt. Heute werden an fast an jeder Medizinischen Fakultät in Deutschland Teddy, Puppe & Co medizinisch versorgt, sowie in Großbritannien, Polen, Kroatien, Portugal, Schweden und 20 weiteren Ländern. Darüber hinaus hat sich das Teddybär-Krankenhaus auch zum interprofessionellen Projekt entwickelt: heute helfen Studierende der Pharmazie und Auszubildende in den Bereichen Physiotherapie und Krankenpflege tatkräftig mit.

## Im Dialog mit LÄK-Präsidentin Dr. Simone Heinemann-Meerz

### Zentrales Thema: Mehr junge Ärztinnen und Ärzte für Sachsen-Anhalt



Dr. Simone Heinemann-Meerz



Dipl.-Med. Bruno Jung

Auf Einladung der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt traf sich der Hartmannbund-Landesvorsitzende Dipl.-Med. Bruno Jung mit Kammerpräsidentin Dr. Simone Heinemann-Meerz zum Sommergespräch in Magdeburg. Zentrales Thema war die Frage, wie mehr junge Ärztinnen und Ärzte für Sachsen-Anhalt gewonnen werden könnten. In einer lebhaften Diskussion, an der auch Kammervizepräsident Professor Uwe Ebmeyer teilnahm, wurde das Für und Wider verschiedener Lösungsansätze wie Landarztquote, Zahl der Humanmedizin-Studienplätze oder die Bevorzugung von Landeskindern bei der Studienplatzvergabe erörtert.

Auch die Themen Qualität der Weiterbildung und neues eLogbuch wurden eingehend behandelt. Laut Auskunft der Landesärztekammer-Präsidentin Dr. Heinemann-Meerz würden die Anforderungen aus der Weiterbildungsordnung umfassend eingehalten. Die große Herausforderung bestünde jedoch darin, dass es ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den notwendigen und den angebotenen Weiterbildungsinhalten einerseits und der Organisation aller dienstlichen Pflichten in den Kliniken und Praxen andererseits geben müsse. Eine besondere Problematik sei es hierbei, auch die persönlichen Belange, Aufgaben und Pflichten der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten unter einen Hut zu bekommen.

Für Ende des Jahres ist eine gemeinsame Veranstaltung geplant, auf welcher die Landesärztekammer über den Stand der Umsetzung

der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 informieren wird. Auch die sich aus dem neuen eLogbuch ergebenden Möglichkeiten und Pflichten für die Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden sollen dabei erläutert werden. Während dieser Veranstaltung sollen die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auch die Möglichkeit erhalten, über ihre eigenen Erfahrungen zu berichten oder Kritik zu äußern.

Anzeige

ETL | ADVISION

**Steuerspezialisten für Ärzte**

Gewinnen Sie mehr Zeit für Ihre persönliche Freiheit

Deutschlandweit  
immer in Ihrer Nähe  
etl-advision.de

## Landesdelegiertenversammlung 2019 Hamburg Renditeobjekt Gesundheitswesen: „Politik muss regulierend eingreifen!“

Die Delegiertenversammlung des Landesverbandes Hamburg am 19. Juni widmete sich unter dem Titel „Rendite vs. Patientenwohl – Steuern Finanzinvestoren zukünftig unser Gesundheitswesen?“ den Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen durch finanzstarke Player gegenüber sieht: Renditeorientierte Versorgungssteuerung, Ökonomisierung der Medizin, Einschränkung der ärztlichen Freiberuflichkeit. Was bei Zahnärzten und in Kliniken bereits zu Problemen führt, kommt inzwischen auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung an.

In seinem Grußwort dankte der Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, **Konstantin von Laffert**, dem Hartmannbund zunächst für die Einladung, und vor allem dafür, dieses wichtige Thema aufgegriffen zu haben. Der ökonomische Druck sei bei den zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen längst spürbar. So gebe es Berichte aus zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) über regelmäßige Umsatzgespräche und dergleichen mehr. Er kritisierte die Gesetzgebung, die seit 2015 auch nichtfachgebundene MVZ-Trägerschaften ermöglichte. Damit seien renditeorientierten Investoren erst Tür und Tor geöffnet worden, aus Versichertengeldern private Gewinne mit zweistelligen Zuwachsraten zu erwirtschaften – Gewinne, die zum Großteil nicht in Deutschland versteuert würden. Die Zahnheilkunde, betonte von Laffert, sei jedoch kein Gewerbe und der Zahnarzt ein freier Beruf, für den die Berufsordnung handlungsweisend sei – und gerade daran zeige sich ein Grundkonflikt: Die Kammern hätten auf nichtärztliche Träger keinen Zugriff.

**Prof. Dr. Josef Hilbert** vom Institut Arbeit und Technik (IAT) aus Gelsenkirchen ergänzte diese Erfahrungen um eine wissenschaftliche Perspektive und ging zunächst auf grundlegende Fragestellungen ein: Warum investiert privates Kapital überhaupt in das deutsche Gesundheitswesen? Erstens, so Prof. Hilbert, weil die Zukunftsbranche Gesundheit in Deutschland mit der gesetzlichen Krankenversicherung stabil finanziert ist. Und zweitens, weil es Mangel, Missmanagement und Unterfinanzierung gibt. Die Notwendigkeit

von Investitionen auf den Gebieten der Qualität, der Effizienz und auch der Arbeitsplatzattraktivität seien offensichtlich – und in der Tat sind gerade MVZ in der jungen Ärztegeneration durchaus beliebt, wenn die Arbeitsbedingungen und das Gehalt stimmen. Ein Widerspruch zum steigenden ökonomischen Druck? Nicht unbedingt, denn die zumeist verfolgte Buy-and-Build-Strategie trage nur dann, wenn die Leistungsträger bereit sind, dort zu arbeiten. Gleichwohl könnten Renditeerwartungen von mehr als zehn Prozent nicht ohne gravierende Einschnitte beim Personal und in der Versorgung realisiert werden, so Prof. Hilbert.

Wie aber kann die Ärzteschaft darauf reagieren? Der Präsident der Hamburger Ärztekammer, **Dr. Pedram Emami**, erläuterte, dass die Dissoziation der medizinischen und betrieblichen Verantwortlichkeit sich aktuell als Kernproblem erweise. In seinem Referat hob er auf die Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit der Erbringung ärztlicher Leistungen ab. Aus diesem Grunde sei der Arzt ein freier Beruf – mit eigener Gebührenordnung zum Schutze der Patienten und zur Vermeidung eines ruinösen Wettbewerbs zulasten der Allgemeinheit, und mit eigener Berufsordnung, weitgehend frei von Marktmechanismen. Gleichwohl steige die Zahl angestellter Kolleginnen und Kollegen und verliere die ärztliche Führung von medizinischen Einrichtungen an Bedeutung.

Damit war eine gesunde Grundlage für die vom Vorsitzenden des Hartmannbund-Landesverbandes Hamburg, **Dr. Clemens Rust**,

Kritisierte den ökonomischen Druck auf die Akteure im Gesundheitswesen: Konstantin von Laffert



moderierte Diskussion über den richtigen Umgang mit privaten Investoren gelegt. Der ehemalige Hamburger Gesundheitsminister **Dietrich Wersich** (CDU) bezeichnete die aktuelle Situation als Herausforderung für die soziale Marktwirtschaft. Es müsse auch künftig eine Balance aus wirtschaftlichem Handeln und sozialer Verpflichtung sichergestellt sein. Die Politik müsse soziale und zugleich marktwirtschaftlich sinnvolle Regularien entwickeln, wie – privates oder staatliches – Kapital für Innovationen gewonnen werden kann. Die Leiterin der Hamburger Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), **Kathrin Herbst**, erläuterte, dass es für die Kassen vor allem relevant sei, dass es Regularien zum Schutze der Patienten gebe; die Trägerschaft einer Einrichtung sei insofern zweitrangig. Der gesundheitspolitische Sprecher der Linksfraktion in der Hamburgischen Bürgerschaft, **Deniz Celik**, forderte, für die Versicherten Transparenz darüber zu schaffen, wer an ihrer Behandlung verdient. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP), Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages, machte klar, dass eine sinnvolle Steuerung nur darin bestehen könne, die bekannten Schwachstellen Bürokratie und budgetierte Vergütung zu beheben, um die Niederlassung attraktiver zu machen. Jede unwirtschaftliche Leistungserbringung – wie in renditeorientierten MVZ nachweislich der Fall – müsse hingegen nachverfolgt werden.

Die Diskussion zeigte, dass die Politik offenbar sensibilisiert ist, und so unterschiedlich – je nach politischem Lager – die Lösungsansätze auch sind, stehen sie doch nicht in Widerspruch zueinander. Die Ärzteschaft ihrerseits ist gut beraten, gemeinsam und im ständigen Austausch mit der Politik zu agieren, und Strategien zu entwickeln, um wieder stärker auch in die ökonomische Verantwortung zu kommen. (SP)



Sind die Lösungsansätze auch unterschiedlich, so zeigte die Diskussion doch: Die Sensibilität für die Probleme der Ökonomisierung ist geweckt.



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

## ... werden meine Beiträge im Alter noch bezahlbar sein?

Neben den Alterungsrückstellungen gibt es eine Reihe weiterer Instrumente in der PKV, die für die Stabilisierung der Beiträge im Alter sorgen. So zahlen die Versicherten zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr einen **gesetzlichen Zuschlag** in Höhe von zehn Prozent. Ab dem 65. Lebensjahr wird dieser dann zur individuellen Stabilisierung der Beiträge eingesetzt. Eine **Beitragsentlastung im Alter** ist eine weitere Möglichkeit, Beiträge im Alter zu senken – um bis zu 100 Prozent. Mit Renteneintritt entfällt natürlich der Arbeitgeberzuschuss. Für Mitglieder im Versorgungswerk ist es umso sinnvoller, eine Beitragsentlastung für das Alter abzuschließen. Denn bei Renteneintritt erhalten sie weder aus dem Versorgungswerk noch aus der gesetzlichen Rentenversicherung Beitragszuschüsse zur privaten Krankenversicherung. Wurde ein **Krankentagegeld** mitversichert, entfällt dies in aller Regel ebenfalls mit Beginn des Rentenalters und sorgt für eine weitere Reduzierung des Beitrags.

Berücksichtigt man alle Stellschrauben, die von der PKV zur Anpassung der Beiträge angeboten werden, steht einer optimalen Absicherung zu bezahlbaren Beiträgen nichts im Weg!

## Das sagt die HEK, eine gesetzliche Krankenversicherung

Die Beitragsentlastung bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt ausschließlich auf Basis der Einkommenshöhe. Das bedeutet ganz einfach: niedriges Einkommen gleich niedriger Beitrag und hohes Einkommen gleich höherer Beitrag. Natürlich nicht unendlich, sondern gedeckelt bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Die Beitragshöhe wird kontinuierlich an die jeweilige Lebenssituation der Versicherten angepasst, auch im Alter. Der Gesundheitszustand spielt hierbei keine Rolle.

Sinkt mit Renteneintritt das Einkommen, sinken automatisch auch die Beiträge. Die GKV finanziert sich auf Basis des Umlageverfahrens. Individuelle Beitragssteigerungen

aufgrund von Krankheit haben die Versicherten somit nicht zu befürchten. Aus der Rente berechnete Beiträge zur Krankenversicherung werden paritätisch entrichtet, das bedeutet, jeweils zur Hälfte von der Deutschen Rentenversicherung und den Versicherten. Auch die kostenfreie Familienversicherung von Angehörigen ist im Alter weiterhin möglich, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt werden.

Für langjährig gesetzlich Versicherte erfolgt mit Renteneintritt die Weiterversicherung in der Krankenversicherung der Rentner (KvDR). Hier existiert bei der Beitragserhebung keine Mindestgrenze. Das heißt, selbst bei einer ganz geringen Rentenhöhe besteht immer der volle Versicherungsschutz, basierend auf den gesetzlichen Vorgaben ganz ohne Mindestbeitrag. Außerdem sind auch nicht alle Einkunftsarten beitragspflichtig. Es erfolgt beispielsweise keine Beitragszahlung auf Zins- oder Mieteinnahmen sowie private Rentenzahlungen. Die Beitragsermittlung und -abführung, der auf die gesetzliche Rente zu zahlenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, erfolgt direkt über den Rentenversicherungsträger. Auch hier wird der Beitrag zur Krankenversicherung paritätisch finanziert, also jeweils zur Hälfte von den Versicherten und dem Rentenversicherungsträger.

Zudem ist eine zusätzliche Absicherung von Hinterbliebenen durch eine Übertragung der erfüllten Anspruchsvoraussetzungen für die KvDR an den hinterbliebenen Ehepartner im Falle des Ablebens möglich (ab dem Tag der Beantragung einer Witwen- oder Witwerrente). Zum Beispiel im Anschluss an eine bislang durchgeführte Familienversicherung, welche mit dem Ableben des Hauptversicherten automatisch endet.

## Neue Wege der Personalsuche Hartmannbund kooperiert mit dem Deutschen Hausarzt Service

Die Bewerbersuche nach einem passenden Weiterbildungsassistenten, angestellten Facharzt, Partner oder Praxisnachfolger (m|w|d) wird immer schwieriger und kostet Hausarztpraxen häufig viel Zeit, Aufwand und Nerven. Dies bestätigen auch zahlreiche Praxen, wenn sie über die „klassischen“ Recruitingmethoden – immer öfters – vergebens qualifizierte Ärzte für ihre eigene Praxis suchen.

Hausarztpraxen sollen schneller und einfacher passende Ärzte für Ihre Praxis finden. Dies ist das Ziel des Deutschen Hausarzt Service, der digitalen Personalvermittlung für Hausarztpraxen, die seit 2015 neue Wege und ein Full-Service-Konzept für die Personalsuche anbietet.

Der Deutsche Hausarzt Service hat eine deutschlandweite Personalplattform (www.deutscherhausarztservice.de) speziell für AllgemeinmedizinerInnen aufgebaut, über die Bewerber und Hausarztpraxen gesucht und passend zusammengeführt werden. Für das richtige „Matching“ zwischen Bewerbern und Praxis sorgen persönliche Ansprechpartner und eine intelligente Matching-Logik.

Bereits über 1.800 angemeldete Ärzte nutzen diesen Weg der Stellensuche, zumal es für sie komplett vertraulich und kostenfrei

abläuft. Einmal auf der Plattform registriert, bekommt ein Bewerber passende Stellenangebote in seiner Wunschregion und kann sich mit einem „Klick“ bequem bewerben. Die Hausarztpraxis hat erst nach dieser Freigabe Zugriff auf die jeweilige Bewerbung und tritt direkt mit dem interessierten Kandidaten in Kontakt. Der komplette Prozess wird dabei von direkten Ansprechpartnern betreut.

Zu erfolgreichen Stellenbesetzung greifen wir – zusätzlich zum wachsenden Bewerberpool – auf moderne Methoden der Personalsuche zurück und nutzen vor allem Wege aus dem Online-Marketing für die Ansprache von potenziellen Bewerbern.

Damit noch mehr Hausarztpraxen von diesem Konzept profitieren, kooperiert der Hartmannbund seit 2016 mit dem Deutschen Hausarzt Service. Denn der Hartmannbund

- ○ Deutscher
- ○ Hausarzt Service

weiß um die Wichtigkeit dieses Themas und hat für seine Mitglieder gleichzeitig zwei exklusive Vorteile in petto:

Vorteile als Mitglied im Hartmannbund:

- 5 % Rabatt auf die aktive Personalsuche (Laufzeit: Bis zur erfolgreichen Vermittlung)
- 5 % Rabatt auf die Prämie bei einer erfolgreichen Vermittlung

Wir freuen uns auf die weitere, partnerschaftliche Kooperation und die Zusammenarbeit mit vielen Hausarztpraxen, um die Probleme der Personalsuche – gerade in ländlichen Regionen – mit unseren neuen Wegen zu lösen.



Susanne Krahl,  
Ihre persönliche  
Ansprechpartnerin



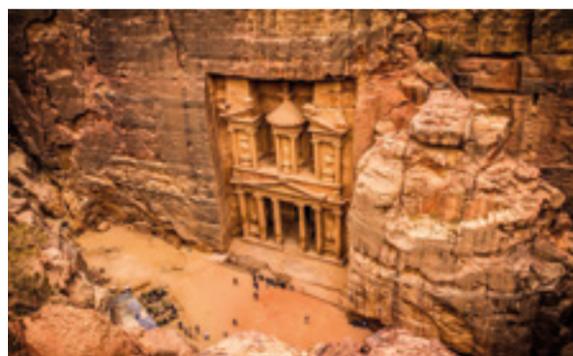
VORANKÜNDIGUNG

### Fachstudienreisen exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder

Im November 2020 geht es nach  
**Jordanien**

„Auf den Spuren von Lawrence von Arabien“

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



Nähere Informationen zu dieser Reise gibt es bei der Hauptversammlung des Hartmannbundes am 08. November 2019 im SEMINARIS CAMPUS HOTEL in Berlin, Takustraße 39 • 14195 Berlin.

Beginn: 09:00 Uhr. Der Reiseveranstalter wird mit einem kleinen Stand vor Ort sein.

## Praxisgemeinschaft:

### Nur GbR kann umsatzsteuerlicher Unternehmer sein

Medizinische Behandlungen sind teuer – das gilt insbesondere für spezielle Instrumente, hochwertige Apparate und ansprechende Praxisräume. Damit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen und sich eine Anschaffung auch lohnt, tun sich Berufskollegen gern zusammen und gründen eine Praxisgemeinschaft, um Synergien zu nutzen. Durch diese Art der Kooperation können gemeinsame Projekte oft besser finanziert und optimaler ausgelastet werden. So können Kosten gespart werden. Im Vergleich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der die Berufsträger eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gründen, um die Patienten zu behandeln, treten die Ärzte im Rahmen einer Praxisgemeinschaft in der Regel gegenüber Patienten nicht gemeinsam nach außen auf. Oftmals wird dieses Indiz argumentativ dafür genutzt, dass es sich bei einem solchen Zusammenschluss daher um eine Praxisgemeinschaft nach Bruchteilen handelt.

Insbesondere wenn umsatzsteuerpflichtige Leistungen ausgeführt werden sollen, wie beispielsweise in der Schönheitschirurgie oder bei bestimmten kosmetischen Behandlungen, kann dabei der Vorsteuerabzug gefährdet sein. Denn die Annahme einer Praxisgemeinschaft nach Bruchteilen, wie beispielsweise bei einer Apparategemeinschaft hat steuerlich zur Folge, dass nicht die Gemeinschaft als solche, sondern nur die jeweiligen Gemeinschaftler als umsatzsteuerliche Unternehmer anerkannt werden. Dies hat der Bundesfinanzhof (BFH) im Jahr 2018 klargestellt. Somit darf nicht die Gemeinschaft, sondern nur der jeweilige Gemeinschaftler gezahlte Vorsteuerbeträge anteilig vom Finanzamt zurückerfordern. Dies kann insbesondere durch ein besonderes umsatzsteuerliches Feststellungsverfahren erfolgen, bei dem die Gemeinschaftler die Vorsteuerbeträge auf sich aufteilen und nach ihrem individuellen Vorsteuerabzugsschlüssel anteilig geltend machen können. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass die Rechnungen zum Vorsteuerabzug berechtigen. Hierfür müssen in den Rechnungen insbesondere auch die korrekten Anschriften der Gemeinschaftler benannt werden.

Interessant ist aber vor allem, dass Praxisgemeinschaften in der Vergangenheit von Seiten der Finanzverwaltung mitunter tatsächlich anders behandelt wurden – vermutlich auch aus Gründen der Praktikabilität. Insbesondere, wenn die Praxisgemeinschaft auch nach außen hin aktiv wurde und tatsächlich Umsätze erzielte, wie beispielsweise die Untervermietung von Praxisräumen an andere Berufskollegen oder ähnliches, wurde die Praxisgemeinschaft als umsatzsteuerlicher Unternehmer anerkannt. Durch das neue BFH-Urteil vom 22.11.2018 ist diese Sichtweise der Finanzverwaltung jedoch streng genommen nicht mehr möglich, da eine Gemeinschaft nach

Bruchteilen kein umsatzsteuerlicher Unternehmer sein kann. Dann wäre im Grunde ein besonderes umsatzsteuerliches Feststellungsverfahren erforderlich, für das die Finanzverwaltung bereits die erforderlichen Weichen gestellt hat.

Doch es gibt unter Umständen einen Ausweg: Denn wenn man Praxisgemeinschaften oder auch Apparategemeinschaften genauer betrachtet, kann man meist einen steuerlichen Folgefehler erkennen, der ursprünglich auf einer unzutreffenden zivilrechtlichen Einschätzung basiert. Schließen sich zwei Personen zu einem gemeinsamen Zweck zusammen, wie dies bei einer Praxisgemeinschaft oder auch Apparategemeinschaft meist der Fall sein wird, so handelt es sich zivilrechtlich genommen bereits um eine GbR!

Diese erfordert nämlich keinen schriftlichen Vertrag. Die Gesellschafter müssen sich dabei nicht einmal bewusst sein, dass sie durch die geplante berufliche Zusammenarbeit eine solche Gesellschaft gründen, da eine GbR auch konkludent gegründet werden kann. Und da die GbR umsatzsteuerlicher Unternehmer sein kann, ist sie grundsätzlich auch vorsteuerabzugsberechtigt, sofern sie ihrerseits Leistungen gegen Entgelt erbringt und mit Umsatzsteuer gegenüber den Gesellschaftern oder Dritten abrechnet. Aufpassen muss man dann jedoch, dass die Leistungen auch tatsächlich von der Praxisgemeinschaft-GbR beauftragt und an diese abgerechnet werden.

Interessant ist dabei noch, dass die von den Gesellschaftern erworbenen Wirtschaftsgüter nicht automatisch zum gesamthändisch gebundenen Vermögen der Praxisgemeinschafts-GbR werden. Denn hierzu bedarf es grundsätzlich einer Einlagehandlung der Gesellschafter. Ist ein Grundstück betroffen, muss die Einlage bzw. der Gesellschaftsvertrag sogar nota-



Marc Müller, Steuerberater  
und ETL-Vorstand

riell beurkundet werden, damit die GbR in das Grundbuch eingetragen werden kann.

Ohne diese Einlage besteht die Bruchteilsgemeinschaft im Grunde parallel zur GbR fort bzw. wird von dieser überlagert. Ertragsteuerlich wird dies dadurch gelöst, dass das Bruchteileigentum bei den GbR-Gesellschaftern als sogenanntes Sonderbetriebsvermögen und damit unabhängig vom Gesamthandsvermögen der Praxisgemeinschafts-GbR geführt wird.

Fazit: Um die umsatzsteuerliche Unternehmerstellung einer Praxisgemeinschaft zu retten, dürfte es in der Praxis meist genügen, wenn die Praxisgemeinschaftler zu Dokumentationszwecken einen schriftlichen GbR-Vertrag abschließen, der auf den gemeinsamen Zweck zum Betrieb einer Praxisgemeinschaft gerichtet ist. Daneben bietet ein solcher Vertrag natürlich auch zivilrechtliche Vorteile, wenn Details zwischen den Berufskollegen geregelt werden sollen. Gern stellen wir hierfür auch den Kontakt zu den mit uns kooperierenden ETL Rechtsanwälten her.

#### Kontakt:

ETL AG Steuerberatungsgesellschaft  
Tel: +49 (0) 30 / 22641261  
etl-advison@etl.de  
www.etl-advison.de



## EUROPCAR

## Exklusive Konditionen für Sie als HB-Mitglied

Als Europas führende Autovermietung bieten wir Ihnen weit mehr als ein Fahrzeug auf Zeit. Sie profitieren vom Know-how eines internationalen Unternehmens mit über 90 Jahren Mobilitätserfahrung. Freuen Sie sich mit jeder Buchung auf günstige Preise, professionelle Beratung und einen Service mit persönlicher Note.

Durch unser dichtes Stationsnetz sind wir überall dort für Sie präsent, wo Sie uns privat oder beruflich brauchen. So finden Sie uns direkt in der City Ihrer Heimatstadt genauso wie am Airport Ihres Urlaubsorts. Wie weit Sie Ihr Weg mit Europcar also auch führt: Er beginnt stets ganz nah.

Unsere vielfältige Flotte bietet Ihnen die freie Wahl aus mehr als 42.000 Fahrzeugen. Das Angebot reicht von agilen Cityflitzern über sportliche Coupés und elegante Limousinen bis zu geräumigen Transportern. Dadurch genießen Sie das gute Gefühl, für jeden Anlass, jedes Ziel und jeden Moment die richtige Entscheidung zu treffen.

Sie haben den richtigen Plan, wohin es mit Ihrer Praxis gehen soll. Wir bringen Sie mit individuellen Mobilitätslösungen an Ihr Ziel, ganz gleich ob Sie selbst fahren oder sich chauffieren lassen möchten, ob für die spontane Einzelfahrt, oder für die Langzeitnutzung.

**Europcar bietet Ihnen neben der klassischen Fahrzeugmiete auch eine individuelle Langzeitmiete für Ihr Business: Europcar Mid Term**

Dynamisch wie Miete, günstig wie Leasing. Mit Europcar Mid Term kombinieren Sie bei einer Mietdauer zwischen 7 und 24 Monaten mehrere wirtschaftliche Vorteile zum Vorsprung für Ihre Praxis. Machen Sie sich unabhängig von langen Leasingverträgen – mieten Sie die Fahrzeuge jetzt so individuell und dynamisch, wie Sie Ihre Praxis führen. Wir haben zwei Optionen für Sie zur Auswahl: Europcar Mid Term Fix bietet Ihnen maximale Effizienz und Transparenz. Darüber hinaus reagieren Sie mit Europcar Mid Term Flex flexibel auf Ihren wechselnden Mobilitätsbedarf. Denken Sie voraus – mieten Sie Mid Term.

Erfahren Sie mehr unter [europcar.de/midterm](http://europcar.de/midterm) oder wenden Sie sich gerne direkt an Ihren persönlichen Europcar-Standort.

**Als HB-Partner erhalten Sie bei Europcar besondere Konditionen und Services wie:**

- Die kostenlose Europcar Privilege Executive Card
- Ihren persönlichen Ansprechpartner: Gabor Laszlo ([gabor.laszlo@europcar.com](mailto:gabor.laszlo@europcar.com))
- Individuelle und feste Konditionen für PKW in Kurzzeit- sowie Langzeitmiete – in Deutschland als auch international geltend
- Individuelle LKW Konditionen

Durch die Kooperation zwischen dem Hartmannbund, Verband der Ärzte Deutschlands e.V. und Europcar finden Sie für jedes Ziel die passende Mobilität!

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

**MOVE YOUR PLANS – mit den exklusiven Vorteilen als Hartmannbund-Mitglied.**

## Mit Ringhotels „Echt HeimatGenuss“ erleben und dabei 10 % sparen

Seit mehr als 45 Jahren können Sie mit Ringhotels von den Alpen bis zur Nordsee „Echt HeimatGenuss erleben“ – und als Hartmannbund-Mitglied profitieren Sie zusätzlich von 10 % Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis.

Ob Kultur-, Golf-, Rad- oder Wanderurlaub, in den rund 100 privat geführten Hotels mit viel familiärem Flair spürt man das Lebensgefühl der Region und erlebt Gastfreundschaft, die von Herzen kommt.

Gelegen in den schönsten Gegenden Deutschlands, haben Sie die Möglichkeit zu entspannen oder aktiv werden. Die herrlichsten Golfplätze liegen direkt vor der Haustür und für unsere Golf Freunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung. Aber auch diejenigen, die lieber auf zwei Rädern unterwegs sind oder im Oldtimer cruisen,

sind bei Ringhotels gern gesehene Gäste – ob alleine, zu zweit oder in einer größeren Gruppe. Und: Ihre Gastgeber haben immer gute Insider-Tipps auf Lager.

Ringhotels schafft für Sie die perfekte Verbindung von reisen und mit allen Sinnen genießen. Entspannen Sie nach einem ereignisreichen Tag mit vielfältigen Wellness-Angeboten, schalten Sie ab und lassen Sie sich mit ausgezeichnete, regionaltypischer Küche und einem guten Tropfen verwöhnen.

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl. Ringhotels

bietet auch für Ihre Tagung oder Veranstaltung den optimalen Rahmen.

Die erfahrenen Event- und Tagungsspezialisten vor Ort kümmern sich kompetent und engagiert um die Organisation Ihrer Veranstaltung und das ideale Rahmenprogramm. Lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot im Ringhotel Ihrer Wahl erstellen oder nutzen Sie die persönliche Beratung des Ringhotels Servicebüros für Ihre Planung. Bei Anfragen über [tagen+mehr@ringhotels.de](mailto:tagen+mehr@ringhotels.de) erhalten Sie auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

Übrigens: Entdecken Sie auch unsere „Gast im Schloss“ Häuser unter [gast-im-schloss.de](http://gast-im-schloss.de) oder unsere mehr als 1.000 Partnerhotels in über 80 Ländern weltweit unter [gaph.online](http://gaph.online).

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



Alle Vorteile der Ringhotels genießen Sie auch bei unseren Partnerhotels weltweit

## StepStone



## „Perfect Match“ für Hartmannbund-Mitglieder

Vor rund 23 Jahren als Startup ins Leben gerufen, sind wir heute eine der führenden Online-Jobplattformen in Deutschland. Bei StepStone arbeiten über 3.300 Mitarbeiter in mehr als 25 Ländern und auf vier Kontinenten verteilt zusammen. Wir alle haben eines gemeinsam: Wir wollen Unternehmen und Jobsuchende in einem „Perfect Match“ zusammenführen.

**Angebot für Hartmannbund-Mitglieder:** Jedes Hartmannbund-Mitglied erhält die Stellenanzeige „Professional“ mit vergünstigten Konditionen. Die Stellenanzeige „Professional“ beinhaltet den Boost als Leistungsplus. Mit dem Boost erscheint das Stellenangebot innerhalb einer Woche erneut prominent platziert im StepStone Job Agenten. Hartmannbund-Mitglieder haben außerdem die Möglichkeit, kostenlos ein Unternehmensprofil, den so genannten Company Hub, in die Stellenanzeige einzubinden und Kandidaten so von der eigenen Arbeitgebermarke zu überzeugen.

### Das Angebot im Überblick:

Stellenanzeige „Professional“: 60-tägige Laufzeit; 3x Datumsaktualisierung; inkl. Company Hub; Preis 1.499 € zzgl. MwSt. (statt 1.790 €)

### Company Hub

Das multimediale Unternehmensprofil bietet Stellenanbietern die Möglichkeit, sich

als Arbeitgeber individuell zu präsentieren. Mit aussagekräftigen Bildern, Videos, Mitarbeiter-Zitaten und Bewertungen können Unternehmen Bewerber von sich überzeugen.

### Vernetzt mit 500 Kooperationspartnern

Durch das starke StepStone Netzwerk von bis zu 500 Partnerseiten und mehr als 50 Universitäten und Fachhochschulen erreichen Unternehmen die relevanten Berufsgruppen – dank einer automatischen Mehrfachveröffentlichung ohne zusätzliche Kosten, z. B. bei DocCheck oder Thieme.

### Weltweite Rekrutierung mit THE NETWORK

StepStone ist Gründungsmitglied von THE NETWORK, dem größten globalen Karriere-Netzwerk. Seit mehr als zehn Jahren unterstützt StepStone bei der internationalen Suche nach qualifiziertem Personal – in 140 Ländern weltweit. Die Zusammenarbeit er-

folgt dabei immer mit den marktführenden Jobportalen der jeweiligen Länder. Die Abwicklung erfolgt ganz unkompliziert über einen StepStone Ansprechpartner in Deutschland.

### Mit uns besetzen Sie jede Stelle

Die Auswertung unserer Nutzerstatistiken zeigt: Der Mix stimmt! Gerade Fach- und Führungskräfte aus besonders gefragten Berufsfeldern nutzen [stepstone.de](http://stepstone.de) für ihre Jobsuche – egal, ob „Young Professionals“ oder erfahrene Experten.

Durch unser Team aus Datenspezialisten profitieren unsere Kunden bei der Anzeigenschaltung ganz automatisch von der intelligenten Ausspielung im gesamten Internet. Gleichzeitig werden über Job-E-Mails und unsere mobile App täglich Millionen Kandidaten mit geeignetem Profil über passende Jobangebote benachrichtigt.

## BSW – mit unserem lohnenden Vorteilsprogramm seit knapp 60 Jahren sparen

Durch Ihren zeitintensiven Job haben Sie wenig Zeit, Preise zu vergleichen und nach attraktiven Angeboten Ausschau zu halten. Deswegen übernehmen wir, vom BSW, diese Aufgabe für Sie. Als Mitglied können Sie bei rund 800 Onlineshops und einem vielfältigen Angebot an Partnern vor Ort mit BSW-Vorteil einkaufen und sparen.

### Eine Auswahl Ihrer Vorteile im Überblick:

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

Fahrzeug mieten – kein Problem – auch hier hilft Ihnen BSW beim Sparen.

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

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

### Exklusiver vergünstigter Mitgliedsbeitrag für Sie

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



Hier geht's zum Angebot:  
[www.hartmannbund.de/bsw/](http://www.hartmannbund.de/bsw/)

# Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

## Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt  
Tel.: 030 206208-15

## Ärztliche Weiterbildung

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber  
Tel.: 030 206208-24

## Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

## Berufsbezogene Rechtsberatung

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

## Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs  
Tel.: 030 206208-53

## GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-31

## Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe  
Tel.: 030 206208-46

## Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Thelen  
Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

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

## Regionalreferat Nord

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

### 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)

### Corina Bolintineanu

Tel.: 030 206208-65

# Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

## GESUCHT/ABZUGEBEN

### Moderne Hausarztpraxis in Bonn abzugeben

Moderne Hausarztpraxis mit 2 KV-Sitzen in zentraler Bonner Lage in 2020 abzugeben. Bei Interesse bitte unter Chiffre: 051625

### Hautarztpraxis im nördlichem Mittelfranken abzugeben

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

### Biete Einzelpraxis in Freiburg Stadt

Hausärztlich-internistische Einzelpraxis in Freiburg-Stadt baldmöglichst abzugeben. Chiffre: 106668

### Arztpraxis für Allgemeinmedizin in Torgau/Elbe

Arztpraxis für Allgemeinmedizin in Torgau/Elbe aus gesundheitlichen Gründen sofort abzugeben. Kontaktaufnahme unter Chiffre: 552218

### Außergewöhnliche BAG für Allgemeinmedizin in Duisburg-Süd sucht 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

### Großzügige Praxisräume 155 m<sup>2</sup> ab sofort in Darmstadt-Dieburg /Rhein-Main-Gebiet zu vermieten

Großzügige Praxisräume (155 m<sup>2</sup>, hohe Räume, EG, Parkett) 3-4 BHZ, bisher als Zahnarztpraxis (Oralchirurgie) genutzt, ab sofort zu vermieten. Kontakt per E-Mail: [praxisoralch@gmx.de](mailto:praxisoralch@gmx.de)

### Nachfolger/-in für HNO Gemeinschaftspraxis im Rhein-Neckar-Dreieck gesucht (auch Anstellung denkbar)

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

### Facharzt für Augenheilkunde in Detmold gesucht

AUGEN AUF! Wir sind eine große Augenärztliche Gemeinschaftspraxis mit nichtoperativen Schwerpunkten, die ihren Erfolg gerne mit Ihnen, einem Facharzt für Augenheilkunde (m/w) bzw. Assistenzarzt in fortgeschrittener Ausbildung (m/w) zunächst im Angestelltenverhältnis, zukünftig mit allen gewünschten Optionen, teilen möchte. Beheimatet sind wir in der fürstlich-lippischen Residenzstadt Detmold, die nicht nur landschaftlich wunderschön gelegen ist, sondern auch ein großartiges kulturelles Angebot für Sie bereit hält. Eine Betriebswohnung, inklusive Raumpflege, steht schon für Sie bereit. Weitere Infos unter [www.augenaerzte-detmold.de](http://www.augenaerzte-detmold.de). Chiffre unter 004382

### Arbeiten wo andere Urlaub machen

#### Gesucht wird ein FA/FÄ für Allgemeinmedizin

Gesucht wird zum 01.04.2020 ein Nachfolger/Nachfolgerin für eine große Allgemeinarztpraxis (1500 Scheine/Quartal) an der Mecklenburger Seenplatte. (30 Min. zur Ostsee) Die Praxis befindet sich in einem Ärztehaus mit versch. Fachrichtungen. Die Praxisräume befinden sich in meinem Eigentum & sind somit unkündbar für den Nachfolger. Das Ärztehaus befindet sich am Rande einer Eigenheimsiedlung mit anspruchsvollem Klientel. Kontakt unter Chiffre: 079469

### Praxisnachfolger gesucht für Hausarztpraxis Südheissische Bergstraße (Lorsch)

Suche Praxisnachfolger zum 1.7.2020 für ertragreiche, ausbaufähige Praxis an der südheissischen Bergstraße (Lorsch). Sehr gute Verkehrslage zwischen Rhein-Main und Rhein-Neckar-Region, sehr hoher Freizeitwert. Praxisräume können übernommen werden. Sehr günstige Abgabekonditionen. Kontaktaufnahme bitte über E-Mail-Adresse [eisel.jaeger@t-online.de](mailto:eisel.jaeger@t-online.de) oder Telefon 06251/7056996.

### Fachärztin/-arzt für Neurochirurgie in Mönchengladbach gesucht

Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis in Mönchengladbach sucht FÄ/FA für Neurochirurgie zur Anstellung zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Wir sind auf konservative und operative Wirbelsäulentherapie spezialisiert. Eine spätere Kooperation ist möglich. Sie erwartet eine moderne, weitestgehend papierlose IT sowie ein professionelles und eingespieltes, freundliches Team. Kontakt unter E-Mail: [bewerbung@neurochirurgie-mg.de](mailto:bewerbung@neurochirurgie-mg.de) oder Tel.: 0151-51040600

### Suche TZ-Anstellung Allgemeinmedizin im Raum Erlangen

FÄ für Allgemeinmedizin sucht TZ-Anstellung im Raum Erlangen in Praxis, MVZ oder Funktionsabteilung mit patientenzentrierter Versorgung. Kontakt unter: [allgemeinmedizin.erlangen@gmx.de](mailto:allgemeinmedizin.erlangen@gmx.de)

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

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

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

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

**Verlag:**

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

**Anzeigenverwaltung:**

Petra Kaiser, Köllen Druck+Verlag GmbH

**Satz & Gestaltung:**

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

**Druck & Vertrieb:**

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

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

**Erscheinungsort:**

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

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

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

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

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

**Titelfoto:** © 123rf.de: tassel78 & Oliver Shirra

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



## Zu guter Letzt ...

möchten wir Sie auch an dieser Stelle gerne auf unser Portal „Ihr Netzwerk im Hartmannbund“ aufmerksam machen. Vielen ist „netzwerken“ ein geläufiger Begriff, der in der Theorie auf große Anerkennung stößt, aber in der Praxis meistens zu wenig gelebt wird – oft dem alltäglichen Zeitmangel geschuldet. Wir, Ihr Berufsverband, wollen dem Abhilfe schaffen und Ihnen für Ihre Anliegen und für Ihre Fragen einen idealen Ansprechpartner vermitteln. Welche Weiterbildung ist für mich die richtige? Soll ich mich niederlassen oder nicht? Was ist bei der Praxisabgabe zu beachten? Wie komme ich als junge Ärztin in die Ärztekammer? Wie finde ich Kollegen für die Erstellung einer HB-Liste? Wer kann mir Tipps als praktizierender Betriebsarzt geben? Ich möchte gerne als Landarzt arbeiten, wer kann mir in meiner Region weiterhelfen? Wer hat Famulatur-Erfahrungen in der Südsee? Welchen Umgang pflege ich als Univertreter mit meiner Fachschaft, die überwiegend anderen Berufsverbänden angehört?

Die richtigen Kontakte, das sprichwörtliche Vitamin B – all das kann Türen öffnen, die sonst verschlossen bleiben. Deshalb bieten wir Ihnen hier im Hartmannbund ein breites Spektrum an Ansprechpartnern – ob weiblich oder männlich, ob Medizinstudent, Arzt in der Weiterbildung, in der Niederlassung oder angestellt.

Profitieren Sie davon, indem Sie sich regelmäßig austauschen! Schreiben Sie uns über das Kontaktformular Ihr Anliegen und/oder Fragen und wir vermitteln Ihnen ein starkes HB-Netzwerk! (<https://www.hartmannbund.de/netzwerke/das-portal-ihr-netzwerk-im-hartmannbund/>)



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



### GEMEINSAM im Hartmannbund AKTIV Veränderungen gestalten.

Der Hartmannbund Westfalen-Lippe tritt mutig dafür ein, die Interessen aller Ärzte zu vertreten. Damit innovative und durchdachte Lösungen in der Politik und Öffentlichkeit wahrgenommen und diskutiert werden. **Damit Arzt sein wieder Freude macht.**

- UNSERE THEMEN + Digitalisierung als Chance + Freiberuflichkeit + Aus- und Weiterbildung gestalten + Integration ausländischer Ärzte + Generationenwechsel gestalten**
- + Perspektiven für Ärztinnen verbessern**



**Hartmannbund**  
Arzt sein verbindet!

v. i. S. d. Dr. Klaus Reinhardt – Strategie & Kreat



[www.kammerwahl2019.de](http://www.kammerwahl2019.de)

[Kammerwahl.Hartmannbund](https://www.facebook.com/Kammerwahl.Hartmannbund)



Joe Bausch  
Schauspieler,  
Autor, Arzt und  
apoBank-Mitglied

# Nix für Tiefstapler.

Hoch hinaus geht es mit unserer strategischen Vermögensplanung. Für Ihre Ziele heute und für einen komfortablen Ruhestand morgen:  
[apobank.de/vermoegensturm](https://apobank.de/vermoegensturm)

 **apoPrivat**  
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte