

03/2015



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Ausländische Ärzte in Deutschland

Längst nicht mehr nur „Lückenfüller“

An **alle** Mitglieder des Hartmannbundes

Einladung zur HAUPTVERSAMMLUNG 2015

Alle Mitglieder des Hartmannbundes sind zu der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes am 6. und 7. November 2015 in das Seminaris CampusHotel Berlin-Dahlem, Takustraße 39, eingeladen.

Auszug aus der Tagesordnung:

Freitag, 6. November

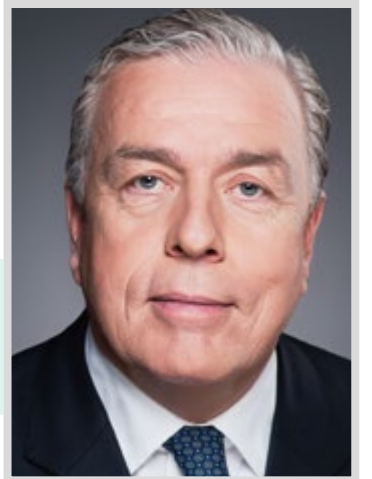
- | | |
|-----------|---|
| 09.30 Uhr | Eröffnung und Begrüßung |
| 10.00 Uhr | Podiumsdiskussion
„25 Jahre gesamtdeutsches Gesundheitssystem –
Rückblick und Perspektiven“ |
| 12.00 Uhr | Bericht des Vorsitzenden, Dr. Klaus Reinhardt |
| 13.00 Uhr | Mittagspause |
| 14.00 Uhr | Diskussion zum Bericht des Vorsitzenden und
zum Thema der Hauptversammlung |
| 16.00 Uhr | Verleihung des „Film- und Fernsehpreises“ |

Sonnabend, 7. November

- | | |
|-----------|--|
| 09.00 Uhr | Ehrungen |
| 09.30 Uhr | Haushalt/Finanzen (nur für Mitglieder) |
| 13.30 Uhr | Resolutionen & Diskussion |

Die detaillierte Tagesordnung können Sie in Kürze unter www.hartmannbund.de einsehen oder anfordern bei: [Christiane Lietz](mailto:christiane.lietz@hartmannbund.de), Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, christiane.lietz@hartmannbund.de.

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

es war ein beliebter Running Gag des letzten FDP-Gesundheitsministers, Daniel Bahr, seine Gesprächspartner zu fragen, wer denn nun eigentlich für die versammelte deutsche Vertragsärzteschaft spreche?! Ganz besonders gern zog Bahr diese Karte, wenn es darum ging, ihn von der Notwendigkeit bestimmten politischen Handelns zu überzeugen. Inzwischen sind wir einen Schritt weiter. Klingt gut, ist es aber nicht. Denn Hermann Gröhe macht sich gar nicht mehr die Mühe, diese rhetorische Frage überhaupt zu stellen. Die Antwort liegt bedauerlicher Weise für jeden ersichtlich klar auf der Hand: Momentan niemand. Denn ausgerechnet in Zeiten, in denen die Große Koalition weiterhin den Staatsdiktatorismus ausbaut und unsere Freiberuflichkeit immer weiter einschränkt, ausgerechnet in diesen Zeiten, in denen sie gefordert ist wie selten zuvor, präsentiert sich die deutsche Vertragsärzteschaft paralysiert und hat ihre Stimme verloren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, ja das gesamte System der Kassenärztlichen Vereinigungen beschäftigt sich überwiegend mit sich selbst, von Woche zu Woche werden interne Querelen von unterschiedlichsten Seiten der interessierten Öffentlichkeit zugespitzt. Momentan scheint es niemanden in der Selbstverwaltung zu geben, der in der Lage ist, die KV-internen Auseinandersetzungen zu überwinden und das KV-System wieder in geordnete Bahnen zu lenken.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, bei allem Respekt vor der Notwendigkeit, Vorgänge im Bereich der KBV aufzuklären, hat diese Auseinandersetzung Formen angenommen, die das System nicht nur massiv schwächen, sondern die seine Daseinsberechtigung als Ansprechpartner der Politik ernsthaft in Zweifel ziehen wird. Schon jetzt stellt sich die Frage, ob diese Folgen maximaler Undiszipliniertheit und in Teilen bewusst herbeigeführter Eskalation überhaupt wieder gut zu machen sind angesichts des bereits eingetretenen Schadens für das politische Renommee der Selbstverwaltung (s. auch Pro und Contra zu „Ist das KV-System am Ende?“ auf den Seiten 14/15).

Für die ärztlichen Verbände bedeutet diese Situation eine besondere Herausforderung. Sie sind vor diesem Hintergrund mehr in der Verantwortung denn je. Denn es ist nun an uns, der Politik deutlich zu machen, dass die Ärzteschaft noch immer politisch sprach- und handlungsfähig ist. Die gute Zusammenarbeit in der Allianz Deutscher Ärzteverbände macht an dieser Stelle besonderen Mut. Und es ist auch an den Verbänden, ihren maßgebenden Einfluss auf die handelnden Akteure der Auseinandersetzungen auszuüben, statt möglicherweise zusätzlich Öl ins Feuer zu gießen.

Klaus Reinhardt

IHRE VORTEILE ALS HARTMANNBUND MITGLIED



*Der persönliche Kontakt zählt:
Der Hartmannbund bietet seinen
Mitgliedern zu allen rechtlichen
Fragestellungen eine individuelle und
kostenlose Beratung. Dieses Mal stellen
wir die Beratungsangebote für alle
in Kliniken tätigen Ärzte vor.*

Rechtsberatung Klinik

Arbeits- und Tarifrecht

Arbeitszeit
Befristung
Teilzeit
Opt-Out
Bereitschaftsdienst
Fortbildung
Weisungsrecht
Kirchliches Arbeitsrecht
Mutterschutz/Elternzeit
Urlaub
Betriebsübergang
Kündigung
Aufhebungsvertrag
Zeugnisprüfung
(Arbeitszeugnis)
Haftung

Prüfung von Arbeitsverträgen

Ärzte in Weiterbildung
Oberärzte
Chefärzte

Ärztliche Weiterbildung

Berufsrecht

Weiterbildungsordnung und
Richtlinien
Organisation und Durch-
führung der Weiterbildung
Nachweis der Weiterbildung
(Dokumentation/Logbücher)
Anerkennung von
Weiterbildungszeiten/-
inhalten (auch Ausland)
Zeugnisprüfung
(Weiterbildungszeugnis)
Kammerwechsel
Befugnisse

Förderprogramme

Förderung der Weiterbildung
in der Allgemeinmedizin
(Förderbedingungen, Antrag-
stellung, Dokumentation etc.)

Evaluation der Weiterbildung

Betriebswirtschaftliche Beratung

Existenzgründung

Möglichkeiten des
Vertragsarztrechtes
Praxiswert
Finanzierungsaspekte und
Fördermöglichkeiten

Steuern und Abgaben

Lohnsteuer
Sozialversicherung
Werbungskosten
Steuererklärung

Versicherungen

Berufshaftpflicht
Berufsunfähigkeit
Rechtsschutz etc.

Vorsorge

Weitere Beratungsangebote

Rechtsberatung Niederlassung

Medizinstudium

Auslandstätigkeit

Internationale Angelegenheiten

Kontakt zu den Beratern:

030 206 208-0
info@hartmannbund.de
www.hartmannbund.de



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Inhalt

14

Pro & Contra „Ist das KV-System am Ende?“

Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Hilde Mattheis ist der Meinung, dass über andere Vertretungsformen nachgedacht werden sollte. Dazu KBV-Chef Andreas Gassen: „Die Politik degradiert uns zum Handlanger.“

6

Titel

Versorgung in Deutschland:
Nicht ohne ausländische Ärzte

10 Das Interview

Mit dem BÄK-Präsidenten
Frank-Ulrich Montgomery



20

Novellierung EU-Arbeitszeitrichtlinie

Bereitschaftsdienst muss
Arbeitszeit bleiben

Medizinstudierende 22

Vorsitzender des Ausschusses,
Theodor Uden, im Interview

24

HB-Intern

Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ feiert
60-jähriges Jubiläum

HB-Intern 27

HB-Landesvorsitzende im Interview

28

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 32

Impressum 34



12 Politik

Regierungshalbzzeit 2015:
Rück- und Ausblick

16

Recht aktuell

Keine GEMA-Pflicht für
Radiomusik in Praxen

18 Niedergelassene

Versorgungsstärkungsgesetz

Foto: © fotogestoeber - fotolia.com

Ärztliche Versorgung in Deutschland

Schon längst eine internationale Angelegenheit

Etwas mehr und doch zu wenig, fasste der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank-Ulrich Montgomery, die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2014 zusammen. Diese sagte unter anderem aus, dass sich die Zahl der ärztlich tätigen Mediziner im Vergleich zu 2013 um 2,2 Prozent auf 365.247 erhöht hatte. Dieses leichte Plus, so Montgomery, reiche trotzdem nicht aus, um die Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen. Für etwas Entlastung sorgt die Zuwanderung ausländischer Ärzte. In vielen Kliniken im ländlichen Raum käme es ohne sie bereits jetzt zu erheblichen personellen Engpässen.

Das MediClin Krankenhaus in Plau am See in Mecklenburg-Vorpommern zum Beispiel gehört zu den Kliniken in Deutschland, die ohne ausländische Ärzte die Versorgung nicht mehr aufrecht erhalten könnten. Von dort aktuell 94 beschäftigten Ärzten kommen mehr als die Hälfte aus dem Ausland – unter anderem aus Brasilien, Kolumbien, Rumänien, Ungarn, Moldawien, Russland und dem Jemen. „Diese Situation ist aus der Not heraus entstanden, weil uns deutsche Ärzte fehlen“, so der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Erich Donauer, „es gibt für uns keine Alternative, wollen wir unsere Bevölkerung weiterhin auf einem hohen Niveau versorgen.“

Die Klinik, inmitten einer der schönsten Landschaften Deutschlands, der Mecklenburgischen Seenplatte, gelegen, bildet seit vielen Jahren Assistenzärzte aus dem Ausland aus, seit mehr als zehn Jahren gibt es sogar Kooperationen mit Universitäten in Moldawien und Brasilien. Die Universität in Brasilien befindet sich im Bundesstaat Santa Catarina, wo viele deutschstämmige Brasilianer leben, deren Vorfahren im 19. Jahrhundert eingewandert waren. „Die Absolventen sprechen teilweise bereits gut deutsch, wenn sie zu uns kommen“, liegt für Donauer der Vorteil auf der Hand, denn ohne ausreichende Sprachkenntnisse klappt es nicht mit dem Arztsein in Deutschland. Andere Bewerber hätten größere sprachliche Defizite, die sie innerhalb eines Jahres ablegen müssen. Ziel für die Bewerber ist die Erlangung der ärztlichen Fachsprache.

Die ärztliche Ausbildung sei dagegen weniger ein Problem. „Unsere Bewerber sind in der Regel exzellent ausgebildete Mediziner, die in ihrer Heimat keinen Platz für eine Facharzt Ausbildung erhalten haben.“ So gebe es zum Beispiel in Brasilien mehr Absolventen

als Plätze für die Facharztweiterbildung. „Ein Glück für uns“, so Donauer, der mehrheitlich ausländische Assistenzärzte und selten ausländische Fachärzte einstellt. „Von fünf Bewerbern sind ein bis zwei sehr gute Ärzte dabei, was sich mitunter auch an anderen Kliniken herumspricht.“ Dann könne es schon mal passieren, dass einige der ausländischen Ärzte in strukturstärkere Regionen wechseln oder gleich von einer anderen Klinik abgeworben werden.

Es ist schwierig, gute ausländische Ärzte zu halten

Davon kann auch der Personalleiter der Katholischen Hospitalvereinigung Weser-Egge, Ralf Schaum, ein Lied singen. Dem Klinikum Weser-Egge mit 900 Betten, 19 Fachkliniken und mehr als 2.000 Mitarbeitern an vier Standorten im Weserbergland gehen immer mal wieder ausländische Ärzte verloren, die für viel Geld an der Klinik ausgebildet wurden. Die Nutznießer sind Krankenhäuser in strukturstärkeren Regionen Deutschlands. Ursprünglich hatte die Redaktion des Hartmannbund-Magazins geplant, einen griechischen Arzt des Klinikums Weser-Egge zu interviewen, der vor zwei Jahren im Deutschen Ärzteblatt vorgestellt wurde. Wir wollten in Erfahrung bringen, wie es dem Gefäßchirurgen in den vergangenen Jahren ergangen war und ob er die geplante Rolle beim Aufbau einer neuen gefäßchirurgischen Abteilung im Klinikum Weser-Egge gut ausfüllen konnte. Die Antwort war dann alles andere als erwartet: Der griechische Arzt arbeitet dort nicht mehr, sondern hat eine Oberarztstelle in Bayern angetreten.

„Das war sehr schade, weil wir uns von diesem Arzt viel versprochen haben“, erinnert sich Schaum, aber das Klinikum

konnte den Facharzt nicht halten – und er war nicht der einzige. Es komme immer wieder vor, dass von den neu eingestellten Mediziner aus dem Ausland – hier vor allem die Assistenzärzte, die am Klinikum Weser-Egge in einem achtmonatigen Kurs auf die Tätigkeit als Arzt in Deutschland vorbereitet werden – der eine oder andere nach Erhalt seiner Approbation die Anstellung kündigt.

Seit drei Jahren bildet die Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge Nachwuchsmediziner aus dem Ausland aus – 20 Bewerber pro Jahr, auch für benachbarte Krankenhäuser. In der Regel frisch von der Universität und mit ersten Erfahrungen im Heimatland, kommen die Absolventen aktuell unter anderem aus Griechenland, Syrien, Ägypten, Rumänien, dem Baltikum und selbst Indien. Aus den zahlreichen Bewerbungen (etwa 20 die Woche) werden die Besten ausgewählt und zu einem mehrtägigen Probetraining oder zu einer Skype-Konferenz mit einem der Chefärzte eingeladen. Hier wird das medizinische Grundlagenwissen abgefragt und werden die Softskills und Sprachkenntnisse überprüft sowie das Auftreten und die Reaktion auf die Fragen beobachtet. Im nächsten Schritt werden die Bewerber eingeladen, als „Sprachschüler“ am Klinikum einen achtmonatigen Kurs zu absolvieren – mit der Aussicht, danach dort als Arzt arbeiten zu können. Die Erfolgsquote, so Schaum, ist gut: Aktuell sind von 180 Ärzten am Klinikum Weser-Egge mehr als 60 Ärzte aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund beschäftigt.

Die Sprache ist für die Integration entscheidend

Wenn alles nach Plan verläuft, ist Ende dieses Jahres auch Ravendra Pratik Teggi als Assistenzarzt im Weserbergland tätig. Der 25-jährige Inder durchläuft seit März das Traineeprogramm des Klinikums Weser-Egge – drei Monate Theorie (Integrationskurs, Sprachausbildung inklusive medizinische Fachsprache) und vier Monate Praxis – hauptsächlich in der Anästhesie, in dem Fachgebiet, in dem Teggi seine Weiterbildung absolvieren möchte. Am Ende schließt das Programm mit einer einmonatigen Vorbereitung auf die Approbation. Für den jungen Inder würde damit ein Traum in Erfüllung gehen. „Ich wollte schon immer Arzt werden wie mein Großvater und der Bevölkerung helfen.“ Gleich nach dem Abitur begann er als 17-Jähriger mit dem Medizinstudium. Zum Ende war Teggi klar, in Indien werde er so schnell keinen Weiterbildungsplatz finden. „Wir haben in Indien derzeit keinen Ärztemangel wie in Deutschland. Auf etwa 60.000 Weiterbildungsplätze kommen bei uns 150.000 Ärzte“, deshalb entschloss er sich, sein Glück im Ausland zu suchen. Seine erste Wahl: die USA – hier wurden aber

keine Ärzte gesucht. Dann habe er im Internet von der hiesigen Versorgungssituation gelesen und sich für Deutschland entschieden. Innerhalb der folgenden zehn Monate bereitete sich Teggi daheim intensiv vor und lernte Deutsch. Zum Zeitpunkt seiner Bewerbung beim Klinikum Weser-Egge konnte er bereits das Sprachniveau B2 vorweisen. „Die Sprache ist entscheidend bei der Integration, ein gutes Deutsch war mir besonders wichtig. Zusammen mit meiner guten ärztlichen Ausbildung glaube ich, dass es ich es schaffen kann, in Deutschland Arzt zu werden.“

Die Rumänin Emöke Bernad hat es bereits geschafft, allerdings erst im zweiten Anlauf. Ihre erste Assistenzarztstelle in Deutschland erhielt sie vor sechs Jahren – ein Jahr nach Abschluss ihres Medizinstudiums Ende 2008 in Rumänien. „Ich bin gleich nach meinem Studium nach Deutschland gegangen. In Rumänien gibt es nicht so viele Weiterbildungsstellen und die Behandlungsmöglichkeiten und auch der Verdienst sind nicht gut“, nennt die 31-Jährige Gründe, warum sie ihrer Heimat verlassen hat. Auch wollte sie nicht so frustriert und überlastet arbeiten wie die rumänischen Ärzte.

In Deutschland angekommen, versuchte die junge Rumänin umgehend, die Voraussetzungen zu erlangen, um als Ärztin arbeiten zu können. Sie belegte Deutschkurse und konnte nach einem Jahr das in Bayern – dort wollte sie arbeiten – erforderliche B2-Niveau erreichen. Bernard wurde von der zuständigen Behörde bescheinigt, dass ihr Deutsch für eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland ausreichend sei. Auch ihr rumänisches Diplom wurde anerkannt, und sie erhielt die Approbation. „Nach einem Jahr durfte ich eine unbefristete Assistenzarztstelle in einer neurologischen Rehabilitationsklinik in Bayern antreten.“ Und damit begannen ihre Probleme. „Die Kommunikation war kompliziert, vor allem die ärztliche Fachsprache. Auch die Verständigung mit den deutschen Patienten war sehr schwierig. Ich musste sehr schnell das Gesundheitssystem kennenlernen, dass anders ist als in Rumänien, und lernen, wie Assistenzärzte hier arbeiten.“ Am Ende waren es zu viele und zu hohe Anforderungen. „Ich war entsetzt, wie schwer mir alles fiel. Ich dachte, ich hätte den falschen Beruf gewählt und könnte niemals als Arzt arbeiten“, denkt sie nur ungern zurück. Damals harderte sie mit sich, wollte zurück nach Rumänien.

Durch Zufall hörte sie vom VIA-Institut in Nürnberg, wo ausländische Ärzte auf eine Tätigkeit in Deutschland vorbereitet werden. „Eigentlich hätte ich dort keinen Lehrgang besuchen dürfen, weil



Information

Laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) waren in Deutschland im Jahr 2014 knapp 40.000 ausländische Ärzte tätig – das ist ein Plus von 10,5 Prozent (knapp 3.800 Ärzte) gegenüber dem Vorjahr. Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit rund 2.400 die Ärzte aus den europäischen Staaten – insbesondere aus der Europäischen Union. Insgesamt kamen 2014 rund 72 Prozent aller ausländischen Ärzte aus Europa, ca. 19 Prozent aus Asien, ca. 6 Prozent aus Afrika und 3 Prozent aus Amerika. Die größten Gruppen der ausländischen Ärzte bilden die Rumänen,

Griechen und Österreicher, gefolgt von den Polen. Viele der ausländischen Ärzte sind laut Aussage der BÄK in den ländlichen Regionen im Einsatz.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen laut Bundesarztregister mit Stand 31.12.2014 insgesamt 3.294 Ärzte mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit teil. Diese teilen sich auf in 2.028 niedergelassene Ärzte, 1.042 angestellte Mediziner in Praxen oder Einrichtungen wie Medizinischen Versorgungszentren und 211 ermächtigte Ärzte.



Ragavendra Pratik Teggi (l. im Bild) möchte Anästhesist werden. Er kam nach Deutschland, um hier unter anderem die fortgeschrittene Medizin kennenzulernen. Im November prüft die Landesärztekammer Westfalen-Lippe seine Ausbildungsunterlagen und Sprachkenntnisse. Wenn alles klappt, erhält der 25-Jährige im November seine Berufserlaubnis und darf als Arzt arbeiten.

ich bereits meine Approbation hatte, aber durch die finanzielle Unterstützung der Stiftung Ärzte helfen Ärzten konnte ich einen Intensiv-Sprachkurs belegen.“ Genau das habe sie gebraucht, bereut Bernard diesen „Rückschritt“ nicht. Zweiter Glücksgriff: Über das VIA-Institut fand sie ihre zweite Assistenzarztstelle – in einer internistischen Klinik in Bayern. Heute arbeitet sie in der Arbeitsmedizin und ist noch ein Jahr vom Facharzt entfernt. „Bis hierhin war es eine harte Zeit. Ich kann nur jedem, der in Deutschland Arzt werden möchte, raten: Unbedingt Deutsch lernen und sich niemals aufgeben, weil es nicht einfach werden wird.“

Ärztliche Fachsprache muss Voraussetzung sein

„Der ausländische Arzt sollte gut vorbereitet sein, bevor er eine Stelle in Deutschland antritt“, fordert Dr. Matthias Klug, der Leiter des VIA-Instituts seit Jahren. Seit 1995 gibt es das Ärzte-Integrationszentrum in Nürnberg, das mit der Agentur für Arbeit, aber auch mit Institutionen wie der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ zusammenarbeitet. Damals gründete sich das Institut, um Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion den Einstieg in die ärztliche Tätigkeit zu erleichtern. „1995 hatten wir in Deutschland eine Ärzteschwemme und gab es eine große Ablehnung ge-

genüber ausländischen Ärzten. Heute brauchen wir sie.“ Trotzdem, so Klug, müsse genau hingeschaut werden. Ein ausländischer Arzt sollte nicht nur die ärztliche Fachsprache beherrschen, sondern auch aus praktischer Erfahrung – zum Beispiel durch Praktika – wissen, welche Herausforderungen auf ihn zukommen. „Ein Chefarzt weiß nach einem Blick auf das Diplom noch lange nicht, wie dieser Arzt arbeitet, deshalb bieten wir in unseren Integrationskursen einen theoretischen und einen praktischen Teil an.“

Zwei Mal im Jahr startet am VIA-Institut ein Kurs – bestehend aus einem zweimonatigen Intensivkurs (Deutsch und Medizin), einem dreimonatigen Kolleg „Humanmedizin“ und einem drei bis fünf Monate dauernden klinischem Praktikum. Der „Härtetest“ ist die Fachsprachenprüfung, die von Ärzten und Deutschlehrern durchgeführt wird. Der Erfolg gibt Klug Recht. 60 Absolventen pro Jahr (15 Prozent aus der EU, 85 Prozent aus aller Welt) verlassen mit einem Abschluss sein Institut und erhalten eine Stelle als Arzt in Deutschland. Was an seinem Institut klappt, wünscht sich der VIA-Chef auch bundesweit. Doch davon sei Deutschland noch immer weit entfernt. „Ohne die ärztliche Fachsprache keine Anamnese, Patientengespräche, Arztbriefe etc. Dafür ist das in vielen Bundesländern erforderliche B2-Niveau nicht ausreichend“, so Klug, der seit langem eine einheitliche Fachsprachenprüfung fordert – abgenommen von zertifizierten Prüfern (Ärzte und Deutschlehrer).

Ohne ausländische Ärzte keine Versorgung auf dem Land

Noch einmal zurück nach Mecklenburg-Vorpommern: Im Norden hat man erkannt, dass viele der ausländischen Ärzte keine ausreichenden Sprachkenntnisse vorweisen können. „Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient beruht auf Austausch. Wer hier praktiziert, muss verstehen und sich verständigen können“, sagt dazu Sozialministerin Birgit Hesse – auch zuständig für die Gesundheit. Um die mangelnden Sprachkenntnisse zu verbessern, ist seit 2015 die Landesärztekammer für die Fachsprachenprüfung zuständig und bietet Qualifizierungsmöglichkeiten zur Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung an. Laut Hesse sei die Zahl der aus dem Ausland kommenden Ärzte noch gering, aber mit steigender Tendenz. „Ich sehe noch Luft nach oben, denn die zunehmende Zuwanderung ist eine echte Chance für Mecklenburg-Vorpommern.“

Doch eine schöne Landschaft, ein gutes Arbeitsklima oder verlässliche Arbeitszeiten allein können auch ausländische Ärzte nicht auf Dauer halten, weiß Prof. Dr. Donauer, der Ärztliche Direktor des MediClin Krankenhauses in Plau am See, um die grundlegenden Probleme seines Landes: „Deshalb kommunizieren wir die strukturellen Defizite bereits im Vorfeld offen und hoffen, dass die ausländischen Ärzte auch nach ihrer Ausbildung bei uns bleiben.“ (DA)



Prof. Dr. Erich Donauer,
Ärztlicher Direktor des MediClin
Krankenhauses in Plau am See



Dr. Matthias Klug,
Leiter des VIA-Instituts für Bildung und
Beruf in Nürnberg



Birgit Hesse,
Ministerin für Arbeit, Gleichstellung,
Soziales Mecklenburg-Vorpommern



Ralf Schaum,
Personalleiter der Katholischen
Hospitalvereinigung Weser-Egge



Gleichwertigkeitsprüfung und einheitliche Fachsprache

Seit April 2012 ist die Berufsanerkennung für Ärzte in Deutschland vereinfacht worden. Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen ermöglicht es allen ausländischen Ärzten, die deutsche Approbation zu beantragen. Mediziner aus der EU, dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und der Schweiz können in der Regel mit einer automatischen Anerkennung rechnen, müssen aber bei der zuständigen Länderbehörde ihre Approbation beantragen und ihre Facharztqualifikationen anerkennen lassen. Die Abschlüsse von Ärzten aus Drittländern müssen auf Gleichwertigkeit zum deutschen Abschluss überprüft werden. In dem Bundesland, in dem der Arzt eine Tätigkeit aufnehmen möchte, überprüft die für die Approbation zuständige Länderbehörde im Rahmen einer Kenntnisprüfung jeden Einzelfall. Von Seiten der Gesundheitsministerkonferenz gibt es hier die Empfehlung, eine zentrale Stelle zur Prüfung ausländischer Arzt diplome aus Drittstaaten einzuführen.

Mit dem Ziel, eine Vereinheitlichung der sprachlichen Anforderungen herzustellen, hat sich die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2014 auch auf Eckpunkte für die erforderlichen Deutschkenntnisse verständigt. So sollen die ausländischen Ärzte mindestens über das allgemeine sprachliche Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen verfügen und außerdem Kenntnisse in der medizinischen Fachsprache vorweisen. Diese Kenntnisse sollen in einer einheitlichen Fachsprachenprüfung (inkl. Arzt-Patienten-Gespräch, Dokumentation, Arztbrief etc.) überprüft werden. Hintergrund dieser Empfehlung ist die immer wieder laut werdende Kritik, dass die Deutschkenntnisse vieler ausländischer Ärzte nicht ausreichen, sowie die bisher unterschiedliche Handhabung der Bundesländer. In einigen Ländern genügen B2-Kenntnisse (z.B. Bayern, Sachsen), während in anderen Ländern (z.B. Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen) längst die ärztliche Fachsprache gefordert ist.

Um eine problemlose Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten einerseits sowie zwischen den Angehörigen der verschiedenen Heilberufe andererseits zu gewährleisten, fordert auch der Hartmannbund seit langem einheitliche Sprachtests. Der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf im Jahr 2014 forderte zudem, die Fachsprachenprüfungen bei den Landesärztekammern anzusiedeln. Dies ist laut aktueller Aussage der Bundesärztekammer mittlerweile bei mehr als der Hälfte der insgesamt 17 Kammern der Fall.



www.medica.de

16–19 NOVEMBER 2015
DÜSSELDORF GERMANY



WORLD FORUM FOR MEDICINE

BE PART OF IT!



Basis for
Business





Foto: Hellwood media & education

Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

Ausländische Ärzte leisten vor allem in ländlichen Regionen einen wichtigen Beitrag

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Montgomery, „Etwas mehr und doch zu wenig“ haben Sie die Ärztestatistik 2014 mit Blick auf die 365.247 in Deutschland ärztlich tätigen Mediziner kommentiert. Das leichte Plus gegenüber 2013 von 2,2 Prozent, gaben sie zu bedenken, reiche nicht aus, um die Versorgungslücken zu schließen. Können die aktuell ca. 40.000 in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte diese Lücke schließen, die bis zum Jahr 2030 auf 111.000 fehlende Ärzte in den Kliniken anwachsen soll?

Gerade in ländlichen Regionen leisten die Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung. In vielen Kliniken käme es ohne sie zu erheblichen personellen Engpässen. Doch auch der leicht positive Migrationssaldo reicht nicht aus, um die personellen Lücken zu schließen. Auf Dauer können die ausländischen Ärzte das Problem Ärztemangel in Deutschland nicht lösen.

Seit April 2012 ist die Berufsanerkennung für Ärzte in Deutschland vereinfacht worden.

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen ermöglicht es allen Ärzten, die deutsche Approbation zu beantragen. Mediziner aus der EU, dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und der Schweiz können in der Regel mit einer automatischen Anerkennung rechnen. Ist „automatisch“ aus Ihrer Sicht nicht zu schnell? Wir müssen an dieser Stelle zwei Personengruppen unterscheiden. Zum einen die Ärztinnen und Ärzte aus den sogenannten Drittstaaten, für die das Gesetz aus 2012 den Weg zur Approbation erleichtert. Ärztinnen und Ärzte aus den EU-Staaten aber hatten bereits vor 2012 die Möglichkeit, mit einer Approbation in Deutschland ärztlich tätig zu sein. Die sogenannte Berufsanerkennungsrichtlinie ermöglicht die automatische berufliche Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten. Automatisch heißt aber in diesem Zusammenhang nicht, dass automatisch eine Approbation erteilt wird oder Facharztbezeichnungen automatisch anerkannt werden. Im Fall einer gleichwertigen Aus- oder Weiterbildung muss für die

Erteilung einer Approbation bzw. Anerkennung der Facharztqualifikation zwar keine Prüfung abgelegt werden, aber auch Mediziner aus der EU und den EWR-Staaten müssen die Approbation und ggf. auch die Anerkennung einer Facharztqualifikation beantragen. Die zuständigen Behörden (Länderbehörden für die Approbation, Ärztekammern für die Anerkennung von Facharztqualifikationen) unterziehen den Antrag einer gewissenhaften Prüfung, etwa ob die einzureichenden Unterlagen und Zeugnisse vollständig sind. Zudem können die Behörden bei berechtigten Zweifeln etwa an den vorgelegten Zeugnissen auch Nachfragen im Herkunftsland stellen. Das Binnenmarktinformationssystem IMI hat sich zu diesem Zweck etabliert und erlaubt gezielte Nachfragen bei den zuständigen Behörden in Europa.

Mediziner aus den sogenannten Drittstaaten müssen, bevor sie in Deutschland ärztlich tätig sein wollen, eine Gleichwertigkeitsprüfung ihrer Qualifikation absolvieren. Bei diesen Prüfungen, die wie die

Sprachprüfungen Ländersache sind, gibt es Kritik an der unterschiedlichen Umsetzung. Ist es nicht an der Zeit, bundesweit einheitlich vorzugehen?

Es wurden durchaus Anstrengungen unternommen, die Prüfungen bundesweit zu vereinheitlichen. Allerdings wird eine mündlich-praktische Kenntnisprüfung immer eine individuelle Komponente enthalten. Es fehlt also nicht an der bundesweiten Einheitlichkeit der Prüfungen, sondern eher an konkreten Vorgaben, wie die Prüfungen in der Praxis zu erfolgen haben.

Mit dem Ziel, die sprachlichen Anforderungen zu vereinheitlichen, hat sich die Gesundheitsministerkonferenz 2014 darauf verständigt, dass ausländische Ärzte mindestens das allgemeinsprachliche Niveau B2 sowie Kenntnisse in der medizinischen Fachsprache vorweisen sollen. Soweit die Theorie. In der Praxis klappt die Kommunikation zwischen Patienten und ausländischen Ärzten, aber auch zwischen den Ärzten oft noch immer nicht wie sie soll. Sind die ausländischen Ärzte wirklich gut genug auf ihre Tätigkeit vorbereitet?

Sprachkenntnisse sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in der ärztlichen Tätigkeit und dienen in erheblichem Maße der Patientensicherheit. Die Erfahrungen zeigen aber, dass die bislang geforderten Sprachkenntnisse nicht immer gewährleisten, dass die Antragsteller auch tatsächlich über die für die Ausübung des Berufes erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Es ist deshalb ein dringliches Anliegen der Bundesärztekammer, dass Kriterien für die erforderlichen allgemeinen Sprachkenntnisse sowie darüber hinaus die Fachsprachkenntnisse und deren Nachweis bundeseinheitlich festgelegt werden. Ein Schritt in die richtige Richtung sind die auf der Grundlage des GMK-Beschlusses vom Juni 2014 eingeführten Fachsprachprüfungen. Die Umsetzung der Eckpunkte ist in den Ländern allerdings noch nicht abgeschlossen. Einen vielversprechenden Weg bestreiten Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, wo die Prüfung von Fachsprachkennt-

nissen an die Landesärztekammern übertragen wurde. Aufgrund der medizinischen Expertise der Ärztekammern gewährleistet die Fachsprachprüfung, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte in der Lage sind, sich mit Patienten und Kollegen auch über medizinische Belange auszutauschen. Die Ärztekammern anderer Bundesländer begrüßen die Übernahme dieser Praxis mehrheitlich. Dementsprechend ist es wünschenswert, dass die Bundesländer die Durchführung der Fachsprachprüfung gemäß den Eckpunkten der GMK/AOLG den Landesärztekammern übertragen.

Gerade in ländlichen Gebieten spielen ausländische Ärzte eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung einer hochwertigen Versorgung – vor allem dort, wo deutsche Ärzte nicht mehr arbeiten wollen. Die Bundesärztekammer argumentiert an dieser Stelle gerne damit, dass Deutschland mehr Medizinstudienplätze benötigt...

Der Ärztemangel lässt sich abwehren, wenn es gelingt, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Die Bundesärztekammer unterstützt deshalb den von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag vereinbarten „Masterplan Medizinstudium 2020“. Wir brauchen mehr Studienplätze, um wieder ausreichend Ärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung zu haben. Notwendig sind gleichzeitig auch angemessenere Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe, die dafür sorgen, dass diejenigen ausgewählt werden, die hinterher auch in der Versorgung der Bevölkerung arbeiten wollen. Das Auswahlverfahren sollte deshalb auch Kriterien mit einbeziehen, die auf eine spätere Berufszufriedenheit hindeuten: das Persönlichkeitsprofil und die psychosoziale Kompetenz des Bewerbers, ein soziales Engagement und einschlägige Berufserfahrungen. Um den Ärztemangel insbesondere im hausärztlichen Bereich zu mildern, ist es wichtig, Studierende gleich zu Beginn des Studiums an das Gebiet der Allgemeinmedizin heranzuführen. Dafür müssen bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden.

Während Mediziner aus Osteuropa und Griechenland nach Deutschland kommen, verlassen Tausende deutsche Ärzte ihre Heimat. Allein im Jahr 2014 waren es 2.364 Ärzte. Macht sich die Bundesärztekammer Gedanken darüber, diese Ärzte zu halten?

Wir haben schon vor vielen Jahren vor einem drohenden Ärztemangel gewarnt. Mittlerweile ist der Fachkräftemangel keine Prognose mehr, sondern längst Realität in deutschen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Praxen. In vielen Regionen fehlt es an niedergelassenen Haus- und Fachärzten, aber auch in den Krankenhäusern sind viele Arztstellen unbesetzt. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache Infrastruktur auf dem Land gehören dazu. In den Krankenhäusern sind es die zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen, eine als ungerecht empfundene Bezahlung und die häufige Unvereinbarkeit von Beruf und Familie. Hinzu kommt in Praxis und Klinik ein Übermaß an bürokratischen und administrativen Aufgaben. Das wirkt abschreckend. Um den Ärztemangel in Deutschland wirksam zu bekämpfen, muss die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten wieder attraktiver gestaltet werden, um mehr Berufsanfänger für die kurative Medizin zu begeistern. Dabei müssen wir den Erwartungen der jungen Ärztegeneration gerecht werden. Diese will ihren Beruf zwar engagiert ausüben, legt aber auch Wert auf Familie und Freizeit. Wichtiger als Einkommensverbesserungen sind jungen Ärzten eine funktionierende Infrastruktur mit Kindergärten, Schulen und beruflichen Perspektiven für den Partner. Deshalb bedarf es neben besserer Anerkennung und Bezahlung der Arbeit in Klinik und Praxis flankierender Maßnahmen wie Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie, flexible Arbeitszeitregelungen und mehr Angeboten für die Kinderbetreuung. Hier muss dringend gehandelt werden, denn es geht um nicht weniger, als die Motivation einer ganzen Generation nachwachsender Ärztinnen und Ärzte. (DA)

Anzeige

Neukönigsförder Mineraltabletten® NE

Kalium • Calcium • Phosphor • Magnesium • Eisen • Zink • Mangan • Kupfer

- ausgewogen kombiniert
- mineralspezifische Freisetzung

Bilanz und Ausblick der gesundheitspolitischen Gesetzgebung 2015

Zwei ganz dicke Brocken stehen noch auf dem Spielplan

Beim Fußball, das ist bei den Sportfreunden eine beliebte Binsenweisheit, kommen die Mannschaften nach der Halbzeit – mal zur Freude und mal zum Kummer ihrer Fans – mal mit neuen Taktiken, oft mit frischen Akteuren oder schlicht „wie ausgewechselt“ zurück aufs Spielfeld. Ähnliches beobachtet das geschulte Auge momentan auch in der Gesundheitspolitik.

Zwar sind (erwartungsgemäß) die Mannschaften, allen voran Gesundheitsminister Hermann Gröhe, fast unverändert im Spiel – abgesehen einmal von „Außenstürmer“ Jens Spahn auf Seiten der Christdemokraten – aber ein Taktikwechsel im Spiel der Großen Koalition ist bereits kurz nach Anpfiff der zweiten (Regierungs-) Halbzeit 2015 unübersehbar, erste Absatzbewegungen von der vereinbarten Konfliktlinie sind angesichts der einsetzenden Planungen für die Bundestagswahl 2017 zu registrieren. Weg vom „Spielfeld“ und im realen Leben der erste handfeste Beleg: Die Diskussion um die Existenzberechtigung der PKV flammt wieder auf, aus der SPD hört man ernst zu nehmende Forderungen nach einem paritätisch zu finanzierenden Beitragssatz.

Zeit, einen kurzen Rückblick auf die (aus Ärztesicht) wichtigsten Spielzüge der ersten Halbzeit 2015 (einmal sei das Bild noch erlaubt) zu werfen und auf das zu schauen, was uns (wahrscheinlich) in diesem Jahr noch erwartet:



Die zweite (Regierungs-)Halbzeit 2015 ist angestoßen. Nicht jedes „Tor“ dürfte bei der Ärzteschaft Jubel auslösen.

Zum Jahresanfang trat die Änderung des „**Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung**“ (GKV-FQVG) in Kraft. Diese Änderung reduzierte den allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 14,6 Prozent (davor waren es 15,5 Prozent) und ließ an die Stelle des bisherigen Sonderbeitrages von 0,9 Prozent einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag des Versicherten treten, der kassenindividuell festgelegt wird. Die damit verbundenen kassenseitigen Mitteilungspflichten und Sonderkündigungsrechte für die Versicherten sind den gesetzlichen Krankenkassen ein Dorn im Auge.

Präventionsgesetz: Beim Mitte Juli in Kraft getretenen „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ wurden die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen weiterentwickelt und Maßnahmen ergriffen, um die Impfprävention zu fördern.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Ebenfalls noch vor der parlamentarischen Sommerpause nahm das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde. Darin unter anderem enthalten: Die umstrittenen Regelungen zu den Terminservicestellen und zum Praxisaufkauf. Das umfangreiche Gesetz führt außerdem einen Anspruch für Versicherte auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung (bei bestimmten „mengenanfälligen“ planbaren Eingriffen) und den Innovationsfonds zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung mit einem Volumen von 300 Millionen Euro jährlich ein (Mehr dazu auf Seite 18).

E-Health-Gesetz: Für November sind die abschließenden parlamentarischen Beratungen für das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ zu erwarten, das den Aufbau der Telematik-Infrastruktur beschleunigen soll. Viele Regelungen des Gesetzes enthalten Aspekte, die es kritisch zu begleiten gilt. Als Beispiele sind hier zu nennen die Einbindung des sicheren KV-Netzes in die Telematik-Infrastruktur oder die Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen für den Medikationsplan für Patienten.

Hospiz- und Palliativgesetz: Ebenfalls bereits im November könnte das „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ verabschiedet werden. Im Juni befasste sich der Deutsche Bundestag in erster Lesung mit dem Entwurf, der die Betreuung von Schwerstkranken am Ende ihres Lebens verbessern soll. Dazu soll die Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der GKV werden. Im vertragsärztlichen Bereich sollen die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Ärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen.

Antikorruptionsgesetz: Im September werden sich Bundesrat und Bundestag im jeweils ersten Durchgang mit

dem „Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ (dicker Brocken Nummer 1) beschäftigen. Dieses unter der Federführung des Bundesjustizministeriums stehende Gesetz soll noch im Herbst den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299a neu StGB) einführen. Geplant ist, alle Heilberufe einzubeziehen, die für die Berufsausübung oder die Führung einer Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern. Als Voraussetzung für die Strafverfolgung ist eine Antragspflicht vorgesehen. Das von vielen grundsätzlich akzeptierte Ansinnen des Gesetzes wird durch seine unklaren Regelungen, die ein erhebliches Strafbarkeits- und Kriminalisierungsrisiko auch für die Ärzte bergen, nahezu konterkariert. Hier muss dringend erneut nachgebessert werden.

Krankenhaus-Strukturgesetz: Zurzeit befindet sich der „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (dicker Brocken Nummer 2) im öffentlichen Fokus, dessen Regelungen Anfang 2016 in Kraft treten sollen. Die Krankenhäuser monieren viele Regelungen im finanziellen Bereich wie die Streichung des sogenannten Versorgungszuschlages. Nach

wie vor aber ist das massivste Problem die mangelhafte Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, durch die eine jährliche Unterfinanzierung von mehreren Milliarden Euro besteht. Strukturell ist die Reform vor allem durch die Einführung von Qualitätskriterien bei der Krankenhausplanung und die Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogrammes in Höhe von 660 Millionen Euro, das die SPD gerne verdoppelt sähe, gekennzeichnet. Die Schaffung eines mit 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgestatteten Strukturfonds, zu dem die Länder ebenfalls bis zu 500 Millionen Euro beisteuern können, soll einen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft einleiten. Stationäre Überkapazitäten sollen damit abgebaut, Krankenhausleistungen und Standorte konzentriert oder Kliniken in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden können.

Und zu guter Letzt sind auch ein **Zweites Pflegestärkungsgesetz** und ein **Pflegeberufegesetz** in der Vorbereitung. Alle Gesetzesvorhaben wird der Hartmannbund auch weiterhin kritisch-konstruktiv begleiten und seine Mitglieder auf dem Laufenden halten. Oder, um es anders zu sagen: Wir bleiben am Ball! (MR)

Anzeige






**telc Sprachenzertifikate für medizinische Fachkräfte:
für Ihre berufliche Anerkennung in Deutschland!**

Nutzen Sie Ihre Chance: Legen Sie die Prüfung *telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung (neu !)*, *telc Deutsch B2-C1 Medizin* oder *telc Deutsch B1-B2 Pflege* am 25. November in Frankfurt am Main ab.

Anmeldung und Infos: www.telc.net/medizin-pflege

Die gemeinnützige telc GmbH ist ein Tochterunternehmen des Deutschen Volkshochschul-Verbands e.V. (DVV). Weitere Informationen und kostenlose Übungstests finden Sie unter www.telc.net. Gerne beraten wir Sie auch persönlich: Telefon +49 (0) 69 95 62 46-10.

PRO & CONTRA



PRO von Hilde Mattheis

Über andere Vertretungsformen nachdenken!

Hilde Mattheis ist Bundestagsabgeordnete (SPD), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages und Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion.

Es ist unbestreitbar, dass das System der Kassenärztlichen Vereinigungen krankt. Die Negativ-Schlagzeilen der vergangenen Wochen und Monate sind dafür nur ein Zeichen. Die SPD sieht daher an verschiedenen Stellen Handlungsbedarf. Die Gretchenfrage, die wir uns in der Politik stellen müssen, ist, ob es gelänge, die Fehler am bestehenden System zu beheben, ohne dieses zu verändern oder ob nicht eine grundlegende Reform der Vertretung der (ambulant tätigen) Ärzteschaft notwendig ist?

Leitbild der KVen war jahrzehntelang der selbstständige Arzt in einer Einzelpraxis. Dieses hochgehaltene Ideal ist heute so nicht mehr gegeben. Auch wenn der einzeln praktizierende Arzt noch der Regelfall ist, wurden u.a. mit Gemeinschaftspraxen und der Einrichtung der MVZ neue Formen der Versorgung geschaffen, die sich zunehmender Beliebtheit erfreuen. Gerade die MVZs haben einen rasanten Anstieg erlebt, denn sie gewähren einerseits für die PatientInnen die medizinische Versorgung und bieten gerade für junge ÄrztInnen die Möglichkeit für mehr Flexibilität und Teamarbeit. Die KVen haben sich lange gegen diese Versorgungsform gewehrt. Sie hängen weiter am Leitbild des einzelnen Arztsitzes, der die KV braucht, um seine Interessen gegen die Kassen durchzusetzen. Für einen angestellten Arzt in einem MVZ könnten in Zukunft Gewerkschaften aber viel wichtiger bei der Durchsetzung seiner Einkommensinteressen sein. Bei den Hausärzten haben die KVen durch die Hausarztverträge vie-

lerorts schon erheblich an Bedeutung verloren. Hauptinteresse war dabei vor allem die Honorarverteilung für die erbrachten Leistungen in der ambulanten Versorgung. Diese wurde jahrzehntelang immer wieder reformiert und verfeinert. Die Steuerung der Finanzströme, um die sich alle Beteiligten im Gesundheitswesen heftig streiten, ist die wohl denkbar schwerste Aufgabe für GesundheitspolitikerInnen. Dies kann zu eklatanten Fehlanreizen führen. So verdient statistisch gesehen ein niedergelassener Radiologe heute doppelt so viel wie ein Hausarzt. Beide werden aber von der gleichen Organisation vertreten, die die Gebührenordnung mit den Krankenkassen ausgehandelt hat. Zweites Problem sind die unterschiedlichen Gebührensysteme für Kassen- und PrivatpatientInnen. Wie verschiedene Untersuchungen belegen, führen diese dazu, dass ÄrztInnen für vergleichbare Behandlungsleistungen bei PrivatpatientInnen doppelt so viel Geld erhalten wie für KassenpatientInnen – der reale Ausdruck der von der SPD angeprangerten Zwei-Klassen-Medizin.

Diese Ungleichheit in der Bezahlung ziehen Mängel in der zweiten Hauptaufgabe der KVen nach sich: der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Die Fehlanreize im ärztlichen Vergütungssystem führen dazu, dass Orte wie Blankenese oder der Starnberger See sehr viel attraktiver für einen Arztsitz sind als z.B. die Uckermark. Aufgabe der KVen ist es aber, die Versorgung im gesamten Bundesgebiet gleichermaßen sicherzustellen. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz soll existierende Unter- und Überversorgung beseitigt werden. Die Vorgabe, eine neue Bedarfsplanung aufzustellen, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert,

oder die Vorschrift, frei werdende Arztsitze aufzukaufen, sind Ausdruck einer stärkeren Regulierung bei der ärztlichen Selbstverwaltung, die dem Versorgungsauftrag nicht mehr nachkommen konnte.

Angesichts all dieser Fehlentwicklung kommt die SPD nicht umhin, hier deutliche Veränderungen im System der Kassenärztlichen Vereinigungen einzufordern. Natürlich geht es in einem System der medizinischen Selbstverwaltung nicht darum, die ambulante Ärzteschaft ohne eine Interessensvertretung stehen zu lassen. Aber ob eine Zwangsmitgliedschaft in einer KV, die einerseits als Körperschaft öffentlichen Rechts Honorarverteilung und Sicherstellung gewährleisten soll, gleichzeitig aber auch die Interessen der Ärzteschaft gegenüber den Kassen vertritt und zudem die gegenläufigen Interessen von Haus- und FachärztInnen auf einen Nenner bringen soll, hier noch der richtige Weg ist, darf bezweifelt werden. Es wäre an der Zeit, über andere Vertretungsformen nachzudenken.

Ist das KV-System am Ende?

CONTRA von Dr. Andreas Gassen

Politik degradiert uns zum Handlanger



rüber, wenn man mal eben die Abschaffung dieser Institutionen fordern kann.

Bei allen Schwierigkeiten, die es sicherlich gibt, vermag nur das KV-System die Versorgung so zu organisieren, dass die Patienten in der Stadt wie auf dem Land mit hoher Qualität versorgt werden. Und dies bei Wartezeiten, die den internationalen Vergleich nicht zu scheuen brauchen. Die Versichertenbefragung der KBV hat das kürzlich noch einmal eindrucksvoll belegt: Weit über 90 Prozent der Patienten vertrauen ihrem Arzt und sind sich sicher, gut behandelt zu werden. Für diesen Erfolg wirken viele Dinge im Hintergrund. Die KVen und die KBV organisieren die quartalsweise Abrechnung von über 160.000 Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, die wiederum jährlich rund 700 Millionen Patientenkontakte haben. Unter anderem hierfür haben wir das sichere Netz der KVen (SNK) geschaffen, dem kürzlich das TÜV-Sicherheitszertifikat verliehen wurde.

Das KV-System organisiert außerdem die Vertragsverhandlungen, jedes Jahr auf Bundesebene wie in den Landes-KVen. Dabei wird das Honorar so fein austariert, dass diejenigen Versorgungsbereiche gefördert werden, die gestärkt werden müssen.

Das führt mich zur Gemeinsamen Selbstverwaltung. Ein institutionalisierter und gut funktionierender Interessenausgleich, wie wir ihn unter anderem im Gemeinsamen Bundesausschuss haben, ist weltweit schon einmalig. Hier werden neue Leistungen für den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung evaluiert und zugelassen, neue Behandlungsmethoden geprüft, Arzneimittel bewertet und Verfahren der Qualitätssicherung etabliert.

Die Qualitätssicherung ist eine der wichtigen Aufgaben des KV-Systems, die von der

Öffentlichkeit gar nicht so deutlich wahrgenommen werden. Auch an ihr zeigt sich die Innovationskraft des Systems.

Dies alles funktioniert – allen Unkenrufen zum Trotz – insgesamt deswegen so gut, weil unser System auf dem Prinzip der Selbstverwaltung beruht. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten organisieren ihre ureigenen Aufgaben wie die ambulante Versorgung der Patienten in eigener Verantwortung. Dies drückt sich beispielsweise innerhalb von KBV und KVen durch die wichtige Rolle der Vertreterversammlungen aus. Doch dieses Prinzip ist in Gefahr – insbesondere durch eine immer stärker werdende Einflussnahme der Politik auf die Selbstverwaltung. Das geht mittlerweile so weit, dass nur noch Fristen zur Erfüllung gesetzt werden. So degradiert die Politik beispielsweise im eHealth-Gesetz die Selbstverwaltung zu einer Art Handlanger, der nur noch politisch vorgegebene Aufgaben abarbeitet. Man kann schon den Eindruck haben, dass so mancher Politiker von einer Art Staatsmedizin träumt. Doch solche Systeme haben – das lehrt die Geschichte – fast immer versagt. Die Politik muss wieder die Rolle einnehmen, die sie über Jahrzehnte richtigerweise auch eingenommen hat, nämlich die einer wahren Rechtsaufsicht, die sich nicht anmaßt, alle Details regeln zu wollen.

Allerdings muss man auch feststellen, dass wir Funktionäre aktuell ein eher kritisches Bild in der Öffentlichkeit abgeben. Wir beschäftigen uns in der veröffentlichten und öffentlichen Wahrnehmung leider viel zu sehr mit uns selbst. Lassen Sie uns das zeigen und auch davon sprechen, was wir wirklich gut können: Die ambulante Versorgung der Versicherten sichern und zukunftsfest machen.

Dr. Andreas Gassen ist seit 2014 Vorstands vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und zuständig für die fachärztliche Versorgung.

Unser Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine wohnortnahe ambulante Versorgung mit für den Patienten freier Wahl des behandelnden Arztes und Psychotherapeuten aus. Persönliche Lebens- oder Einkommensverhältnisse spielen dabei keine Rolle. Dieser Wert der Solidarität ist von unserer Gesellschaft bisher immer gewünscht gewesen – und solange dies so ist, werden wir eine Institution brauchen, die die Fähigkeit hat, diese komplexe Struktur zu organisieren. Sagen wir es genauer: Wir brauchen eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Es gibt übrigens noch jemanden, der KVen und KBV unbedingt braucht: die Politiker nämlich. Ohne KVen und KBV hätten sie keine Sündenböcke mehr, die sie verschieben können. Das kommt im Wahlkreis oder in den Medien dann markig

Aktuelle Rechtsprechung

Musik und Film
in der Arztpraxis

In den meisten (Zahn-)Arztpraxen wird im Wartezimmerbereich Radiomusik gespielt. Bedauerlicherweise blieben die Praxisinhaber in den vergangenen Jahren darüber im Unklaren, ob das Abspielen von Radiomusik gebührenpflichtig sei. Seit einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs herrscht endlich Rechtsklarheit. Da niedergelassene (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte zunehmend auch Filme auf die eigene Homepage stellen oder im Wartezimmerbereich präsentieren – etwa um auf ihr Leistungsspektrum aufmerksam zu machen – soll im Hinblick auf die in solchen Filmen gezeigten Mitarbeiter darüber hinaus ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts Erwähnung finden.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass bei Abspielen von Radiomusik in Zahnarztpraxen keine Gebühren an die Gesellschaft für musikalische Aufführungs- und mechanische Vervielfältigungsrechte (GEMA) gezahlt werden müssen und folgt damit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) von vor drei Jahren.

Die GEMA nimmt die ihr von Komponisten, Textdichtern und Musikverlegern eingeräumten Rechte zur Nutzung von Werken der Tonkunst (mit oder ohne Text) wahr. Sie ist von der Verwertungsgesellschaft Wort (VG Wort) und der Gesellschaft zur Verwertung von Leistungsschutzrechten (GVL) ermächtigt, die von diesen wahrgenom-

menen Rechte und Ansprüche der Urheber von Sprachwerken sowie der ausübenden Künstler und Tonträgerhersteller geltend zu machen.

Die GEMA hatte einen Zahnarzt auf nachträgliche Zahlung von Gebühren verklagt, weil dieser in seinem Wartezimmer im Hintergrund Radiomusik hatte laufen lassen. Der Zahnarzt hatte seinen Lizenzvertrag fristlos gekündigt, nachdem er von dem eingangs genannten EuGH-Urteil erfahren hatte.

Die Wiedergabe von Hintergrundmusik in Praxen sei keine öffentliche Wiedergabe, so die Karlsruher Richter (Az.: I ZR 14/14). Das Abspielen sei damit auch nicht vergütungspflichtig im Sinne des Urheberrechts. Der BGH ist an die Auslegung des Unionsrechts durch den Gerichtshof der Europäischen Union gebunden und hat die entsprechenden Bestimmungen des nationalen Rechts richtlinienkonform auszulegen. Der vom BGH zu beurteilende Sachverhalt stimmte darüber hinaus in allen wesentlichen Punkten mit dem Sachverhalt überein, der dem EuGH bei seiner Entscheidung im Jahr 2012 vorgelegen hatte.

Dem Urteil des EuGH ist zu entnehmen, dass eine öffentliche Wiedergabe im Sinne von Art. 3 Abs. 1 der Richtlinie 2001/29/EG zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Urheberrechts und der verwandten Schutzrechte in der Informationsgesellschaft und Art. 8 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie 2006/115/

EG zum Vermiet- und Verleihrecht sowie zu bestimmten dem Urheberrecht verwandten Schutzrechten im Bereich des geistigen Eigentums jedenfalls voraussetzt, dass die Wiedergabe gegenüber einer unbestimmten Zahl potentieller Adressaten und vielen Personen erfolge. Dies sei laut EuGH im Allgemeinen nicht erfüllt, wenn ein Zahnarzt in seiner Praxis für seine Patienten Hörfunksendungen als Hintergrundmusik wiedergebe. **(Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, die bestehende Lizenzverträge mit der GEMA abgeschlossen haben, sollten erwägen, diese außerordentlich und hilfsweise ordentlich zu kündigen.**

Praxiswerbefilme

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte in einem Fall zu entscheiden, in dem eine Firma für sich warb und dabei auch ihre Mitarbeiter filmisch einbezog. Klar war bislang, dass es einer ausdrücklichen Einwilligung der betroffenen Mitarbeiter über die Veröffentlichung des Bildmaterials bedarf, sofern diese auf den Werbefilmen zu erkennen sind. Unter anderem nach § 22 des Gesetzes betreffend das Urheberrecht an Werken der bildenden Künste und der Photographie (Kunsturhebergesetz/KUG) dürfen Bildnisse von Arbeitnehmern nur mit deren Einwilligung veröffentlicht werden.

Im Fall vom BAG wurde diese einstmals erteilte Einwilligung seitens eines Arbeitnehmers widerrufen (Az.: 8 AZR 1011/13). In seinem Urteil betonte das BAG zunächst, dass die ursprüngliche Einwilligung so konkret wie möglich ausgestaltet sein müsse. Dazu gehöre unter anderem auch die zugrunde liegende Information, welche

Aufnahmen geplant und welche Verbreitungswege vorgesehen sind. Die Einwilligung solle zudem schriftlich erfolgen. Das KUG sehe für die Einwilligung zwar keine Formerfordernisse auf, dies stehe jedoch in einem erkennbaren Wertungswiderspruch zu den Einwilligungserfordernissen des § 4a Abs. 1 Satz 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der grundsätzlich Schriftform verlange. Auch im Rahmen des Arbeitsverhältnisses gelte das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung uneingeschränkt.

Eine einmal erteilte Einwilligung, so die Erfurter Richter, verliere allerdings bei Ausscheiden des Mitarbeiters nicht automatisch ihre Wirksamkeit. Ein Widerrufsrecht bzw. der Anspruch auf nachträgliche Löschung bestehe nur, wenn ein plausibler Grund angegeben werde. Dies sei unter anderem dann der Fall, wenn der Einzelne aus der Anonymität herausgelöst werde. Wenn hingegen kein Name genannt werde und eine gewisse Austauschbarkeit gegeben sei („Randfigur“), gelte die einmal erteilte Einwilligung zunächst weiter. Dies sei Ausfluss einer konkreten Interessenabwägung, im Rahmen derer die Intensität des Eingriffs in das genannte Persönlichkeitsrecht des Mitarbeiters dem Eingriff in die wirtschaftlichen Belange der Praxis gegenübergestellt werde. (SH)



mehr auf
www.hartmannbund.de



Aktuelle Urteile

Verletzung der Fortbildungspflicht
Zulassungsentzug verschuldensunabhängig; BSG (Az.: B 6 KA 37/14 B)

Ärztliche Zwangsmaßnahmen
Regelungen teilweise verfassungswidrig; BGH (Az.: XII ZB 89/15)

AU-Bescheinigung
„AU bis auf weiteres“ gilt unbeschränkt; LSG Rh.-Pf. (Az.: L 5 KR 254/14)

Zulassungsentzug
Nichtaufnahme der Tätigkeit; BSG (Az.: B 6 KA 25/14 R)

Bereitschaftsdienst
Keine Befreiung für Spezialisten; BSG (Az.: B 6 KA 41/14 R)

Benötigen Sie eine Rechtsberatung? Dann kontaktieren Sie uns:
Telefon: 030 206 208-0,
Mail: hb-info@hartmannbund.de



Foto: © RioPatuca Images - fotolia.com



Den Durchblick behalten. Honorarverluste vermeiden.

Der Kommentar zu EBM und GOÄ von Wezel/Liebold
Aktuell, ausführlich und kompetent. Eben der „Wezel/Liebold“

- › zuverlässige Abrechnungshilfe
- › souveräne Argumentation in allen Streitfragen
- › fundiertes Fachwissen zu jeder Gebührennummer
- › praxisnahe und präzise Hinweise zur Vermeidung von ärgerlichen Honorarverlusten

Der Kommentar zu EBM und GOÄ: als Loseblattwerk, auf CD-ROM oder direkt online.

Jetzt 10 Tage kostenlos online testen!

www.ebm-goae.de





Foto: © DOC RABE Media - fotolia.com

Diese Suche wird sich für den einen oder anderen niedergelassenen Kollegen bald erübrigen. Geht es nach dem Willen des Gesetzgebers, wird die KV unter bestimmten Voraussetzungen die Sache „übernehmen“. Unter welchen Voraussetzungen genau und zu welchem Preis, das dürfte im Einzelfall auch einmal zu rechtlichen Auseinandersetzungen führen.

Praxisaufkauf, Bedarfsplanung, Zweitmeinung Jetzt wird es wirklich ernst

Im Vorfeld der Verabschiedung heftig umstritten, ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – überlagert von anderen Vorgängen in der Berufs- und der „großen“ Politik – in der Sommerpause relativ geräuschlos in Kraft getreten. Zeit, einige der besonders umstrittenen, die niedergelassenen Ärzte betreffenden, Regelungen noch einmal etwas genauer unter die Lupe zu nehmen.

Eine der umstrittensten Regelungen im Vorfeld des GKV-VSG war ganz sicher die weitere Einschränkung der Nachbesetzungsmöglichkeit für die eigene Praxis. Letztlich führten Interventionen von verschiedenen Seiten – auch die des Hartmannbundes – zumindest dazu, dass künftig eine verschärfte Regelung der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent greift. Bis zu dieser Schwelle bleibt es bei der bekannten „Kann-Regelung“. Soll heißen: Der Zulassungsausschuss kann die Nachbesetzung der Praxis ablehnen, wenn diese „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.“ Dazu bedarf es auch künftig der einfachen Stimmenmehrheit im Zulassungsausschuss, bei Stimmengleichheit ist dem Nachbesetzungsantrag zu entspre-

chen*. Überschreitet der Versorgungsgrad 140 Prozent – und hat der Landesausschuss die Überschreitung festgestellt – greift die „Soll-Regelung“. **Dann soll der Zulassungsausschuss den Nachbesetzungsantrag ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.** Während also bei der „Kann-Regelung“ für den Zulassungsausschuss Ermessensspielraum besteht, ist dies bei der „Soll-Regelung“ grundsätzlich nicht der Fall; es sind nur noch in Einzelfällen und eher ausnahmsweise Abweichungen möglich (siehe Kasten).

Bei Ablehnung des Nachbesetzungsantrages hat – wie bisher – die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Praxisinhaber (oder seinen Erben) eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Neu nach dem GKV-VSG ist die Klarstellung, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes „auf den Verkehrswert abzustellen“ ist, „der bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.“

Aber wie meist gibt es Ausnahmen auch von der oben genannten Regel bzw. Möglichkeiten, die Stilllegung des Sitzes zu umgehen. Da wäre zunächst der potenzielle Nachfolger. Die Stilllegungsmöglichkeit besteht z.B. nicht, wenn der potenzielle Nachfolger:

- Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist

- angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde (Das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis, sofern nicht vor dem 5. März 2015 begründet, muss mindestens drei Jahre lang andauert haben.)
 - oder sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem nach KV-Mitteilung aufgrund zu geringer Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht.
- Weiterhin ist zu beachten, dass Vertragsarztsitze, die von einem MVZ betrieben werden, nicht unter die Nachbesetzungsregelung fallen. Hier verbleibt der Sitz beim Inhaber, dem MVZ, wenn der angestellte Arzt – ob aus Alters- oder anderen Gründen – aus dem betreffenden MVZ ausscheidet. Das MVZ betreibt den Sitz in der Folge mit anderen angestellten Ärzten weiter...

Bedarfsplanung: Bleibt das Problem der Bedarfsplanung, die Politik und Patienten „Über-“ bzw. „Unterversorgung“ suggeriert, auch wenn diese Begriffe in der Bedarfsplanungsrichtlinie völlig anders besetzt sind als in der öffentlichen Wahrnehmung. Seit Jahren unterliegt die Bedarfsplanung, auch nach der umfassenden Neuregelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab 2012, einer nicht verstummenden Kritik von allen Seiten, insbesondere mit Blick auf die sogenannten Verhältniszahlen. Der Gesetzgeber hat reagiert und den G-BA mit Wirkung zum 1. Juli 2017 mit der Prüfung und Anpassung der Verhältniszahlen sowie der Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung beauftragt. Ob dies die bestehenden Probleme löst, darf zumindest bezweifelt werden.

Zweitmeinung: Mit § 27b wurde ein neuer „Zweitmeinungsparagraph“ in das SGB V eingefügt. Dieser räumt den Versicherten künftig bei Indikation zu einem planbaren Eingriff – anders als bisher – einen klar (und restriktiv) geregelten Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung ein. Die dadurch generierten Behandlungsfälle gehen ein in die vertragsärztliche Abrechnung, werden also nicht extrabudgetär vergütet.

Allerdings muss erwähnt werden, dass es Inanspruchnahmen wegen einer Zweitmeinung auch bisher schon gab, weshalb eher nicht von einer Zunahme durch die Neuregelung ausgegangen werden kann. Zudem wird der Kreis der Ärzte, die für eine „offizielle“ Zweitmeinung nach § 27b SGB V herangezogen werden dürfen,



Information

Eine „Muss-Regelung“ beinhaltet eine zwingende Voraussetzung bzw. Verpflichtung. Die Behörde oder Körperschaft hat keinen Ermessensspielraum.

Eine „Kann-Regelung“ gibt der Behörde bzw. Körperschaft einen Ermessensspielraum für Einzelfallentscheidungen nach einer entsprechenden Interessenabwägung.

Die „Soll-Regelung“ beinhaltet im Gegensatz zur „Muss-Regelung“ keine zwingende Voraussetzung/Verpflichtung, lässt aber grundsätzlich auch keinen Ermessensspielraum für die Behörde bzw. Körperschaft. Abweichend von der „Muss-Regelung“ sind allerdings im Einzelfall und eher ausnahmsweise Abweichungen möglich.

durch die Regelung klar eingeschränkt. Dazu bedarf es allerdings noch diverser Vorgaben durch den G-BA – ebenso für den Katalog der Eingriffe, für die das Recht auf Zweitmeinung künftig gelten soll – laut Gesetz bis Ende 2015. Wichtig für jeden niedergelassenen Arzt wird in jedem Falle die Aufklärungs- und Informationspflicht sein, die rechtzeitig – in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff – im Wesentlichen mündlich zu erfüllen ist und, so eine dringende Empfehlung, in der Patientenakte dokumentiert werden sollte.

*Die Zulassungsausschüsse bestehen gem. § 34 Abs. 1 der „Zulassungsverordnung Ärzte“ aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen.

Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!

Im Studium, in der Weiterbildung und in der Niederlassung als Ärztin/Arzt in Niedersachsen!



Die ambulante vertragsärztliche Versorgung bietet vielfältige Möglichkeiten, lernen Sie sie kennen. Wir unterstützen Sie dabei mit unseren Angeboten:

- Patenschaften und PJ-Förderung für Medizinstudierende
- Weiterbildungsförderung und Verbundweiterbildung
- Existenzgründerseminare und Niederlassungsförderung
- mehr unter ...

www.niederlassen-in-niedersachsen.de

Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie: Bereitschaftsdienst muss Arbeitszeit bleiben



Hatte zuletzt das Hartmannbund-Voting zum Thema Arbeitszeit eindrucksvoll belegt, dass an vielen Kliniken verlässliche Arbeitszeiten oder eine faire Überstundenregelung noch immer Fehlanzeige sind, so droht nun von europäischer Seite zusätzliches Ungemach: Die geplante Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie.

Hatte der eine oder andere zunächst die jüngste Forderung der Arbeitgeberverbände zur Abkehr vom 8-Stunden Tag hin zu einer Wochenarbeitszeit und nach einer Novellierung des Arbeitszeitgesetzes noch als Sommerlochgetöse abgetan, so ist vielen angesichts der aktuellen Entwicklungen auf europäischer Ebene das Lachen vergangen. Der Grund zur Sorge: In Brüssel wurde im März dieses Jahres die 2014 begonnene, erneut umfassende Überprüfung der Arbeitszeitrichtlinie mit den obligatorischen öffentlichen Konsultationen abgeschlossen – und die angedachten Modifizierungen lassen aufhorchen. Ganz offenbar ist im Rahmen der Novellierung die Unterscheidung von aktiven und inaktiven Zeiten in den Bereitschaftsdiensten in der Diskussion. Das wäre eine erhebliche Verschlechterung für Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken, die vor dem Hintergrund von Personalmangel, knappen Geldern und Arbeitsverdichtung bereits jetzt am Limit arbeiten.

Ernst zu nehmen ist diese Diskussion in jedem Fall. Denn die Zielvorgaben europäischer Richtlinien bedürfen der Umsetzung in nationales Recht, sodass eine mögliche Novellierung der Arbeits-

zeitrichtlinie auch Auswirkungen auf das deutsche Arbeitszeitgesetz haben wird. Der Sinn und Zweck der Arbeitszeitrichtlinie, Mindestschutzvorschriften für die Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer vorzuschreiben – etwa wöchentliche Höchstarbeitszeiten oder tägliche und wöchentliche Mindestruhezeiten und Regelungen zu den Ruhepausen – würde nach Überzeugung des Hartmannbundes mit einer derartigen Regelung faktisch konterkariert.

Wir erinnern uns: Im Sommer 2014 hatte die Europäische Kommission angekündigt, in 2015 einen Vorschlag für eine revidierte Arbeitszeitrichtlinie vorzulegen. Vorangegangen waren seit 2004 (!) mehrfach erfolglose Bemühungen, die Richtlinie zu überarbeiten. Die aktuelle Ankündigung erfolgte nun im Rahmen des Bürokratieabbauprogramms (REFIT), denn die Richtlinie „verursache zu viel Verwaltungsaufwand, sei zu teuer und Hindernis für Flexibilität und Wettbewerbsfähigkeit“. Die wechselvolle Geschichte der Arbeitszeitrichtlinie hatte 1993 begonnen, mit einer Umsetzungspflicht der Mitgliedsstaaten bis 1996. Eine erstmalige Überarbeitung erfolgte im Jahr 2000 mit dem Ziel, diese unter anderem auf Ärzte

in Weiterbildung auszuweiten. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) konkretisierte die Richtlinie mit wegweisenden Entscheidungen in den Jahren 2000 (SIMAP, Az. C 303/98) und 2003 (Jäger, Az. C 151/02). Im Fall SIMAP urteilte der EuGH, dass Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit i.S.d. Richtlinie zu bewerten sei und bestätigte dies 2003 im Jäger-Urteil. In seiner Begründung verwies der EuGH darauf, dass sich die volle Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme daraus ergebe, dass sich der Arbeitnehmer zur Erbringung der beruflichen Leistung am Arbeitsplatz aufhalten und verfügbar sein müsse und damit seine Zeit anders als bei der Rufbereitschaft nicht frei gestalten könne. Obwohl das SIMAP-Urteil des EuGH die Rechtslage für alle EU-Staaten verbindlich geklärt hatte, wurde in Deutschland noch weitere drei Jahre durch alle Instanzen der Arbeitsgerichtsbarkeit gestritten, bis hierzulande die EuGH-Vorgaben ins Arbeitszeitgesetz implementiert wurden. Mit Urteil vom 28.01.2004 (Az. 5 AZR 530/02) stellte das Bundesarbeitsgericht zusätzlich klar, dass aus der Bewertung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit nicht folgt, dass diese wie „normale“ Arbeitszeit bezahlt werden müssten.

Die Position des Hartmannbundes ist klar: Der Verband hatte sich bereits auf seiner Hauptversammlung 2014 gegen eine Erweiterung der Wochenhöchstarbeitszeit sowie eine Neubewertung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes ausgesprochen. Dies führe zu einer unzumutbaren Arbeitsbelastung der am Krankenhaus Beschäftigten. Ziel des Arbeitszeitgesetzes sei es dagegen, die Arbeitnehmer vor überlangen Arbeitszeiten zu schützen und die Einhaltung ihrer Ruhezeiten zu garantieren.

Damit ist klar: Die gesamte Bereitschaftsdienstzeit muss daher auch weiterhin als Arbeitszeit gewertet werden. Eine Differenzierung zwischen aktiven und inaktiven Zeiten wäre ein nicht hinnehmbarer Rückschritt. Bereits im Rahmen der

bestehenden Regularien ist es mittels einer Opt-Out-Einwilligungserklärung der Beschäftigten möglich, die Arbeitszeiten auch über die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden hinaus auszudehnen. Die geforderte Flexibilität der Arbeitgeber ist damit schon heute gegeben. Der Personalmangel darf nicht zu Lasten des Personals kompensiert werden. Gesundheitsschutz

des Personals dient auch der Patientensicherheit. In diesem Sinne sollten sich die handelnden Akteure auf die Präambel der Arbeitszeitrichtlinie besinnen, in der es heißt: „Die Verbesserung von Sicherheit, Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer stellen Zielsetzungen dar, die keinen rein wirtschaftlichen Überlegungen untergeordnet werden dürfen.“ (CB)

Anzeige

§ Tarifeinheitsgesetz

Aller Widerstände und Warnungen ob seiner Verfassungswidrigkeit zum Trotz: Die Regierungskoalition hat das Gesetz zur Tarifeinheit beschlossen, inzwischen ist es in Kraft getreten. Das bedeutet: Bei Konkurrenz mehrerer Gewerkschaften in einem Betrieb wird nach dem neu eingeführten § 4 a Tarifvertragsgesetz (TVG) künftig nur noch der Tarifvertrag der mitgliederstärksten Arbeitnehmerorganisation Anwendung finden. So weit, so „gut“. Aber schon hier stellt sich die Frage, was ist eigentlich ein Betrieb und wie kann die mitgliederstärkste Gewerkschaft festgestellt werden? Denn Arbeitnehmer müssen ihre Gewerkschaftszugehörigkeit grundsätzlich nicht offenbaren. Von dem notstandsfesten Grundrecht des Art.9 Abs.3 Grundgesetz der Koalitionsfreiheit, welches für jedermann und alle Berufe gewährleistet sein muss, bleibt wenig übrig, wenn die kleineren Gewerkschaften faktisch keine Tarifverträge mehr abschließen können. Die im Gesetz geschaffenen Nachzeichnungs- und Anhörungsrechte sind bloße Schönfärberei ohne

Effekt. Den Streik einer Minderheitsgewerkschaft würde wohl jedes Arbeitsgericht als unverhältnismäßig untersagen, da er auf ein Ziel ausgerichtet wäre, das aufgrund des Tarifeinheitsgesetzes gar nicht erreicht werden kann – nämlich die Durchsetzung eines eigenen Tarifvertrages. Tarifautonomie ohne Streikrecht ist aber nichts anderes als „kollektives Betteln“, formulierte das Bundesarbeitsgericht (BAG 10. 6. 80 – 1 AZR 168/79). Verfassungsbeschwerden gegen das Gesetz sind bereits anhängig, verbunden mit Anträgen auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bis zur endgültigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes, die Anwendung des Tarifeinheitsgesetzes auszuschließen. Allerdings ist die Einschränkung oder Aussetzung eines Gesetzes bis zur endgültigen Entscheidung die große Ausnahme. Erst sechs Mal war dies in der Geschichte der Bundesrepublik bisher der Fall. Laufende Tarifverträge gelten zunächst fort, es bleibt abzuwarten, wie das Bundesverfassungsgericht entscheiden wird. (CB)

STÄATLICH ANERKANNTE HOCHSCHULE

SORGEN SIE FÜR GESUNDHEIT

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE (M.SC.)

Qualifizieren Sie sich für die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen – berufsbegleitend.

Ihre Vorteile:

- Innovative Lehr- und Lernmethoden
- Flexible Studiengestaltung
- Wissenschaftlich fundierte Studieninhalte
- Integrierte Coaching-Elemente
- Anwendungsorientierte Studieninhalte

Weitere Studiengänge in Kooperation mit dem Hartmannbund:

- Gesundheitsökonomie für Mediziner (SRH/HB)
- Health Care Management (M.A.)

SRH Fernhochschule | Telefon +49 (0) 7371 9315-0

WWW.FLEXIBELSTUDIEREN.ORG

10 JAHRE
WR
2010
2020
BEREITSCHAFTSDIENST

Theodor Uden beendet zweijähriges erfolgreiches Engagement als Ausschussvorsitzender

Ein Rekord, viele Gespräche und Erfolge

Der aktuelle Vorstand wird auf der Herbstsitzung des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund am 17. und 18. Oktober in Hannover seine Arbeit beenden – nach zwei Jahren Amtszeit wird ein neuer Vorstand gewählt. Wir schauen mit dem Vorsitzenden des Ausschusses, Theodor Uden, noch einmal zurück auf die vergangenen zwei Jahre und ziehen Bilanz.



Theodor Uden ist seit Oktober 2013 Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Der 25-Jährige gibt am 18. Oktober sein Amt ab, da er kurz vor der Approbation steht.

Am 18. Oktober werden Sie Ihr Amt als Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden niederlegen, da Sie kurz vor dem Studiumende und Ihrer Approbation stehen. Welche Aktionen und politischen Erfolge würden Sie aus Ihrer Amtszeit noch einmal besonders herausgreifen?

Ein riesiger Erfolg war Ende des vergangenen Jahres unsere Umfrage „Medizinstudium 2020 Plus“. Mit mehr als 7.500 Teilnehmern haben so viele Medizinstudierende wie noch nie an einer Online-Umfrage des Hartmannbundes teilgenommen, die mit 40 Fragen sehr umfangreich war. Darauf sind wir sehr stolz.

Hintergrund der Umfrage war der „Masterplan Medizinstudium 2020“, der derzeit von Bund und Ländern erarbeitet wird.

Ja, richtig. Auslöser für die Umfrage war die Ankündigung, dass ein solcher Masterplan erstellt werden soll. Wir wollten uns bereits vorab an den Überlegungen, wie das Medizinstudium der Zukunft aussehen könnte, beteiligen und haben die Umfrage unter anderem an den im Mittelpunkt der Diskussion stehenden Bausteinen Zulassungsverfahren, Praxisbezug, wissenschaftliche Kompetenz und Allgemeinmedizin ausgerichtet. Am Ende konnten wir eine umfangreiche Präsentation erstellen, die wir im Februar diesen Jahres Vertretern der Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung vorstellen durften. Wir konnten sozusagen schon einmal hinter die Kulissen der Masterplaner schauen.

Und im nächsten Schritt erhielten die Medizinstudierenden des Hartmannbundes die Gelegenheit, selbst Masterplaner zu sein und durften eine Stellungnahme mit Maßnahmenvorschlägen erstellen?!

Ende Juli 2015 wurden wir von den am Masterplan mitwirkenden Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung und den Ländern dazu eingeladen, eine Stellungnahme zu erstellen, in der die Themen zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, Förderung der Praxisnähe und Stärkung der Allgemeinmedizin eine Rolle spielen sollten. In diesem Papier haben wir nicht nur unsere Positionen deutlich gemacht, sondern auch echte Maßnahmen vorgeschlagen, was wir Medizinstudierende uns für unser Studium vorstellen und wünschen würden.

Wenn Sie einige Maßnahmenvorschläge aus der Stellungnahme des Hartmannbundes herausgreifen müssten, welche wären dies?

Da wären zum Beispiel unsere Vorschläge, wie Theorie und Praxis besser verknüpft werden könnten. Die Medizinstudierenden des

Hartmannbundes sprechen sich seit langem für einen früheren Praxis- und Patientenkontakt aus, doch noch immer hat die Vermittlung praktischer Fähigkeiten einen zu geringen Stellenwert und haben noch zu viele Studierende viel zu spät im Studium ihren ersten persönlichen Patientenkontakt. Deshalb plädieren wir für die Einführung von POL-Kuren (Problem-Orientiertes Lernen, Anm. d. Red.) und Anamnesekurse ab dem 1. Semester. Auch die ambulante Versorgung wird aus unserer Sicht im Studium bisher nur in einzelnen Veranstaltungen abgebildet. Hier könnten wir uns longitudinale Lehrveranstaltungen zur ambulant-orientierten Medizin vorstellen. Damit die Studierenden mehr Wahlfreiheit haben, fordern wir eine Quartalisierung des Praktischen Jahres – ein freiwilliger PJ-Abschnitt in der ambulanten Versorgung, bei Haus- wie auch Fachärzten, sollte möglich sein. Auch zur wissenschaftlichen Ausbildung haben wir uns geäußert, auch diese muss studienbegleitend und fächerübergreifend gestaltet werden.

Stichwort PJ. In den vergangenen Jahren wurde immer wieder der Ruf nach der Einführung eines PJ-Pflichtabschnittes in der Allgemeinmedizin laut. Genau so lange sind die Medizinstudierenden des Hartmannbundes entschieden dagegen. Ist das so geblieben?

An unserem Standpunkt hat sich nichts geändert. Wir wollen keine weitere Verpflichtung im PJ und lehnen weitere Zwangsmaßnahmen in der Allgemeinmedizin ab. Die Allgemeinmedizin ist an den Fakultäten auf einem guten Weg. Nichtsdestotrotz ist sie noch nicht dort, wo sie hingehört – nämlich viel stärker an den Anfang des Studiums und studienbegleitend. Auch dafür haben wir in unserer Stellungnahme konkrete Vorschläge gemacht.



Am 2. September hatten Theodor Uden und Wenke Wichmann vom Vorstand des Ausschusses der Medizinstudierenden die Gelegenheit, mit Vertretern der Charité über das Thema „PJ-Aufwandsentschädigung“ zu sprechen. Von Seiten der Charité mit dabei waren Burkhard Danz, Leiter des Referats für Studienangelegenheiten (links), und Dr. Markus Feufel, persönlicher Referent der Prodekanin (rechts).



Auf dem Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf machten die Medizinstudierenden des Hartmannbundes mit einer Kampagne zu ihrer Forderung „Einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung von 597 Euro monatlich für alle“ auf sich aufmerksam.

Ein weiteres wichtiges Thema Ihrer Amtszeit war die PJ-Aufwandsentschädigung. Wie ist hier der Stand der Dinge?

Wir haben in den letzten beiden Jahren viel erreicht. So haben wir mithilfe von Umfragen bei den Studierenden und Abfragen bei den Unikliniken und Lehrkrankenhäusern erfasst, wo eine PJ-Aufwandsentschädigung gezahlt wird und wo nicht. Die hohe Anzahl der Lehrkrankenhäuser, an denen nichts gezahlt wird (112 von 701 Kliniken), hat uns erschreckt. Positiv ist, dass viele Krankenhäuser zwischen 200 und 400 Euro monatlich zahlen, aber den BAföG-Höchstsatz von 597 Euro monatlich, den wir fordern, erhalten noch immer zu wenige PJ-Studierende. Das kritisieren wir immer wieder – so zum Beispiel mit einer Kampagne auf dem Deutschen Ärztetag 2014, einer Kundgebung auf dem Medizinischen Fakultätstag 2014 und zahlreichen Gesprächen mit Vertretern der Fakultäten und Kliniken. Gerade erst Anfang September waren wir zu einem Gespräch bei der Charité eingeladen und sprachen mit Vertretern darüber, warum an der Charité und deren Lehrkrankenhäusern in Berlin keine PJ-Aufwandsentschädigung gezahlt wird. Bisher, so hieß es, sei dafür kein Geld vorhanden gewesen. Aber: Die Charité hat signalisiert, dass sie für weitere Gespräche offen ist.

In den vergangenen Jahren haben die Medizinstudierenden des Hartmannbundes mit vielen Aktionen, Umfragen und Themensetzungen auf die Probleme und Wünsche der Studierenden aufmerksam gemacht. Die Stimme der Hartmannbund-Studierenden hat mittlerweile Gewicht – auch bei der Politik, der ärztlichen Selbstverwaltung und den Interessenorganisationen.

Unsere Arbeit der letzten Jahre trägt seit längerem auch Früchte. Wir sind ein anerkannter Gesprächspartner – ob es das Bundesgesundheitsministerium ist, der Medizinische Fakultätentag oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die 25.000 studentischen Mitglieder des Hartmannbundes werden gehört. (DA)



HB-Umfrage: Es fehlen PJ-Lehrpraxen

Vor dem Hintergrund des noch immer diskutierten PJ-Pflichtabschnittes in der Allgemeinmedizin bzw. ambulanten Versorgung hat der Hartmannbund eine Umfrage unter seinen niedergelassenen Ärzten durchgeführt, um herauszufinden, ob diese Pläne praxistauglich sind. Das Ergebnis: Noch gibt es Nachholbedarf, denn von den mehr als 800 Umfrage-Teilnehmern sind aktuell nur 36 Prozent akademische Lehrpraxis, die mehrheitlich Blockpraktikanten und Famulanten ausbilden; nur ein gutes Drittel dieser Lehrpraxen bildet PJ-Studierende aus. Positiv: Die hohe Bereitschaft der Ärzte, akademische Lehrpraxis zu werden. Von den Befragten, die noch keine Lehrpraxis sind, können sich mehr als 80 Prozent vorstellen, dies zu einem späteren Zeitpunkt zu werden. Darunter sind nicht nur Hausärzte, sondern zur Hälfte auch Fachärzte. Dieses Ergebnis würde die Hartmannbund-Vorstellung unterstützen, vor dem Hintergrund der stärkeren Abbildung der ambulanten Versorgung im Studium PJ-Quartale einzuführen (2 Pflicht-/2 Wahlquartale) und den Studierenden die Möglichkeit anzubieten, eines der beiden Wahlquartale in der ambulanten Versorgung – bei Haus- und Fachärzten – zu absolvieren. Die Umfrageergebnisse finden Sie auf www.hartmannbund.de.

HB-Stellungnahme zum Masterplan 2020

Der Hartmannbund hat im Zusammenhang mit dem von Bund und Ländern geplanten „Masterplan Medizinstudium 2020“ ein detailliertes Positionspapier vorgelegt. Dazu war der Verband von den federführenden Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung aufgefordert worden. Hintergrund für die umfangreichen ganz konkreten Maßnahmenvorschläge und Positionen war das Ergebnis einer Umfrage, die der Verband Ende 2014 unter seinen 25.000 Medizinstudierenden mit großer Resonanz durchgeführt hatte. Ebenso kritisch wie konstruktiv setzt sich die Stellungnahme des Hartmannbundes mit den Themenfeldern „Zielgerichtete Auswahl von Studienbewerbern“, „Förderung der Praxisnähe im Studium“ sowie „Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium“ auseinander. Die Stellungnahme finden Sie auf www.hartmannbund.de (Studierendenseite).

Herbstsitzung der Univertreter

Am 17. und 18. Oktober treffen sich die Univertreter des Hartmannbundes zu ihrer Herbstsitzung in Hannover. Auf dieser wird ein neuer Vorstand gewählt. An der Sitzung werden mehr als 30 der insgesamt 67 Univertreter teilnehmen, die sich bundesweit an den Fakultäten engagieren. Aktuelle Neuigkeiten: auf der Facebook-Seite „Medizinstudierende im Hartmannbund“.

Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ wurde am 2. Mai 1955 gegründet

60 Jahre praktizierte Kollegialität und Anteilnahme

In diesem Jahr feiert die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ ihr 60-jähriges Bestehen. Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kolleginnen und Kollegen aus der ehemaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Dazu gehört in erster Linie die Unterstützung von Arztkindern, deren Eltern sich in einer finanziell prekären Lage befinden. Vorrangiges Ziel ist es, ihnen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen.

„Die Spaltung Deutschlands droht je länger, desto mehr Mittel- und Westdeutschland zu entfremden. Diese Entwicklung hat uns bewogen, nach einer lebendigen Verbindung mit unseren Kollegen in Mitteldeutschland zu suchen. Wir glauben eine Möglichkeit darin gefunden zu haben, daß wir deren Kinder während ihres Studienaufenthaltes in Westdeutschland in unsere Familien aufnehmen oder finanziell unterstützen.“

So startete 1975 zum 20-jährigen Jubiläum ein Aufruf der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ an die Ärzte im damaligen Westdeutschland mit der Bitte um Übernahme von Patenschaften. „Übernehmen Sie Patenschaften für Töchter und Söhne mitteldeutscher Kollegen, die an westdeutschen Universitäten und Hochschulen studieren. Sie können dies durch einmalige oder laufende Geldspenden tun. Erwünscht ist auch die Aufnahme von Arztkindern in westdeutschen Arztfamilien während der Semesterferien, der Feiertage und der Praktikantenzeit.“ Dieser und viele andere Spendenaufrufe der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ stießen damals bei den deutschen Ärztinnen und Ärzten nicht auf taube Ohren. Seit Gründung der Stiftung am 2. Mai 1955 – Gründungsvater war der damalige stellvertretende Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Dr. Siegfried Häußler – wurden Tausende Arztkinder, deren Eltern in der ehemaligen DDR lebten, in ihrem Studium oder in der Berufsausbildung unterstützt – allein in den ersten 25 Jahren waren es mehr als 2.200 Arztkinder.

Notlage der Kollegen erweiterte Stiftungszweck

Bereits im Verlauf der sechziger Jahre führten ganz praktische Probleme dazu, das Tätigkeitsfeld der Stiftung auszuweiten. Denn es wurde zunehmend schwieriger, für die betreuten Studenten passende Wohnmöglichkeiten zu finden. Daher nutzte die Stiftung 1965 die Chance, in Berlin ein

Studentenwohnheim zu errichten. Es bot mehr als 60 Studenten ein Zuhause. Auch der Kreis der zu betreuenden Personen musste zunehmend erweitert werden, da man sich den individuellen Notlagen in der Kollegenschaft nicht verschließen wollte. Unterstützungsleistungen für Waisen und Halbwaisen aus Arztfamilien in der Bundesrepublik gehörten in den folgenden Jahren ebenso zu den Anliegen der Stiftung wie vereinzelt Hilfen für Ärztinnen und Ärzte in besonderen Notlagen. Vor allem durch den Umbruch in Mittel- und Osteuropa ergab sich eine Ausweitung des Adressatenkreises. Zunehmend traten deutsch-stämmige Kollegen und bzw. deren Kinder nach ihrer Übersiedlung in die Bundesrepublik mit vielfältigen Schwierigkeiten an die Stiftung heran.

Hilfe bei Integration ausländischer Ärzte

Neben der Ausbildungsförderung sozial benachteiligter Arztkinder bietet die Stiftung seit vielen Jahren außerdem Hilfestellung bei der Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Form von Zuschüssen zu verschiedenen berufsrelevanten Fortbildungskursen an sowie Hilfe zur Selbsthilfe für Kollegen, die infolge unerwarteter Schicksalsschläge in Not geraten sind.

Des Weiteren bietet die Stiftung immaterielle Hilfestellungen durch Beratungen und persönliche Kontakte an. Jährlich gehen viele Anfragen von Ärztinnen und Ärzten ein, um durch die Stiftung in allen Belangen ihrer beruflichen Laufbahn Unterstützung zu erhalten. Insbesondere immigrierende Ärztinnen und Ärzte aus dem europäischen und nichteuropäischen Ausland, die ihre ärztliche Tätigkeit in Deutschland ausüben wollen, werden durch die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ in

gemeinsamer Kooperation mit dem VIA-Institut für Bildung und Beruf e.K. Nürnberg unterstützt und beratend begleitet.

Auch international konnte die Stiftung bereits wirken: Nach der verheerenden Tsunami-Katastrophe im Jahr 2004 in Südostasien startete sie einen Spendenaufruf und konnte mit den gesammelten Geldern Hilfsprojekte zum Wiederaufbau der medizinischen Infrastruktur in den betroffenen Regionen fördern.

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist der zentrale Gedanke der Stiftung. Seit 60 Jahren kümmert sie sich um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Mediziner und stellt ein einzigartiges caritatives Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar. Sie hilft unbürokratisch und effektiv dort, wo Unterstützung dringend erforderlich ist. Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ blickt auf beeindruckende 60 Jahre Mitgefühl, Anteilnahme und praktizierte Kollegialität zurück und wird sich auch weiterhin für die Kolleginnen und Kollegen und ihre Familien einsetzen.

Unterstützung erfährt die Stiftung auch von der Ärzteschaft. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery, ist ebenso Mitglied des Vorstands wie Dr. Peter Engel, Präsi-

dent der Bundeszahnärztekammer, Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender des Kassenärztlichen Bundesvereinigungs, und Dr. Waltraud Diekhaus, Ehrenmitglied der Medical Women's International Association. Den Vorsitz der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ hat der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Klaus Reinhardt.

Bitte unterstützen Sie die Stiftung, um diese unverzichtbare Hilfe auch zukünftig aufrechtzuerhalten.

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Stuttgart

IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42

BIC (SWIFT CODE) DAAEDEDXXX

Online-Spende unter
www.aerzte-helfen-aerzten.de

Anzeige

IM MEDIZINRECHT OPERIEREN WIR.

pwk & PARTNER
RECHTSANWÄLTE



UNSER TEAM: PETER PEIKERT · LARS WIEDEMANN · MARK KROEL
CARSTEN REITER · JÖRG MÜSSIG · MANDY MÜSSIG · DANIEL RENTER
BERGÜ ERCAN · SONJA BEISBARTH · CHRISTINE BARON · DR. SINA GOTTFELD
VERA GLÄNZER · DR. STEFAN SCHIMKE · SASKIA FONROBERT

Wir stehen Ihnen mit folgenden Schwerpunkten im Medizinrecht zur Verfügung:

- › VERTRAGSARZTRECHT
- › ÄRZTLICHES BERUFSRECHT
- › GESELLSCHAFTSRECHT
- › PRAXISVERTRÄGE
- › ZULASSUNGSRECHT
- › MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN
- › ARBEITSRECHT

RUFEN SIE UNS AN ODER BESUCHEN SIE UNS:

PWK & Partner Rechtsanwälte
Saarlandstrasse 23 · 44139 Dortmund
T 0231 7 75 74 - 000 F 0231 7 75 74 - 001 E info@pwk-partner.de pwk-partner.de

25 Jahre HB in Mecklenburg-Vorpommern

Erfolgreiche Jubiläumsveranstaltung in Wismar

„Herzlichen Glückwunsch, Sie werden alt!“ Mit diesen Worten begann Landesgesundheitsministerin Birgit Hesse ihr Grußwort, (auch) im Hinblick auf die Altersstruktur der Bevölkerung im Land, anlässlich der Festveranstaltung zum 25. Jahrestag der Gründung des Hartmannbund-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern (M-V) in Wismar. Die immense Herausforderung, so Hesse, die sich aus der alternden Bevölkerung mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung ergibt, könne nur durch gemeinsame Handlungsstrategien aller Beteiligten, und dazu zähle sie auch freie Verbände wie den Hartmannbund, bewältigt werden.

Gegründet am 28. April 1990 in Güstrow, ist der Landesverband M-V heute eine feste Größe bei der konzeptionellen Gestaltung ärztlicher Berufstätigkeit und hat im Jubiläumsjahr rund 1.600 Mitglieder, darunter viele Medizinstudierende. So betonte der Landesvorsitzende Dipl.-Med. Bernd Helmecke nicht ohne Stolz, dass ihm bei allen Diskussionen in Sachen Nachwuchs um die Zukunft des Landesverbandes nicht bange



Vor zahlreichen Gästen und Vertretern aus Bundes- und Landespolitik sowie Körperschaften, Vereinen und Verbänden fand im Juni die Jubiläumsveranstaltung des LV Mecklenburg-Vorpommern statt. Unter ihnen der HB-Bundesvorsitzende Dr. Klaus Reinhardt (l.v.l.) und die Gesundheitsministerin von M-V, Birgit Hesse (4.v.l.).

sei. Der Politik und den Körperschaften in M-V gab Helmecke im Rahmen der Festveranstaltung, die unter dem Thema „Das hohe Gut des freien Arztberufes“ stand, mit auf den Weg, dass ohne freie Verbände der freie Arztberuf nicht bewahrt werden könne. Diese Freiheit brauche einen Rahmen. Wie dieser gestaltet sein kann und muss, darauf gab der Festvortrag von Prof. Karl-Heinz Paqué beeindruckende Lösungsansätze. Der Dekan der Fakultät der Wirtschaftswissenschaften der Universität Magdeburg und stellvertretende Vorsitzen-

de des Vorstandes der Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit beleuchtete die ärztliche Situation aus mehreren Blickwinkeln und ließ keinen Zweifel an der Bedeutung aller freien Berufe für die demokratische Gesellschaft in Deutschland.

Bereits am Vorabend hatten die Delegierten und Ehrengäste bei einem feierlichen Gesellschaftsabend das „Jubiläumswochenende“ eingeläutet. Ein besonderer Dank gilt der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank und der Deutschen Ärztefinanz, die die Veranstaltung unterstützt haben.

Hartmannbund gratuliert Dr. Karl-August Samse

Der Hartmannbund gratuliert Dr. Karl-August Samse zu seinem 95. Geburtstag. Der frühere stellvertretende Vorsitzende des Hartmannbundes in Niedersachsen engagierte sich viele Jahre für den Ärzteverband und war unter anderem Pressereferent für die „Mitteilungen des Hartmannbundes in Niedersachsen“. 1979 erhielt er die Hartmann-Thieding-Plakette und 1986

das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Seit 1985 ist Dr. Samse Ehrenmitglied des Hartmannbundes und war außerdem in verschiedenen Funktionen in Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen tätig. „Ich habe Dr. Samse als klugen, zuverlässigen und lebenswerten Kollegen kennengelernt und denke gern an die Zeit mit ihm als

Ratgeber zurück“, erinnert sich der Ehrenvorsitzende des LV Niedersachsen, Prof. Dr. Kuno Winn, und dankt Dr. Samse für sein Engagement.



In Erinnerung an Dr. Hans-Henning Meurer und Stabsarzt Torsten Seiffert

Dr. Hans-Henning Hugo Meurer, geboren am 14. Dezember 1936, ist am 30. Juli 2015 durch einen tragischen Unfall von uns gegangen. Wir kannten ihn als Kollegen, für den Natur-, Tier- und Menschenliebe selbstverständlich war. Nach seiner Approbation 1969 war er als Medizinalassistent in Krankenhäusern auf dem Priwall, Föhr und Amrum und von 1973 bis 2004 gemeinsam mit seiner Ehefrau als Hausarzt in Flensburg tätig. Bis Mitte 2013 engagierte sich Dr. Meurer beim Hartmannbund Schleswig-Holstein – als Kreisstellenvorsitzender, Mitglied im Landesvorstand und Delegierter im Ar-

beitskreis „Ambulante Versorgung“. Seine auch mal „kantige“ Art in der Darstellung seiner Sichtweisen ließen ihn ohne Zweifel und authentisch in der Zusammenarbeit wirken. Konfutius hat solche Persönlichkeiten wie folgt beschrieben: Glatte Worte und schmeichelnde Mienen vereinen sich selten mit einem anständigen Charakter. Wir werden ihn in guter Erinnerung behalten.

Landesvorstand Schleswig-Holstein

Ist auch alles vergänglich auf dieser Erde, die Erinnerung an einen lieben Menschen und Kollegen ist unsterblich und gibt

uns Trost. Wir sind sprachlos in unserer Trauer um **Stabsarzt Torsten Seiffert**, der viel zu früh aus unserer Mitte ging – geboren am 22. Juni 1989, gestorben am 22. Mai 2015. Wir wünschen den Angehörigen, Freunden und seinen Patienten unser herzliches Beileid. *Hartmannbund Mecklenburg Vorpommern*



HB-Landesvorsitzende im Interview: Brandenburg

Niederlassung muss mehr gestärkt werden

Seit April sind Sie neuer Vorsitzender des LV Brandenburg. Mit welcher Zielstellung sind Sie an den Start gegangen?

Der neue Hartmannbundvorstand im Land Brandenburg wird seine Zielrichtung hinsichtlich seiner berufspolitischen Aktivitäten wieder mehr darauf richten, eine kraftvolle Stimme für die Interessen seiner Kollegen darzustellen: mutig, vehement und vor allem mit klaren Worten für Freiberuflichkeit, die Reduzierung des staatlichen Einflusses und für adäquate Bezahlung ärztlicher Tätigkeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor einzutreten. Wir müssen wieder stärker unsere Interessen als Freiberufler gegenüber Staat und Körperschaften formulieren, da ebendiese durch ihr Zwitterdasein, einerseits von Staatswegen zu agieren und andererseits Ärzte vertreten zu wollen, zunehmend an ihre Grenzen stoßen. Durch konstruktives Einbringen und Begleitung der politischen Prozesse durch den Hartmannbund muss dem Gefühl vieler Kollegen, es hat sowieso keinen Sinn sich zu beteiligen, entgegengewirkt werden.

Brandenburg hat seit 2015 eine Medizinische Hochschule, die anders als die Medizinischen Fakultäten der Universitäten nicht auf umfangreiches Personal und Ausstattung zurückgreifen kann. Glauben Sie, dass sich so gute Ärzte ausbilden lassen?

Die neue Medizinische Hochschule besitzt hervorragendes Personal und eine ausreichende Ausstattung, die vielleicht mit großen Universitäten und deren Budget nicht zu vergleichen ist, aber dafür einen Riesenvorteil hat: Die enorme Motivation aller Beteiligten, die angehenden Mediziner in einem Reformstudiengang zur Approbation zu führen. Nicht das jahrelange Pauken von

Auf der diesjährigen Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbund-Landesverbandes Brandenburg kam es an der Vorstandsspitze zu einem Wechsel. Dr. Hanjo Pohle, Allgemeinmediziner aus Rathenow, übernahm den Vorsitz von Elke Köhler, die den Landesverband seit 1992 geführt hatte.

Foto: Thomas Kläber



Grundlagen steht im Vordergrund, sondern das patientennahe Erlernen von komplexen medizinischen Vorgängen, um in Diagnostik und Therapie nach fünf Jahren als Arzt voll einsetzbar zu sein. Dafür sind gerade große Versorgungskrankenhäuser mit ihrem basisorientierten Personal besser geeignet als die Universitätsmedizin.

Der neue Modellstudiengang kostet pro Student 115.000 Euro. Den größeren Anteil der Studiengebühren (80.000 Euro) übernehmen kooperierende Brandenburger Kliniken. Im Gegenzug verpflichten sich die Studierenden, nach ihrem Studium für fünf Jahre an den Kliniken zu arbeiten und dort ihre Facharztweiterbildung zu absolvieren. Ausgewählt wird in individuellen Auswahlverfahren (außerhalb des NC-Verfahrens), in denen die Abiturnote nachgeordnet ist. Wird so guter ärztlicher Nachwuchs für Brandenburg gewonnen?

Gerade das Weglassen der umstrittenen NC-Regel ist ein großer Vorteil zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Hier zählen die Eigenmotivation, Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Bewerber mehr als die Abiturnote. Die Eignung für den Arztberuf ist aus meiner Sicht so besser feststellbar. Da ein weiteres Kriterium zur Zulassung auch die brandenburgische „Verwurzelung“ ist, bleibt zu hoffen, dass die jungen Ärzte langfristig in ihrer Heimat als Arzt tätig sein wollen.

Brandenburg gehört zu den Ländern, in denen der Ärztemangel bereits jetzt nachdenkliche Formen angenommen hat. Sollte Ihre Landesgesundheitsministerin Sie bitten, ein Konzept zur künftigen Patientenversorgung zu schreiben, was müsste drin stehen?

Ich bin kein Freund des Begriffes „Ärz-

temangel“. Diesen gibt es objektiv gesehen in Brandenburg nicht, auch wenn so mancher ein anderes Gefühl haben mag. In Deutschland werden doppelt so viele Mediziner pro Einwohner ausgebildet als zum Beispiel in den USA oder Japan – Länder also mit ähnlichen Demografie-Faktoren. Nichtsdestoweniger hat das Land Brandenburg mit der Gründung seiner Medizinischen Hochschule einen Schritt in die richtige Richtung gemacht, um ärztlichen Nachwuchs für die brandenburgische Bevölkerung zu gewinnen. Mein Konzept würde wie folgt aussehen: Stärkung der Niederlassung, da durch Freiberufler und ihr berechtigtes Eigeninteresse ein hohes Versorgungspotential der Patienten entsteht. Die Verzahnung von sinnvollen ambulanten und stationären Strukturen ist nicht so zu gestalten, dass beide Strukturen überfordert bzw. benachteiligt werden. Die Steuerung von Patientenströmen wird im Rahmen des demografischen Wandels die entscheidende Herausforderung darstellen. Die strikte Reorientierung auf die ärztliche Tätigkeit auf Überweisungsschein mit entsprechenden qualifizierten Diagnosen und gescreentem Patientengut könnte ein Ansatz dazu sein.

Stichwort Niederlassung. Was würden Sie einem Assistenzarzt raten, der über eine Niederlassung im Bundesland Brandenburg nachdenkt?

Er sollte sich um eine Übernahme einer Praxis bemühen und sich nicht ambulant anstellen lassen. Die somit erzielte Freiheit und Selbstverwirklichung ist so am größten. Die Niederlassungshilfen der KVen lassen eine solche ärztliche Tätigkeit viel leichter beginnen als dies noch vor zehn Jahren der Fall war.

Carsharing zwischen Ehegatten

Verschiedene Modelle sind möglich und lohnen sich



Der Autor Christian Johannes; Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Köln, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen
Kontakt: ETL ADVIMED Köln; advimed-koeln@etl.de; www.etl.de/advimed-koeln/; Tel: 0221 941 019 80

Bei vielen berufstätigen Ehepaaren hat heutzutage jeder Ehepartner einen eigenen Pkw. Aber nicht selten teilen sich Ehepaare ein Fahrzeug – auch Ärzte.

Die steuerliche Berücksichtigung der Kosten derartiger gemeinschaftlich genutzter Fahrzeuge ist dabei jedoch nicht ganz so einfach, wenn es darum geht, die Kosten optimal beruflich geltend zu machen.

Private Nutzung des Praxisfahrzeuges

Nutzt ein Arzt ein Fahrzeug überwiegend (mehr als 50 Prozent) betrieblich, wird die private Nutzung grundsätzlich nach der sogenannten Ein-Prozent-Methode ermittelt. Dabei wird als Privatanteil monatlich pauschal ein Prozent des Bruttolistenpreises einschließlich Sonderausstattung im Zeitpunkt der Erstzulassung ertragsteuerlich berücksichtigt. Bei Ärzten entfällt in der Regel eine zusätzliche Umsatzbesteuerung. Wird ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch geführt, kann die tatsächliche Nutzung damit nachgewiesen werden.

Tipp: In die Ein-Prozent-Methode sind bereits alle privaten Fahrten eingerechnet. Daher können sämtliche Kosten, die im Gegenzug durch die Privatnutzung des Fahrzeuges entstehen (auch Benzinkosten bei Urlaubsreisen!), als Betriebsausgaben

geltend gemacht werden. Liegt die betriebliche Nutzung eines der Praxis zugeordneten Fahrzeuges unterhalb von 50 Prozent, ist die Ein-Prozent-Methode nicht zulässig. Die entstandenen Kosten sind im Schätzungswege auf die private und berufliche Nutzung aufzuteilen. Wird ein Fahrzeug nur untergeordnet beruflich genutzt (unter zehn Prozent), ist das Fahrzeug zwingend notwendiges Privatvermögen.

Angehörige nutzen das Praxisfahrzeug

Bei der Ein-Prozent-Methode kann das Fahrzeug auch beliebig durch andere Personen genutzt werden, denn es sind grundsätzlich alle privaten Fahrten abgedeckt. Dabei ist es sogar unerheblich, ob der Ehegatte, eingetragene Lebenspartner oder ein Kind das Fahrzeug privat oder beruflich nutzt. Wichtig ist nur, dass die betriebliche Nutzung bei der Arztpraxis nicht unter 50 Prozent fällt. Die tatsächlich nutzende Person kann allerdings steuerlich nichts abziehen, da ihr keine echten Kosten entstehen. Anders verhält es sich mit der Entfernungspauschale. Nutzt der Ehegatte das Praxisfahrzeug für Fahrten zur Arbeit, kann er für diese 0,30 Euro pro Entfernungskilometer als Werbungskosten abziehen, auch wenn er tatsächlich gar keine Aufwendungen hatte.

Ist der Ehegatte als gewerblicher Unternehmer tätig, kann es sinnvoll sein, bei ihm Fahrtkosten geltend zu machen, um dadurch Gewerbesteuern zu sparen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn vorher eine Vereinbarung getroffen wurde, die die Nutzung sowie deren Vergütung (fremdüblich) regelt. Die tatsächliche Nutzung muss dann regelmäßig dokumentiert, abgerechnet und auch bezahlt werden. Beim Arzt ist die Vergütung natürlich als Einnahme zu erfassen. Zudem muss geprüft werden, ob Umsatzsteuer entsteht oder der Arzt von der umsatzsteuerlichen Kleinunternehmerregelung profitiert.

Arzt nutzt das Fahrzeug des Ehegatten

Es kann aber auch sein, dass das Fahrzeug im Eigentum des Ehegatten steht und vom Arzt auch betrieblich genutzt wird. Hier könnte man meinen, dass es sinnvoll wäre,

die anteiligen Kosten teilweise in der Praxis des Arztes geltend zu machen. Doch das ist nicht ganz so einfach. Denn sofern der Arzt keine Ausgleichszahlung an den Ehegatten leistet, kann er auch keine Kosten geltend machen. Die Kilometerpauschale von 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer kann er ohne Kostenbeteiligung ebenfalls nicht beanspruchen. Die Lösung liegt darin, dass zwischen dem Arzt und dem Ehegatten ein Nutzungsvertrag mit Kostenbeteiligung geschlossen wird. Der Arzt beteiligt sich also an den Kosten und kann diese dann geltend machen. Üblicherweise dürfte hier eine pauschale Abgeltung der Kosten mit 0,30 Euro ausreichend sein.

Beim Ehegatten ist hierbei allerdings Vorsicht geboten. Denn dieser hat die Nutzungsvergütung entweder im Rahmen seines Gewerbebetriebes oder aber auch im Privatbereich als steuerpflichtige Einkünfte zu erklären. Gehört das Fahrzeug zum Gewerbebetrieb des Ehegatten, würden die Nutzungsvergütungen dort als Betriebseinnahmen erfasst, den gewerblichen Gewinn und die Gewerbesteuer erhöhen. Zudem dürfte sich für den Arzt auch noch eine zusätzliche Belastung mit Umsatzsteuer ergeben. Insoweit sollte man von einer solchen Gestaltung die Finger lassen.

Überlässt der Ehegatte seinen privaten Pkw, kann er seine tatsächlich angefallenen Kosten aus der Überlassung an den Arzt gegen die Nutzungsvergütung rechnen und dadurch seine diesbezüglichen Einkünfte nahezu auf null drücken. Der Arzt könnte dennoch die gezahlte Nutzungsvergütung als Praxisausgabe abziehen. Da die Nutzungsüberlassung durch den Ehegatten gewöhnlich unter 17.500 Euro liegen dürfte, fällt meist auch keine Umsatzsteuer an. Allerdings müssen die betrieblich gefahrenen Kilometer aufgezeichnet und Belege gesammelt werden.

Fazit: Die steuerliche Behandlung von Fahrzeugen kann recht komplex werden, wenn das Fahrzeug für verschiedene Zwecke genutzt wird. Sprechen Sie die tatsächliche Nutzung daher vorab mit Ihrem Steuerberater ab, um die für Sie optimale Gestaltung zu finden.

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Europcar aus der Nähe getestet

Tolle Autos, kundenfreundlich, kompetent und serviceorientiert



Seit vielen Jahren ist Europcar Kooperationspartner des Hartmannbundes und bietet den Mitgliedern die Möglichkeit an, kostengünstig und flexibel Fahrzeuge zu mieten. Wie das funktioniert, haben wir uns einmal genauer angesehen.

Die Mitarbeiterin des Hartmannbundes Nicole Rausch hatte sich für eine Spritztour durch Berlin mit dem Audi A 5 Cabriolet ein besonderes Fahrzeug ausgewählt.

Wie klappte es mit der Reservierung? Meine Reservierung habe ich über den Europcar Link im geschlossenen Mitgliederbereich der Hartmannbund-Homepage getätigt. Über diesen Link konnte ich meine Wunschkategorie direkt zu den vergünstigten Konditionen buchen. Ich habe mich für ein großes Luxus-Cabriolet für vier Personen an einem Wochenende in Berlin entschieden. Abgeholt habe ich das Fahrzeug in der Europcar Station in der Kurfürstenstraße. **Wie verlief die Anmietung?** Die Kurfürstenstraße ist eine sehr schöne und einladende Station. Das Personal ist freundlich und zuvorkommend. Ich wurde kompetent in die Benutzung des Fahrzeuges eingewiesen. **Hat Ihnen der Audi A5 gefallen?** Ja, sehr. Der Wagen hat eine wahnsinnige Beschleunigung! Das Fahrgefühl ist grandios, insbesondere die Straßenlage hat mich beeindruckt. Ein ech-

ter Hingucker. Überrascht hat mich vor allem der geringe Kraftstoffverbrauch. Dieser lag bei unter neun Liter auf 100 Kilometer bei ca. 250 PS. Außerdem überzeugte das Cabrio mit einer Vollausstattung sowie einem Drei-Liter-Dieselmotor. **Würden Sie es wieder tun?** Auf alle Fälle. Ich habe das Wochenende wirklich genossen und Berlin und sein Umland mit dem Audi A 5 Cabriolet erkundet. Es war toll, das eigene Auto für ein paar Tage gegen einen Neuwagen eintauschen zu können und den Fahrspaß voll auszukosten. Aufgrund der einfachen Buchung und dem erstklassigen Service bei der Anmietung sowie der guten Konditionen würde ich jederzeit wieder einen Wagen bei Europcar buchen.

Europcar – Ihr Mobilitätspartner

Europcar ist die größte Autovermietung in Europa und stellt seinen Kunden weltweit optimale Lösungen für die wachsende Vielfalt an Mobilitätsbedürfnissen zur Verfügung. In Deutschland bietet das Unternehmen mit 520 Standorten – viele davon sind rund um die Uhr geöffnet – die beste Erreichbarkeit. Europcar zeichnet sich durch einen erstklassigen, persönlichen Service, hohe Qualitätsansprüche und eine moderne, hochwertige Fahrzeugflotte aus.

Bei Europcar haben Kunden noch mehr Auswahl: Europas größter Autovermieter hat seine Flottenstruktur differenziert und

bietet innerhalb der Kategorien Economy, Compact, untere Mittelklasse und Mittelklasse höherwertige Fahrzeuge an, die separat gebucht werden können. Kunden haben so die Möglichkeit, sich bewusst für einen Mietwagen mit stärkerer Motorisierung oder besonders hochwertiger Ausstattung zu entscheiden. Europcar ist der erste Autovermieter in Deutschland, der seinen Kunden diese Möglichkeit bietet.

Hochwertige Ausstattung, Sportlichkeit, Eleganz und Fahrspaß – dies sind nur einige der Eigenschaften, mit denen sich die Prestige Flotte von Europcar am besten beschreiben lässt. Der Autovermieter bietet seinen Kunden an 14 ausgewählten Stationen in Hamburg, München, Berlin, Frankfurt, Stuttgart, Düsseldorf und Köln die Möglichkeit, spezielle Fahrzeugmodelle bekannter Marken individuell und verbindlich zu buchen. Die Fahrzeugmodelle variieren, sodass immer wieder andere Modelle zur Prestige-Flotte hinzukommen.

Seit dem 1. August 2015 können Mitglieder des Hartmannbundes erstmals auch Elite- und Prestige-Modelle buchen. Für weitere Informationen können Sie uns kontaktieren. Telefon: 030 206 208-46, Mail: service@hartmannbund.de. Möchten Sie gleich reservieren? Dann gehen Sie auf www.hartmannbund.de.



Die Europcar Station in der Kurfürstenstraße (v.l.n.r.): Nicole Rausch (Hartmannbund), Angelika Fricke (Location Managerin bei Europcar) und Julius Rempe (Regional Account Manager bei Europcar)



Der Mitarbeiterin des Hartmannbundes hat der Ausflug mit dem Audi A 5 Cabriolet sehr gut gefallen.

Nachhaftungsversicherung So sichern Ärzte ihren Ruhestand und schützen ihr Erbe



Der Autor: Patrick Weidinger, Rechtsanwalt
Deutsche Ärzteversicherung
Tel.: 0221 148 307 85
www.aerzteversicherung.de

Der Ruhestand naht und der Arzt oder die Ärztin freut sich auf eine Zeit ohne berufliche Tätigkeit. Vielleicht noch ein bisschen nebenbei arbeiten, aber ansonsten endlich mal andere Dinge tun. Doch Vorsicht. Auch im Ruhestand können Tücken lauern, die abgesichert sein sollten.

Scheidet ein Arzt endgültig aus dem Berufsleben aus und kündigt seine Berufshaftpflichtversicherung, besteht kein Versicherungsschutz für Fälle, in denen gesundheitliche Schäden eines Patienten erst nach Ende der Berufshaftpflicht eintreten, die Ursachen jedoch aus der Zeit herrühren, da die Versicherung noch gültig war.

Ein Beispiel: Ein haftpflichtversicherter niedergelassener Arzt gibt zum 31. Dezember 2014 seine Praxis auf und ist ab dem 1. Januar 2015 im Ruhestand. Ende Dezember 2014 verordnet er einem Patienten ein falsches Medikament, das der Patient 2015 einnimmt und das dann zu einer Hirnblutung führt. Aus der zum 31. Dezember 2014 endenden Versicherung besteht für diesen späteren Eintritt des Schadenereignisses kein Versicherungsschutz. Genau dieses Risiko „Eintritt des Schadenereignisses nach

Ende des Versicherungsschutzes“ deckt eine Nachhaftungsversicherung ab.

Nachhaftungsversicherung

Folgende Fragen werden von Ärztinnen und Ärzten immer wieder gestellt:

Wie lange sollte eine solche Nachhaftungsversicherung bestehen? Wer absolut sichergehen möchte, muss eine Nachhaftungsversicherung für die Dauer der maximalen Verjährungsfrist von 30 Jahren abschließen. Die im Einzelfall angemessene Laufzeit kann nur durch den jeweiligen Arzt entsprechend seiner konkreten Risikolage bestimmt werden. Bei der Vereinbarung von Jahresverträgen, wie sie zum Beispiel bei der Deutschen Ärzteversicherung üblich sind, kann die Notwendigkeit jährlich neu beurteilt werden.

Worin liegt der Unterschied zwischen einer Nachhaftungs- und einer Ruhestandsversicherung? Die Nachhaftungsversicherung betrifft Schadeneintritte nach Risikowegfall, die Ruhestandsversicherung die Versicherung der ärztlichen Tätigkeit im Ruhestand. Versicherungstechnisch handelt es sich um zwei verschiedene Risiken, deren Versicherung aber kombiniert werden kann.

Ruhestandsversicherung

Was deckt eine Ruhestandsversicherung ab? Nach der Berufsordnung sind Ärzte verpflichtet, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit hinreichend gegen Haftpflichtansprüche zu versichern. Dies gilt auch für ärztliche Tätigkeiten im Ruhestand wie Praxisvertretung oder Behandlung von Freunden und Verwandten. Eine Ruhestandsversicherung ist nicht notwendig, wenn der Arzt seinen Beruf nicht mehr ausübt oder die Approbation zurückgegeben hat.

Muss der Arzt seine Approbation zurückgeben, um auf eine Ruhestandsversicherung verzichten zu können? Nein, es genügt, wenn er sich sicher ist, den Arztberuf nicht mehr auszuüben, also keine Freunde zu behandeln, keine Praxisvertretung zu übernehmen usw.

Die Erste-Hilfe-Leistung des Ruheständlers, zu der er verpflichtet ist, um sich nicht



wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar zu machen, ist – so bei der Deutschen Ärzteversicherung – der Privathaftpflichtversicherung zuzuordnen (die anschließende Behandlung natürlich nicht). Im Zweifel sollte man den entsprechenden Deckungsschutz mit seinem Privathaftpflichtversicherer klären. Besteht keine Privathaftpflichtversicherung oder muss diese nicht eintreten, ist die Berufshaftpflichtversicherung zuständig.

Weitere Fragen können Sie gerne an das Beratungsteam des Hartmannbundes stellen, der seit langem mit der Deutschen Ärzteversicherung zusammenarbeitet.

Kontakt: hb-info@hartmannbund.de, Telefon: 030 206 208-0.



Foto: © eyewave - fotolia.com

Neuer Studiengang an SRH Fernhochschule Prävention und Gesundheitspsychologie



Vor dem Hintergrund des vermehrten Auftretens von psychosozialen Problemen und der notwendigen Neuausrichtung der Gesundheitssysteme entsteht auch eine Veränderung im Bereich der gesundheitsbezogenen Informationsbedürfnisse. Gefragt ist Gesundheitskompetenz. Der neue Studiengang „Prävention und Gesundheitspsychologie“ der SRH Fernhochschule Riedlingen kombiniert fachliche Inhalte der Prävention und Gesundheitspsychologie mit Themen wie Projekt- oder Changemanagement.

Aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels sowie dem vermehrten Auftreten von psychosozialen Problemen und chronischen psychosomatischen Krankheiten auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene besteht eine große Nachfrage nach gesundheitspsychologischen Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation haben gezeigt, dass in Industrienationen etwa ein Drittel aller Menschen an psychischen und psychosomatischen Beschwerden leiden. Bereits der Gesundheitsreport der DAK, einer der größten Krankenkassen in Deutschland, aus dem Jahr 2005 zeigte auf, dass in Deutschland psychische Störungen schon vor zehn Jahren die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen waren. Darüber hinaus hatten nach den Daten des Statistischen Bundesamtes allein im Jahr 2005 mehr als 10.000 Menschen in Deutschland ein Suizid begangen, wobei Depression die häufigste Ursache war.

Der Zugang zu einer Psychotherapie als „Kassenleistung“ ist nur dann (und mit erheblichen Wartezeiten von bis zu sechs Monaten) möglich, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Die Qualität und Qualifikation von sogenannten Einzelcoaches, die gesundheitspsychologische Präventionen anbieten, ist in Deutschland sehr heterogen. Auch basieren die Beratungsangebote nicht selten auf pseudowissenschaftlichen Methoden, die aus dem unüberschaubaren

Graubereich der „Psychologischen Beratung“ entstammen. Ebenso heterogen ist die Qualifikation von sogenannten Gruppencoaches, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) Fortbildungen und Trainingsmaßnahmen anbieten.

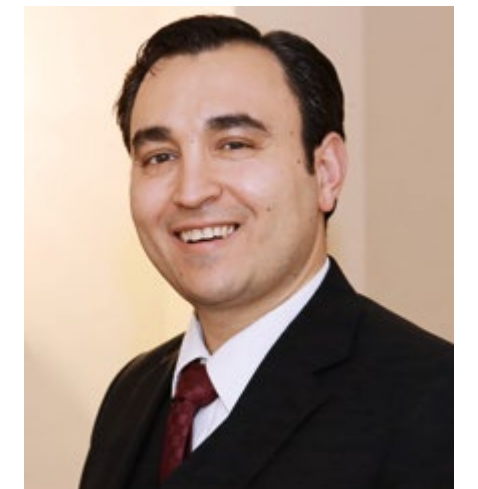
Berufsbegleitender Studiengang

Durch einen naturwissenschaftlichen Master-Abschluss (M.Sc.) im Studiengang „Prävention und Gesundheitspsychologie“, der neu an der SRH Fernhochschule Riedlingen angeboten wird, können Absolventen ihrem Arbeitgeber bzw. im Falle einer Selbstständigkeit ihrem Auftraggeber nachweisen, dass sie die entsprechenden Fachkenntnisse erworben haben. Beispielsweise können sie wissenschaftlich fundierte Beratungsgespräche und Trainingsmaßnahmen für Mitarbeiter im Betrieb bzw. für Klienten sowie gesundheitspsychologische Projekte durchführen. Die notwendigen Fachkenntnisse beziehen sich dabei auf Grundlagenfächer wie Psychologie, Medizinische Grundlagen und Biologische Psychologie, auf Anwendungsfächer wie Diagnostik, Klinische Psychologie und Neurorhabilitation, empirische Forschungsmethoden sowie auf praktische Methoden der psychologischen Gesprächsführung und Verhaltensänderung unter Berücksichtigung individueller Interaktionsmuster und gruppenspezifischer Prozesse.

Der akkreditierte Master-Studiengang „Prävention und Gesundheitspsychologie“ mit dem international anerkannten Abschluss „Master of Science“ ermöglicht die berufsbegleitende Vermittlung von fundierten Kenntnissen. Das Fernstudium an der SRH Fernhochschule Riedlingen beinhaltet Kompaktpräsenzveranstaltungen und multimediales Lernen.

Fortbildung auch für Ärzte

Neben dem neuen Master-Studiengang „Prävention und Gesundheitspsychologie“ sowie weiteren Bachelor- und Master-Abschlüssen im Gesundheitsbereich bietet die Fernhochschule Riedlingen mit „Gesund-



Der Autor: Diplom-Psychologe und Psychotherapeut
Prof. Dr. rer. nat. Ahmed A. Karim; Leiter
des Master-Studiengangs „Prävention und
Gesundheitspsychologie“ SRH Fernhochschule,
Tel.: 07371 931 50, info@fh-riedlingen.srh.de,
www.fh-riedlingen.de

heitsökonomie für Mediziner“ auch eine auf die Bedürfnisse von Ärzten, Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie Medizinstudierenden ausgerichtete akademische Fortbildung an. Kostendruck und Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen führen zu immer weiteren gesetzlichen Vorgaben, die die Berufsausübung von Medizinern unmittelbar beeinflussen. Daher gewinnt vor allem das betriebswirtschaftliche Wissen über Grundlagen und Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen zunehmend an Bedeutung.

Das mit dem Hartmannbund entwickelte modulare Fernstudienangebot qualifiziert Beschäftigte im Gesundheitsbereich für diese neuen Anforderungen.

Für jedes erfolgreich abgeschlossene Modul in der akademischen Fortbildung „Gesundheitsökonomie für Mediziner“ werden im Übrigen von der LÄK Baden-Württemberg 40 Fortbildungspunkte (Fortbildungskategorie H) angerechnet.

Möchten Sie mehr zu den Angeboten von Hartmannbund und SRH Riedlingen erfahren? Dann kontaktieren Sie uns: service@hartmannbund.de.

Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

In der Bundesgeschäftsstelle in Berlin und in den Geschäftsstellen der Landesverbände stehen Ihnen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung.

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau
Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold
Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau
Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Gergana Vasileva
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 Baden
Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau
Tel.: 030 206208-43



© burak cakmak - fotolia.com

Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

(Geschäftsführung der Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)
Mathias Burmeister
Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

(Geschäftsführung der Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)
Sabine Beukert
Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)
Larissa Gebser
Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)
Eleonore Wagner
Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)
Ingeborg Dinges
Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel
Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner
Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Elke Hobel
Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

HNO-KV-Praxis in Bonn

Nach langjähriger Niederlassung an Kollegin oder Kollegen flexibel abzugeben. Praxis-Schwerpunkt: Konservative HNO, attraktiver Altersdurchschnitt, Praxis ist mit ÖPNV gut erreichbar, Parkplätze vorhanden, Notdienst ist optimal geregelt. Kontakt über Chiffre 078287.

Nachfolger für Hausarztpraxis gesucht

Suche Nachfolger für Allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Riesa (Sachsen) für die Jahre 2018/19. Die Praxis ist modernisiert, umfasst das normale Spektrum einer hausärztlichen Tätigkeit, einschließlich Hausbesuche. Die Notdienste sind selten. Habe ein gut geschultes Personal, ca. 1.500-1.600 Scheine im Quartal. Am Ort sind alle Schulen und Kindereinrichtungen vorhanden. Kontakt über Chiffre 558984.

Hausärztlich-internistische Praxis in Altbach/Neckar

Ärztin o. Arzt (Internist/Allgemeinarzt) gesucht für kleinere, gepflegte hausärztliche internistische Praxis in Altbach/Neckar (Kreis Esslingen). Gute Praxisräume, Garage, Parkplätze, zentrale Lage, Apotheke, Bahnhofsnähe. OHNE STARTKAPITAL betriebsbereit mit hohem Vergrößerungspotential für 2015. Kontakt: P. Burghardt, Esslinger Straße 52, 73776 Altbach, Tel.: 07153 217 16, Fax: 07153 896 030, E-Mail: dr.w.weidemann@t-online.de

STELLENANZEIGEN

HNO-Arzt/Ärztin gesucht

Etablierte Praxis in Idar-Oberstein sucht HNO-Arzt/HNO-Ärztin zur Anstellung; Belegabteilung, stationär und ambulant OP, Option auf spätere Übernahme, verschiedene Kooperationsformen vorstellbar, Kontakt telefonisch unter: 06781 211 12.

Frauenarzt/ärztin gesucht

Große Frauenarztpraxis mit Schwerpunkt Hormondiagnostik und -therapie sowie Schwangerenbetreuung und Kinderwunschbehandlung sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n Frauenarzt/ärztin zur Weiterbildung und/oder Erlangung einer Zusatzbezeichnung (z.B. Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Perinatalmedizin etc.). Ausführliche schriftliche Bewerbung erbeten an: Gemeinschaftspraxis Dres. med. Freischem, Emons & Kollegen, Salzstraße 2, 48143 Münster. Mehr Informationen unter www.freischem.de.

KLEINANZEIGEN – FÜR MITGLIEDER KOSTENLOS*

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

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

Dermatologin bietet Vertretungsdienste an

Dermatologin, 45Jahre alt, mit Zusatzbezeichnung Allergologie, auch zertifiziert und versiert in der ästhetischen Dermatologie, langjährig erfahren und zuverlässig, kann ab September 2015 Praxisvertretungen in Osnabrück und Umkreis (ca. 50 Kilometer) übernehmen. Kontakt telefonisch: 0173 611 66 97.

SONSTIGES

Homo-Skelett mit Stativ abzugeben

Gut erhaltenes Homo-Skelett mit Stativ abzugeben; abgesehen von geringer AC-Gelenkbeschädigung, sehr gute Bezahnung. Verhandlungsbasis sind 450 Euro. Kontakt bitte über E-Mail: hans.junginger@arcor.de

Pädiatrische Fachliteratur

„Pädiatrie in Praxis und Klinik“ in drei Bänden; Thieme Verlag, 1980. Herausgeber: D. Bachmann; neuwertig und „Pädiatrische Differenzial-Diagnose“ von Hertel/Fischer; Thieme Verlag; neuwertig. Kontakt telefonisch: 0521 88 00 77.

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY

Schutzkleidung

UDO HEISIG GMBH Hermann-Oberth-Straße 17 • 85640 Putzbrunn
Tel.: +49 89 46 23 92-0 • info@heisig.de

www.heisig.de

IMPRESSUM

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

Redaktion:
Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:
Michael Rauscher, Dr. Michael Vogt,
Dr. Rudolf G. Fitzner, Dr. Thomas Lipp

Anschriften:
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: c.bellert@koellen.de

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

Satz und Lithos:
Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn

Druck und 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 Mitglied-
schaft abgegolten. Nachdruck, Kopien,
Aufnahme in elektronische Medien
(auch auszugsweise) nur mit schriftlicher
Genehmigung der Redaktion. Für unver-
langt 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.

Bildnachweis: Hartmannbund

Titelfoto: © Dream-Emotion – Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

KBV: Keine Verhandlung nach Kassenlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) warnt vor einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. Laut einer Umfrage des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat sich die wirtschaftliche Lage von Arztpraxen insgesamt deutlich verschlechtert. Die Betriebskosten stiegen im Zeitraum 2010 bis 2013 um 7,6 Prozent und damit weitaus stärker als die Verbraucherpreise. Im selben Zeitraum senkten die Praxisinhaber ihre Ausgaben für Investitionen deutlich. Zwischen 2010 und 2013 sanken die Abschreibungen um 13,5 Prozent, die Aufwendungen für Leasing und Mieten für Geräte um 5,9 Prozent. Gleichzeitig stiegen die Kosten für Wartung und Instandhaltung um 11,8 Prozent.

GKV-Bürokratie kostet Niedergelassene über 4 Milliarden Euro

Das Statistische Bundesamt hat erstmals die Bürokratiekosten im ambulanten vertrags(zahn)ärztlichen Bereich beziffert. Sie belaufen sich auf jährlich 4,33 Milliarden Euro. Dabei gehen 3,33 Milliarden Euro auf die gemeinsame (zahn)ärztliche Selbstverwaltung zurück und knapp eine Milliarde Euro auf Vorgaben des Gesetzgebers. Das geht aus dem Bericht „Mehr Zeit für Behandlung“ hervor, den das Bundesamt im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates angefertigt hat. Im Ergebnis konnten in 20 Bereichen konkrete Handlungsempfehlungen für einen Abbau der Bürokratie formuliert werden. Das Einparpotenzial, das mit diesen Maßnahmen erreicht werden kann, soll laut Normenkontrollrat bei einem dreistelligen Millionenbereich liegen.



mehr auf
www.hartmannbund.de

Anzeige

ETL | Medizinrecht

WIR MACHEN
MEDIZINRECHT

Schnelle und unkomplizierte Hilfe: Tel.: (0800) 724 17 76

Weitere Infos finden Sie unter www.etl-rechtsanwaelte.de/medizinrecht

Anzeige



Relax Rente: Die entspannte Art, fürs Alter vorzusorgen.

Von Chancen der Kapitalmärkte profitieren, ohne Risiken einzugehen!

- Sicherheit**
„Geld-zurück-Garantie“ für die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin
- Wertzuwachs**
Ihre Kapitalanlage profitiert Jahr für Jahr von den Erträgen der 50 Top-Unternehmen Europas, nimmt aber eventuelle Verluste nicht mit
- Zusätzliche Renditechancen**
Durch ergänzende Investition in renditestarke Fonds
- Komfort**
Wir übernehmen das komplette Anlagemanagement für Sie
- Flexibilität**
Während der gesamten Laufzeit an veränderte Lebenssituationen anpassbar

Rufen Sie uns an unter 02 21 / 1 48-2 27 00
www.aerzteversicherung.de



Weil Ihr Vermögen
die beste Behandlung
verdient.

apoPur. Über alles reden.
An alles denken.

Wir sprechen erst mit Ihnen – und dann über Geld. Denn bei uns gibt es keine Empfehlungen, ohne dass wir Sie wirklich verstehen. Genau dafür haben wir apoPur entwickelt, unseren ganzheitlichen Beratungsansatz. Bei allem, was wir für Sie tun können, von Finanzierungs- und Anlagelösungen über Karrierewege bis hin zu Immobilien und Vorsorge, gilt: Wir beraten Sie umfassend – beruflich und privat. Schließlich sind wir Ihre Bank, die Bank für Heilberufler.

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank

Dr. Thomas Kühn,
Kunde der apoBank

