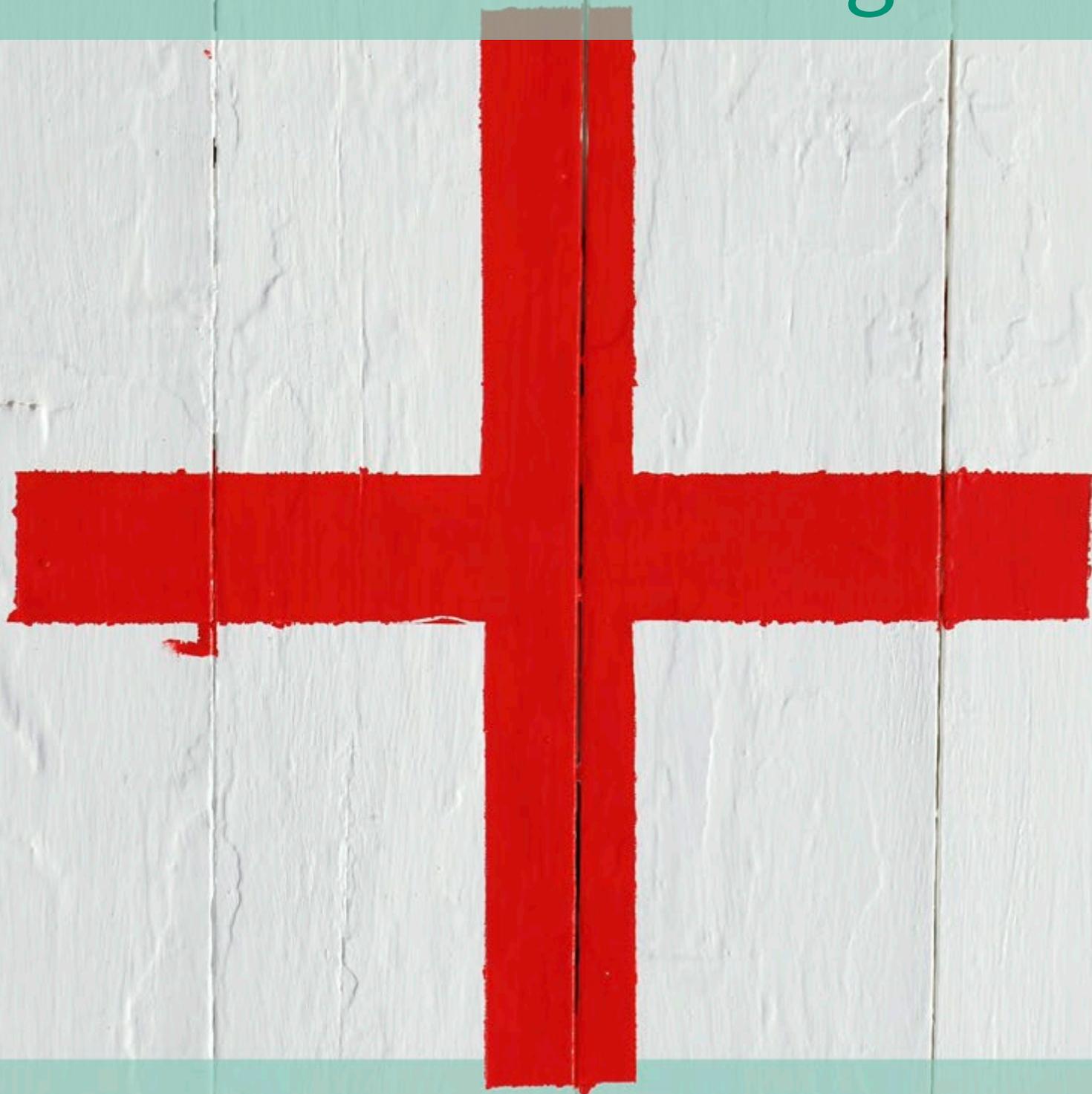


01/2016



Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



In besonderer Mission

Wie sich Ärzte bei uns und weltweit engagieren



Relax Rente

Alles, was eine zukunftsorientierte
Altersvorsorge leisten muss

Einmalig in
Deutschland

Profitieren Sie von den Kapitalmarktchancen, ohne Risiken einzugehen.

- **Sicherheit:** „Geld-zurück-Garantie“ auf die eingezahlten Beiträge bei Rentenbeginn
- **Hohe Ertragschancen:** Ihre Kapitalanlage profitiert Jahr für Jahr durch die Beteiligung an einem Index, nimmt eventuelle Verluste aber nicht mit
- **Komfort:** Wir übernehmen das komplette Anlagemanagement für Sie
- **Flexibilität:** In der Anspar- und **jetzt auch in der Rentenbezugsphase** können Sie Ihre Anlagestrategie flexibel je nach Lebenssituation gestalten

Jetzt beraten lassen unter **0221 148-22700**
www.aerzteversicherung.de

Editorial

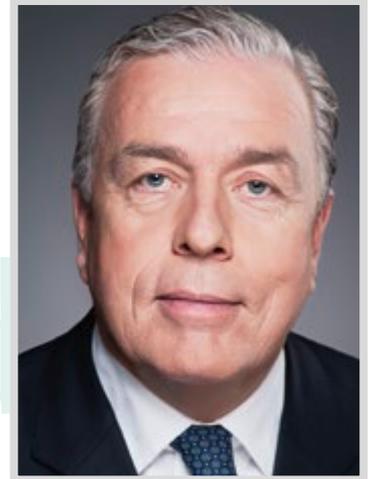
*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

was sind das für Kontraste, denen wir als Ärztinnen und Ärzte in unserem Beruf immer wieder begegnen. Und ich mache keinen Hehl daraus, dass gerade auch in der Berufspolitik da manchmal Welten mit einer Wucht aufeinanderprallen, die es einem immer wieder mal schwer machen, die Dinge noch richtig einzuordnen. 50.000 Euro sammeln Kolleginnen und Kollegen in Onlineforen innerhalb weniger Tage, um die Rechtmäßigkeit eines Beschlusses des deutschen Sonderärztetages zur GOÄ anwaltlich prüfen zu lassen. Das ist ihr gutes Recht und nicht zu kritisieren. Weniger als 20.000 Euro braucht unsere Kollegin Martina Scheufler in Hanau, um für die Bewohner in Munkacs – einer 90.000 Einwohner-Stadt in Transkarpathien im Westen der Ukraine – ein „neues“ gebrauchtes Mammographie-Gerät zu beschaffen.

Damit keine Missverständnisse entstehen: Hier geht es nicht darum, das eine gegen das andere auszuspielen. Es geht nicht um falsch oder richtig, schon erst recht nicht geht es um gutes oder weniger gutes ärztliches Handeln. Es geht darum, in unserem täglichen ärztlichen Handeln die Verhältnisse angemessen einzuordnen. Es geht um Momente, die Anlass bieten, kurz inne zu halten und ein paar Fragen unseres Arztseins zu reflektieren, Gedanken zuzulassen über den Sinn, die Chancen und die Grenzen unseres Wirkens und über unseren eigenen Anspruch an das, was wir tun.

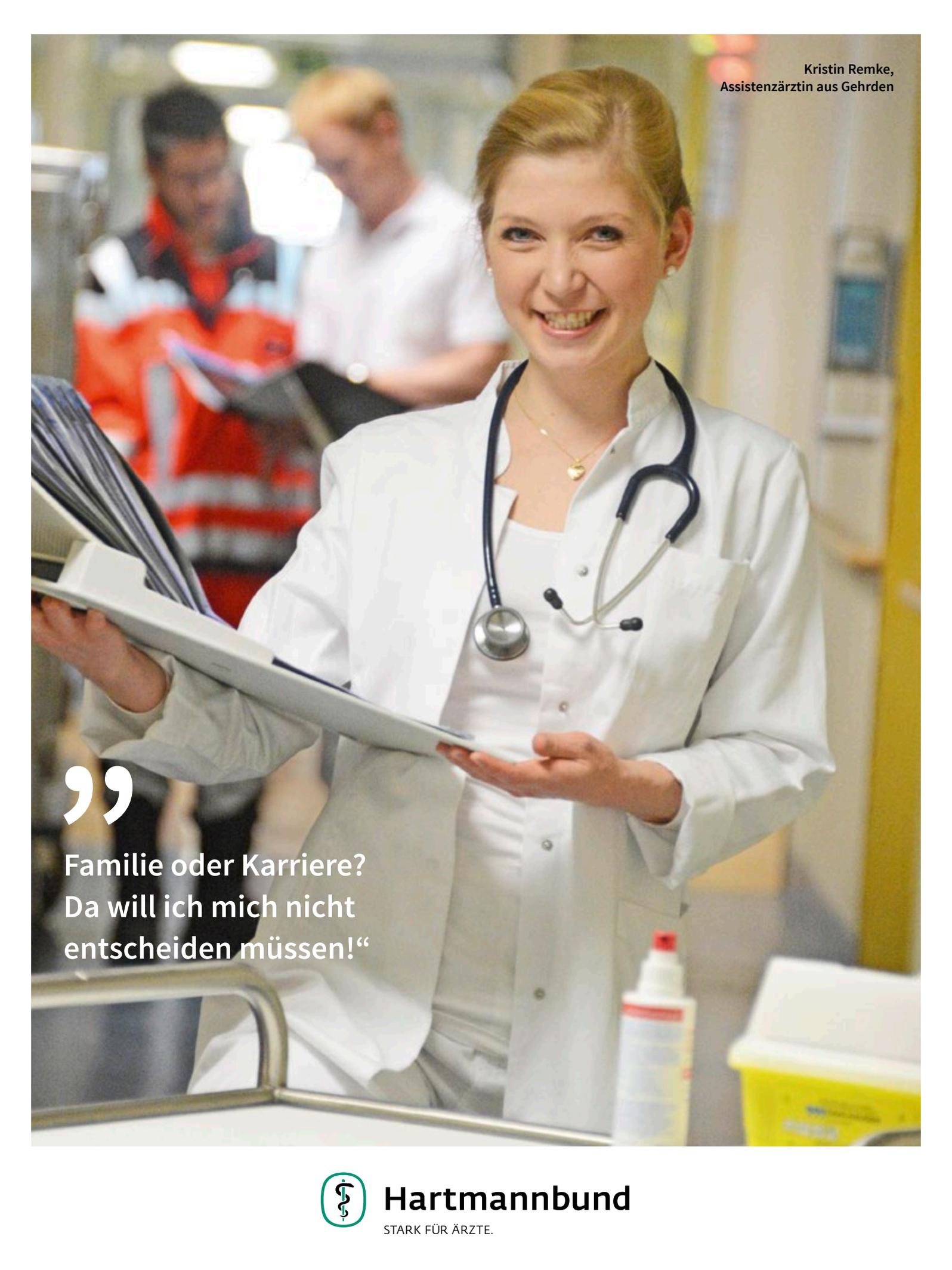
In jedem Fall haben die „Ärzte in besonderer Mission“, mit denen sich dieses Hartmannbund-Magazin in seiner Titelgeschichte beschäftigt, es allemal verdient, ihr Engagement einmal besonders gewürdigt zu sehen. Sie führen uns eindrucksvoll vor Augen, wie viele unserer Kolleginnen und Kollegen – auch jenseits der ganz ohne Frage notwendigen Diskussionen über den einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Gebührenordnung für Ärzte, die wirtschaftlichen Zwänge der Praxisführung oder die oft unbefriedigenden Arbeitsbedingungen an den Kliniken – bewundernswerte Arbeit leisten – in Deutschland oder anderswo. Mal ehrenamtlich in ihrem Jahresurlaub, mal ein paar Wochen lang in Brennpunkt-Projekten für ein paar Euro im Monat oder auch für einen längeren Zeitraum, ganz am Ende der Welt, weil sie – einmal „infiziert“ – nicht mehr loslassen können angesichts von Not und Elend, dem sie begegnen, angesichts des Gefühls, unbedingt gebraucht zu werden. Letzteres, und da schließt sich dann wieder der Kreis zur Berufspolitik, gilt im Übrigen auch immer häufiger für Kolleginnen und Kollegen, die es nicht übers Herz bringen, ihre Praxis in Ermangelung eines Nachfolgers einfach zu schließen. Auch sie machen weiter, weil sie gebraucht werden und ihre Patienten nicht im Stich lassen wollen. Auch ihr Engagement in „besonderer Mission“, in der immer stärker unterversorgten Fläche dieser Republik, gilt es an dieser Stelle ausdrücklich zu würdigen.

Klaus Reinhardt



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands



Kristin Remke,
Assistenzärztin aus Gehrden

”

Familie oder Karriere?
Da will ich mich nicht
entscheiden müssen!“



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Inhalt

6



Ärztliches Engagement in Deutschland und anderswo

Seit vielen Jahren engagieren sich weltweit Hilfsorganisationen, wenn Kriege, Hungersnöte, Epidemien oder Naturkatastrophen ausbrechen. Unter den Helfern sind seit eh und je auch viele Ärzte, die sich oft unentgeltlich erheblichen Risiken – ob Krankheiten oder Kriegen – aussetzen und für mehrere Monate in Krisengebieten arbeiten.

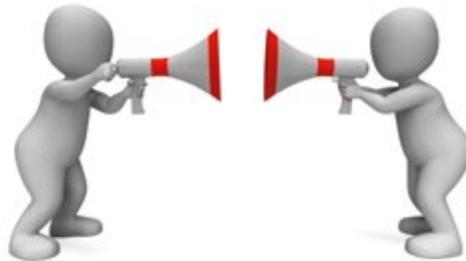
12

Das Interview

Mit Dr. Volker Westerbarkey, dem Vorstandsvorsitzenden von „Ärzte ohne Grenzen“

14 Politik

GOÄ-Debatte – noch immer kein Ende in Sicht. Eine Bestandsaufnahme



26

Assistenzärzte

Förderung der ambulanten Weiterbildung

Medizinstudierende 28

Famulaturen in Deutschland und anderswo

30

HB-Intern

Assistenzarztausschuss gegründet

HB-Intern 31

Landesvorsitzende im Interview: Dr. Lothar Born (Hessen)

20

Pro & Contra

Hat das duale System noch eine Zukunft?

22

Niedergelassene Ärzte

Wirtschaftlichkeit in der Vertragsarztpraxis

24 Angestellte Ärzte

Neuregelungen für Nachwuchswissenschaftler



36

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 40

Impressum 42

Ärztliches Engagement außerhalb des gewohnten Praxis- und Klinikgrenzenlos – Deutsche Ärzte weltweit

Wenn irgendwo auf der Welt Kriege, Naturkatastrophen, Hungersnöte, Epidemien oder andere Krisen ausbrechen, sind Hilfsorganisationen in der Regel schnell an Ort und Stelle. Unter den Helfern sind seit je her auch viele deutsche Ärzte, die sich – und das oft nur gegen eine geringe Aufwandsentschädigung und unter Lebensgefahr – für Menschen in Not einsetzen. Die Ärzte engagieren sich in ihrer Freizeit, nehmen ihren Jahresurlaub, unbezahlten Urlaub oder lassen sich in ihrer Praxis vertreten. Einige setzen monatelang mit ihrer Weiterbildung aus oder bleiben Jahre in den Einsatzgebieten, weil sie überzeugt sind, länger gebraucht zu werden.

Tobias Vogt ist einer der Ärzte, die nicht loslassen wollen. Der 48-Jährige Internist aus Düsseldorf lebt und arbeitet seit 2012 dauerhaft in Kalkutta, um die Tuberkulose zu bekämpfen, mit der sich jährlich Millionen Inder infizieren. Amy Neumann-Volmer, eine Allgemeinärztin vom Bodensee, unterstützt seit 2007 Hilfseinsätze in Zentralafrika, Kenia, Syrien und aktuell mitten in Europa. Die jungen Ärzte Teresa De la Torre und Dorian Jungmann kehren nach über einem Jahr aus der afrikanischen Ebola-Region zurück, wo auch der Berliner Arzt Maximilian Gertler mehrere Wochen tätig war. Die Hanauer Allgemeinärztin Martina Scheufler engagiert sich seit 1996 für eine bessere Gesundheitsversorgung in der Ukraine. Und Pia Skarabis-Querfeld gründete 2015 die Berliner Initiative „Medizin hilft Flüchtlingen“. All diese Ärzte haben eines gemeinsam – sie wollen helfen, ob ohne oder mit einer Organisation im Rücken.

Weltweit sind viele Hilfsorganisationen im Einsatz. Für unsere Berichterstattung haben wir stellvertretend zwei ausgewählt: „Ärzte ohne Grenzen“ und „German Doctors“. Beide Organisationen setzen sich seit Jahrzehnten für hilfsbedürftige Menschen in Krisenregionen ein und haben viele engagierte Ärzte aus Deutschland in ihren Reihen. Mit einigen der Ärzte, die in Indien, Frankreich, Guinea und Sierra Leone im Einsatz sind bzw. waren, konnten wir sprechen oder haben uns per Mail ausgetauscht (ab Seite 8).

Seit mehr als 40 Jahren stehen „Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen“ (MSF) – in Deutschland bekannt unter dem Namen „Ärzte ohne Grenzen“ – weltweit Menschen in Notsituationen bei. Der erste Einsatz wurde 1971 nach einem Erdbeben in Nicaragua gestartet. Zehn Tonnen Medikamente und drei Ärzte wurden damals in das Krisengebiet geschickt. Einer größeren Öffentlichkeit wurde „Ärzte ohne Grenzen“ durch den Einsatz von mehr als 50 Ärzten und Krankenschwestern bekannt, die 1976 in einem von christlichen Milizen eingeschlossenen schiitischen Viertel Beiruts im Libanon arbeiteten. Studiert man die aktuellen Einsatzorte, dann hat man einen – traurig stimmenden – Überblick gewonnen, wo überall auf der Welt Krisen herrschen. Guinea, Liberia, Angola, Madagaskar, Honduras, Mexico, Papua-Neuguinea, Afghanistan, Irak, Iran, Ukraine, Serbien, Griechenland – insgesamt sind es mehr als 60 Länder, in denen auch viele Deutsche im Einsatz sind. Allein 2015 organisierte die deutsche Sektion von „Ärzte ohne Grenzen“ 345 Ausreisen (etwa ein Drittel Ärzte) – Tendenz steigend. Im Mittelpunkt stehen die medizinische Erstversorgung notleidender Menschen und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Die Hilfsorganisation „German Doctors“ wurde 1983 gegründet, damals unter dem Namen „Ärzte für die Dritte Welt“. 1984 berichtete das „Deutsche Ärzteblatt“ von der Gründung und viele Ärzte

© Ärzte ohne Grenzen



Die Krisengebiete finden sich weltweit – in Amerika, Asien, Europa und auch in Afrika, wo Mitarbeiter von „Ärzte ohne Grenzen“ aktuell in 18 Ländern tätig sind. Dort befinden sich Millionen Menschen auf der Flucht.

© German Doctors



Die Hilfsorganisation „German Doctors“ engagiert sich seit 1983 in verschiedenen Ländern der Welt.

ikalltags

weit als Helfer in der Not

meldeten sich freiwillig. Bis heute ist „German Doctors“ projektbezogen im Einsatz. Aktuell sind es acht Projekte in fünf Ländern: Kalkutta (Indien), Mindanao/Mindoro/Cebu (Philippinen), Dhaka/Chittagong (Bangladesch), Nairobi (Kenia) und Serabu (Sierra Leone). Schwerpunkte der Arbeit sind die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Kampf gegen Hunger und Krankheiten wie Tuberkulose. Jährlich sind etwa 300 deutsche Ärzte mit Fachrichtungen wie Pädiatrie, Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie im Einsatz, die vor Ort mit einheimischen Mitarbeitern von „German Doctors“ und lokalen Partnern zusammenarbeiten.

Ärzte, die sich engagieren möchten, durchlaufen bei beiden Organisationen ein umfangreiches Bewerbungsverfahren. Das erste Projekt dauert zwischen sechs Wochen („German Doctors“) bis zu einigen Monaten/einem Jahr („Ärzte ohne Grenzen“), danach sind auch kürzere Einsätze möglich. Voraussetzungen: mehrjährige Berufserfahrungen (auch Assistenzärzte können sich bewerben) und die englische Sprache, gut wäre auch Französisch – in vielen Ländern Afrikas sogar Bedingung. Laut „Ärzte ohne Grenzen“ gibt es viele Bewerber, obwohl keine oder nur eine geringe Aufwandsentschädigung gezahlt wird (Unterkunft/Verpflegung inklusive) und teilweise einschneidende Sicherheitsregeln bestehen. Mancherorts sind Leben und Arbeit nur auf begrenzten Arealen möglich. Wird die Lage zu unsicher, verlassen die Organisationen die Regionen.

Manchmal sind es auch andere Umstände, die zum „Rückzug zwingen“. Nach mehreren Monaten der medizinischen Erstversorgung im französischen Flüchtlingslager Calais konnte „Ärzte ohne Grenzen“ sein Medical Center an ein Krankenhaus übergeben. Wie es dort nach der Räumung Anfang März weitergehen soll, ist bei der

Hilfsorganisation ein großes Thema. Schon früh habe man auf das Flüchtlingsthema in Europa aufmerksam gemacht. „Flucht und die Situation in den Herkunftsländern der Flüchtenden, den Transitländern und an und innerhalb der Grenzen Europas wird uns auch in diesem Jahr intensiv beschäftigen“, prognostiziert der Vorstandsvorsitzende von „Ärzte ohne Grenzen“, Volker Westerbarkey. Auch im Südsudan, in der Demokratischen Republik Kongo und der Zentralafrikanischen Republik werde es weiterhin große Programme geben, da davon auszugehen sei, dass sich die Vor-Ort-Situation nicht ändern werde. Damit wären auch weiterhin Hunderttausende Menschen auf humanitäre Hilfe angewiesen.

An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch mitten in Deutschland Ärzte für Flüchtlinge im Einsatz sind. So haben zum Beispiel mehr als 800 Ärzte nach einem Aufruf der Berliner Ärztekammer ihre Hilfe bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen angeboten. Und in Westfalen-Lippe ziehen Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Bezirksregierungen an einem Strang, um vor Ort die Versorgung der Flüchtlinge zu unterstützen. Unter den engagierten Ärzten in ganz Deutschland sind auch Mitglieder des Hartmannbundes wie Pia Skarabis-Querfeld, die wir auf der Seite 11 vorstellen, oder Wolfgang Gradel aus Passau. Der Internist hat den Flüchtlingsstrom intensiv miterlebt, unterstützt in der bayerischen Grenzstadt die sogenannten „Clearingstellen“ und betreut in seiner Praxis unbegleitete Minderjährige. (DA)

Auf den folgenden Seiten lernen Sie Ärzte kennen, die sich weltweit, in Europa und auch in Deutschland für Hilfesuchende und Notleidende engagieren. Lesen Sie auch das Interview mit Volker Westerbarkey von „Ärzte ohne Grenzen“ (Seiten 12/13).

© Ärzte ohne Grenzen



Im vergangenen Jahr waren 300 Ärzte aus Deutschland in acht Projekten im Einsatz.



Bereits sehr früh hat „Ärzte ohne Grenzen“ auf die Flüchtlingsproblematik rund um das Mittelmeer aufmerksam gemacht. Dort führt die Hilfsorganisation unter anderem medizinische Konsultationen durch und betreibt Gesundheitszentren.

Ärzte ohne Grenzen Mitten in Europa angekommen

Während der Weihnachtsfeiertage 2015 betrat Amy Neumann-Volmer zum ersten Mal das Flüchtlingslager bei Calais, dessen Räumung Anfang März veranlasst wurde und wo seit Monaten Tausende Flüchtlinge ausharren und auf eine Überfahrt nach Großbritannien hoffen. „Dort herrschte eine prekäre Situation. Ich habe während meiner Hilfseinsätze als Ärztin noch nie so katastrophale sanitäre Bedingungen vorgefunden, und das in meinem eigenen Land“, schämt sich die geborene Französin dafür, in einem Land wie Frankreich Menschen helfen zu müssen, die sich in einer so desolaten Lage befinden. Hauterkrankungen, Abszesse, Infektionen der Luftwege und vieles mehr – die Allgemeinmedizinerin



Die Allgemeinmedizinerin Amy Neumann-Volmer war zu zwei Einsätzen im Flüchtlingslager in Calais/Frankreich. Die Zustände dort seien katastrophal und menschenunwürdig. Foto: © Ärzte ohne Grenzen

behandelte gemeinsam mit einem Kollegen während ihres zweiwöchigen Einsatzes 150 Flüchtlinge pro Tag, unter ihnen viele unbegleitete Minderjährige. Es sei schwierig, die Flüchtlinge zu versorgen, da diese Angst hätten, nicht im Lager bleiben zu können. So kam zum Beispiel ein etwa 14-jähriger Afghane, der ohne Eltern nach Europa gekommen war, nur widerwillig in das Gesundheitszentrum von „Ärzte ohne Grenzen“, um sich einen schlimmen Abszess am Nacken behandeln

zu lassen. „Zusammen mit dem Dolmetscher haben wir versucht, ihn zu beruhigen. Und dann kam er auch tatsächlich wieder und konnte versorgt werden“, erzählt Amy Neumann-Volmer, die am 20. Februar von ihrem zweiten Calais-Einsatz zurückgekehrt ist.

„Die Bedingungen sind weiterhin miserabel“, berichtet die 59-Jährige. Etwas Erleichterung gebe es durch die sanitären Anlagen, die „Ärzte ohne Grenzen“ zur Verfügung gestellt hat, und die medizinische Versorgung laufe im Gesundheitszentrum der Hilfsorganisation mittlerweile gut. Erfreulich: Am 1. März wurde das Gesundheitszentrum von einem französischen Krankenhaus übernommen. Nun kann sich „Ärzte ohne Grenzen“ um andere Flüchtlingslager kümmern, in denen demnächst vielleicht auch wieder Amy Neumann-Volmer zum Einsatz kommt.

Die Hausärztin, die mit ihrem Mann eine Landarztpraxis am Bodensee betreibt, engagiert sich seit 2007 für „Ärzte ohne Grenzen“, ihr Mann, ein Kinderarzt, bereits vier Jahre länger. Planungen dafür gab es bereits im Medizinstudium, auf Grund beruflicher und familiärer Entwicklungen habe sich die Möglichkeit aber erst zu einem späteren Zeitpunkt ergeben. Seitdem sind die Ärzte ein bis zwei Mal jährlich für die Hilfsorganisation wochenweise im Einsatz. Amy Neumann-Volmer war bereits zwei Mal in der Zentralafrikanischen Republik und auf Haiti, in Kenia und auch in Syrien. Das war im Jahr 2014. „Ich habe an der Grenze zur Türkei und zum Irak gearbeitet, damals war es ruhiger und unser Krankenhaus funktionierte noch. Aber es war schon zu erkennen, dass der Raum immer enger wird.“ Auf die Frage „Warum immer wieder Ärzte ohne Grenzen?“ kommt

von Amy Neumann-Volmer eine prompte Antwort: „Es ist mein Grundbedürfnis zu helfen.“ Es sei überwältigend, wie man mit einfachen Dingen vieles bewirken kann. Aber man sei auch fassungslos, dass Menschen und vor allem Kinder an so einfachen Dingen sterben können. Das Gefühl, warum und wieso, treibe die Ärztin noch um, wenn sie wieder zu Hause ist.

Nur Hilfe leisten zu wollen, reicht für viele nicht aus

Menschlich dramatische Szenen, von Epidemien zerstörte Familien und Dorfgemeinschaften, sterbende Kinder – all das musste Maximilian Gertler während seines Hilfseinsatzes in Gueckedou, dem Ursprungsgebiet und Zentrum des Ausbruchs von Ebola in Guinea erleben. „Die Kinder starben, ohne dass wir ihnen viel mehr als Palliativbehandlung anbieten konnten“, hat den 41-jährigen Arzt aus Berlin sein Einsatz für „Ärzte ohne Grenzen“ im Juli 2014 stark berührt. Der Internist und Notarzt war vor Ort primär als Epidemiologe und weniger klinisch tätig. „Es ging für mich darum, Erkrankte und Kontaktpersonen, die noch nichts wissen vom eigenen Schicksal und der Gefahr, die sie wenige Tage später für ihre Familie sein würden, rechtzeitig aufzuspüren und bei Erkrankung isolieren zu lassen“, beschreibt der dreifache Familienvater seine damalige Aufgabe. Seit einigen Monaten befindet sich Ebola in Westafrika auf dem Rückzug, es gebe seit mehr als einem halben Jahr nur noch Einzelfälle, „aber jeder Fall, wenn er nicht rechtzeitig erkannt wird, hat das Potential zu einem neuen Ausbruch“, weiß der Arzt, der seit 2006 für „Ärzte ohne Grenzen“ im Einsatz ist, unter anderem im Tschad, Zimbabwe und Tansania.

Auf die Frage „Was er Ärzten mit auf den Weg geben würde, die sich engagieren möchten?“, antwortet Maximilian Gertler: „Es braucht vor allem Freude am Arztsein, an dem Glück, Schmerzen zu lindern, wo sie sonst unerträglich wären. Nur Hilfe leisten zu wollen, reicht für viele, inklusive mir, nicht aus. Man muss auch die Qualifikation mitbringen und den Willen, wirklich etwas verändern zu wollen.“ (DA)



Der Berliner Arzt Maximilian Gertler engagiert sich seit 2006 für die Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“. Im Sommer 2014 war er für mehrere Wochen im Ebola-Ausbruchsgebiet in Guinea. Foto: © Ärzte ohne Grenzen



Teresa De la Torre (links mit Pflegern und Krankenschwestern des Serabu Community Hospital) und Dorian Jungmann (rechts) haben für ihren Auslandseinsatz ihre Weiterbildung unterbrochen. Im März kehren die beiden nach Deutschland zurück und werden sich erst einmal ein paar Monate Zeit nehmen, um das Erlebte zu verarbeiten.

German Doctors Anders gebraucht als in Deutschland

Vor zwei Jahren verließen die Ärzte in Weiterbildung (Innere Medizin), Teresa De la Torre (29) und Dorian Jungmann (32), Deutschland, um sich für „German Doctors“ zu engagieren. Ihr erstes Projekt sollte die Betreuung von Patienten in einem „Buschkrankenhaus“ in Sierra Leone sein. „Da aber damals Ebola vollkommen aus der Kontrolle lief, sind wir zunächst auf den Philippinen eingesetzt worden“, schreiben die beiden im Februar in einer Mail an die Redaktion des Hartmannbund-Magazins – aktuell aus Sierra Leone, wohin sie Ende 2014 wechselten. „Das Land befand sich im Stillstand. Auf den 300 Kilometern vom Flughafen zu unserem Einsatzort gab es 15 Straßensperren und zehn Ebola-Behandlungszentren. Man hat sich nicht berührt, jeder hielt zum nächsten ein bis zwei Meter Sicherheitsabstand, die Angst war überall greifbar.“

Ihr Einsatzort – das Serabu Community Hospital, ein 150 Betten-Haus mit Kinderstation und Geburtshilfe, das von „German Doctors“ seit Jahren personell und finanziell unterstützt wird – war zu 90 Prozent leer. „Die Menschen haben die Gesundheitseinrichtungen gemieden, ein Großteil war geschlossen. Es fand nur eine vorsichtige Notfallbehandlung statt. Viele Menschen sind in dieser Zeit Zuhause an behandelbaren Erkrankungen gestorben, weit mehr als an Ebola“, erinnern sich die Ärzte an ihre Anfangszeit als Medical Superintendent. Trotz Ebola wurden 2015 im Hospital etwa 14.000 Patienten behandelt, davon 3.000 stationär, es gab 500 Geburten, davon 150 Kaiserschnitte. Während der Ebola-Epidemie war das Krankenhaus das einzige private im Land, das geöffnet hatte und Noteingriffe wie Kaiserschnitte operierte. Alle Patienten mussten für 48 Stunden isoliert werden, es wurde nur in Schutzkleidung visitiert. Es gab keine Notfallmaßnahmen, da man erst die Schutzkleidung anziehen musste, was mehrere Minuten dauerte. Ob sie selbst Angst vor einer Ansteckung hatten? „Hatten wir. Die ersten Verdachtsfälle in unserem Krankenhaus werden wir nie vergessen. Haben wir alles richtig desinfiziert? Haben sich alle richtig an- und ausgezogen? Aber wir haben gelernt, mit dem Druck umzugehen.“ Auch diese beiden fragen wir nach dem Warum? „Wir werden hier gebraucht, in einem ganz anderen Maße als bei uns zu Hause.“

Dies ist auch der Beweggrund für Tobias Vogt aus Düsseldorf, sich seit 1998 bei „German Doctors“ zu engagieren. Der Einsatzort des 46-jährigen Facharztes für Innere Medizin ist Kalkutta/Indien – vorerst immer für Sechs-Wochen-Einsätze und seit 2012 dauerhaft.

Gemeinsam mit fünf Ärzten von „German Doctors“, die alle sechs Wochen wechseln, und rund 15 indischen Krankenschwestern und Fahrern betreibt Tobias Vogt sechs verschiedene Ambulanzen in vier Stadtteilen von Kalkutta und zwei Dörfern. Außerdem haben „German Doctors“ in Kalkutta ein Kinderkrankenhaus aufgebaut und betreiben zwei Tuberkulosekrankenhäuser. Jeden Tag werden rund 120 Tuberkulose-Patienten behandelt. „Diese Arbeit ist erschütternd und faszinierend zugleich, sie fordert uns maximal heraus und ist doch nur ein Teil des Spektrums der medizinischen Probleme, die wir bearbeiten.“ Trotzdem hofft Tobias Vogt auf ein Eindämmen der Epidemie, die jedes Jahr mehrere Millionen Neuerkrankungen verzeichnet. Auch deshalb habe er seinen Vertrag bei „German Doctors“ für weitere drei Jahre verlängert.

„Wie lange ich hier noch tätig sein werde, weiß ich nicht. Das hängt auch davon ab, wann Indien die gesundheitlichen Probleme seiner sozial schwachen Bevölkerungsschicht selbst in den Griff bekommt.“ Mit Hilfe von „German Doctors“ (in Zusammenarbeit mit der Else Kröner-Fresenius-Stiftung und der Deutschen Tuberkulose- und Lepra-Hilfe) konnte bereits Tausenden Tuberkulosepatienten das nackte Überleben gesichert werden. Vielen Tausend Menschen blieben lebenslange schwere Folgeschäden der Tuberkulose wie zum Beispiel völlig zerstörte Lungen erspart. (DA)



Tobias Vogt ist als Langzeitarzt seit 15 Jahren in Kalkutta für „German Doctors“ tätig. Im Mittelpunkt seiner Arbeit steht der Kampf gegen die Tuberkulose-Epidemie.



Ein Mal im Jahr schickt die „Medizinhilfe Karpato-Ukraine“ einen Lastwagen mit dem in Deutschland gespendeten Material nach Munkacs in die Ukraine.

Hanauer Medizinhilfe unterstützt seit 20 Jahren Gesundheitseinrichtungen in der Ukraine

Die Hanauer Ärztin Martina Scheufler fährt seit 20 Jahren regelmäßig nach Transkarpathien, einer Region im äußersten Südwesten der Ukraine, nicht etwa, um Ferien zu machen, sondern um zu helfen. Im Juni 1996 war die 59-Jährige zum ersten Mal im Auftrag der Hanauer Kirchengemeinde mit einer Kollegin in Munkacs, um sich das städtische Krankenhaus anzusehen. Der Anblick, der sich der Allgemeinmedizinerin bot, war erschreckend: „Die Hälfte der Betten hatte keine Matratzen, es gab kein Wasser und die medizinischen Geräte sahen so aus wie die bei uns in Deutschland, die in den Museen stehen.“ Die Ärztin war erschüttert, unter welchen Bedingungen die Patienten versorgt wurden und die Ärzte und das medizinische Personal arbeiten mussten – und das knapp 1.300 Kilometer von ihrem Heimatort entfernt. Hier musste geholfen werden, war Martina Scheufler überzeugt. Zwei Tage dauerte ihr erster Besuch, danach kam sie fast jedes Jahr wieder.

Sachspenden von Kliniken und Praxen

Seit mittlerweile 20 Jahren organisiert Martina Scheufler neben ihrem Praxisalltag im hessischen Hanau mit vielen Ehrenamtlichen die „Medizinhilfe Karpato-Ukraine“. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Unterstützung der Verbesserung der medizinischen Versorgung von mehr als 500.000 Menschen in Munkacs und einem Umkreis von 350 Kilometern. Die Medizinhilfe organisiert regelmäßig Hilfstransporte mit Medizintechnik nach Transkarpathien, sammelt Spenden und schult Mediziner vor Ort.



Martina Scheufler im Gespräch mit Ärzten vom Medical Center Munkacs.

Durch die dauerhafte Hilfe der Initiative und der vielen Spender in Deutschland konnte vor Ort eine Poliklinik aufgebaut sowie über viele Jahre das Städtische Krankenhaus Munkacs und die Regionale Kinderklinik unterstützt werden. Im Jahr 2011 wurde das Engagement

auf zwei weitere Städte, Uzhgorod und Vinogradiv, erweitert. Alle Spenden, mehrheitlich Sachspenden von deutschen Kliniken und Ärzten, fließen zu 100 Prozent in das Projekt. Allein das Medical Center hat seit dessen Aufbau vor 16 Jahren zahlreiche Geräte aus Deutschland erhalten. „Wir haben eine Röntgenanlage installiert, Telefonanlagen, Fax, Internet und Kopierer, statteten fünf Räume mit IT-Netzwerk aus und bauten Büromöbel auf“, erinnert sich Martina Scheufler auch mit Stolz an die Aufbauphase des Centers, das, mit EKG, Ultraschallgerät, kleinem Labor, Gynäkologie und Sterilisationsgeräten ausgestattet, wenig später eröffnet werden konnte.

Bis 2015 konnten im Medical Center mehr als 175.000 Patienten ambulant versorgt werden, es wurden 120.000 Röntgenbilder gemacht, 11.000 CT und 16.000 Mammographien. „Im März 2006 realisierten wir nach vier Jahren Vorarbeit einen Traum. Siemens Erlangen spendete dem Medical Center ein CT-Gerät. Diese Spende bedeutete für die Region einen großen Sprung in der Qualität der Diagnostik. Das Spiral-CT ist dort das modernste Gerät in einem Gebiet der Größe Hessens, das immer einsatzbereit ist – auch heute noch“, weiß Martina Scheufler, die aktuell nach einem Nachfolgergerät für die Mammographie sucht. „Inzwischen hat sich das Medical Center zu einem Zentrum der Diagnostik von Krebserkrankungen, besonders Brustkrebs, entwickelt.“ Damit das so bleibt, wird ein Nachfolgergerät gesucht, das nicht älter als zehn Jahre sein darf. „Wir würden dieses Gerät auch kaufen, uns stehen dafür bis zu 20.000 Euro zur Verfügung“, hofft Martina Scheufler auf baldige Angebote. Wer helfen kann, meldet sich bitte telefonisch unter 06181 81195 oder info@medizinhilfe-karpato.de. Weitere Informationen unter www.medizinhilfe-karpato-ukraine.de.

(DA)



Bei der „Medizinhilfe Karpato-Ukraine“ engagieren sich viele Ehrenamtliche.

Von der Privatpraxis in die Turnhalle

Berliner Ärzte engagieren sich in Flüchtlingsprojekt

Angefangen hat alles mit einer Sporthalle in Berlin-Dahlem. „Ich weiß noch genau, wann ich die Turnhalle das erste Mal betreten habe“, erinnert sich Pia Skarabis-Querfeld an den Morgen des ersten Weihnachtsfeiertages 2014. Eigentlich wollte sie nur ein paar Kindersachen für die neu eingerichtete Flüchtlingsunterkunft abgeben, als sie zwei Kinder – vielleicht fünf oder sechs Jahre alt – im Eingangsbereich auf einer Holzbank sitzen sah. „Sie sahen krank aus, hatten tiefe Schatten unter den Augen und schauten ins Leere“, erzählt die 48-Jährige. Ärztliche Betreuung und eine geregelte Gesundheitsversorgung, hieß es, gebe es nicht, und das Personal vor Ort dürfe den Flüchtlingen aus rechtlichen Gründen keine Fieber- und Schmerzmittel geben. Für Pia Skarabis-Querfeld nicht nachvollziehbar, sie versprach wiederzukommen. Noch am Nachmittag desselben Tages war sie wieder in der Turnhalle – im Gepäck Untersuchungsequipment aus ihrer Sportarztpraxis und Medikamente. Außerdem mit dabei ihr Mann, Kinderarzt an der Charité.

„Wir verbrachten die restlichen Weihnachtstage und auch den Jahreswechsel stundenweise in der Turnhalle, die voll war mit erschöpften Menschen“, schildert die Berliner Ärztin ihr damaliges „Aha-Erlebnis“. Sie zögerte erneut nicht lange und gründete die Initiative „Medizin hilft Flüchtlingen“, mit der nicht registrierte Flüchtlinge ärztlich erstversorgt werden. Aktuell betreut die Initiative an fünf festen Berliner Standorten etwa 3.000 Flüchtlinge – viele davon unregistriert und die meisten somit ohne Krankenschein. Derzeit

engagieren sich ehrenamtlich 150 Berliner, darunter 80 aktive Ärzte, im Projekt, das ausschließlich aus Spenden finanziert wird. Auch die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ hat die Initiative mit einer Spende in Höhe von 5.000 Euro unterstützt.

Auf Grund des großen Presseechos bekommt die Projektleitung viele Anfragen von Freiwilligen, die helfen möchten. Auch viele Ärzte sind darunter. „Wir sind immer auf der Suche nach kooperierenden Praxen, die bereit sind, Flüchtlinge mit Schein in ihren Praxen aufzunehmen, am besten in den Abendstunden, da die Flüchtlinge tagsüber unterwegs sind“, hofft Pia Skarabis-Querfeld auf Rückmeldungen von Praxisinhabern. Auch Geldspenden und Medikamente (nicht aufgebrochen) werden gebraucht. „Mein größter Wunsch wäre es aber, wenn wir uns überflüssig machen könnten und der Staat seine Aufgaben wahrnimmt“, hofft Pia Skarabis-Querfeld darauf, dass alle Flüchtlinge in Berlin von Beginn an eine gute gesundheitliche Versorgung erhalten. Bis es so weit ist, werde sie weitermachen.

Unter www.medizin-hilft-fluechtlingen.de finden Interessierte Informationen über die Projektarbeit. (DA)



Die Ärztin Pia Skarabis-Querfeld engagiert sich seit einem Jahr in Berlin für Flüchtlinge.

Hilfe für Menschen ohne Papiere

Medinetz Ulm bietet anonyme Sprechstunden an

Nicht nur Ärzte engagieren sich in Deutschland und weltweit, sondern auch Medizinstudierende. So zum Beispiel eine Gruppe von aktuell 17 Studierenden aus Ulm, deren Verein „Medinetz Ulm“ für Menschen ohne Pass und Krankenversicherung

Hilfe anbietet. Alle zwei Wochen organisieren die Studierenden eine anonyme Sprechstunde in einem Ulmer DRK-Übernachtungsheim. Hier beraten sie die Hilfesuchenden, führen Anamnesegespräche durch und Untersuchungen, soweit sie es

können. „Im nächsten Schritt sprechen wir einen der 20 Ärzte an, die sich bei uns registriert haben, ob wir die Hilfesuchenden in deren Praxen weiter vermitteln können“, berichtet Julia Langelittig. Die 25-Jährige ist seit anderthalb Jahren aktiv dabei und betreut im Wechsel mit ihren Kommilitonen die Sprechstunde. Unter den Hilfesuchenden sind Migranten, Obdachlose und Flüchtlinge, die keinen Zugang zum Gesundheitswesen haben. „Medizinische Versorgung sollte für jeden Menschen und unabhängig vom Aufenthalts- oder Versicherungsstatus zugänglich sein“, ist „Medinetz Ulm“ überzeugt. Einen Nebeneffekt hat das Engagement auch: Die Studierenden sammeln praktische Erfahrungen.

Für ihr Engagement hat „Medinetz Ulm“ Ende 2015 vom Land Baden-Württemberg einen Sonderpreis für herausragendes studentisches Engagement bei der Unterstützung von Flüchtlingen erhalten. Dieser war mit 5.000 Euro dotiert – Geld, das umgehend in die eigene Arbeit gesteckt wurde.



„Medinetz Ulm“ gibt es seit 2010 – in diesem engagieren sich aktuell 17 Medizinstudierende.



Foto: © Ärzte ohne Grenzen/Barbara Siggé

Dr. Volker Westerbarkey, Vorstandsvorsitzender „Ärzte ohne Grenzen“ Nie zuvor hatten wir so viele Projekte und Mitarbeiter mitten in Europa

Seit 1971 versucht „Ärzte ohne Grenzen“, Menschen in Notsituationen beizustehen. Völkermord, Krieg, Vertreibung, Hunger, Epidemien, Überschwemmungen, Erdbeben sind Antrieb zu helfen. Die Hilfsorganisation ist in mehr als 60 Ländern aktiv, bisher mehrheitlich außerhalb Europas. Doch ganz aktuell ist „Ärzte ohne Grenzen“ nur wenige Kilometer von der deutschen Grenze entfernt in Frankreich im Einsatz, um Tausende Flüchtlinge gesundheitlich zu versorgen. Mitten in Europa. Ist das nicht erschreckend?

Ja, das ist es. In dem nordfranzösischen Ort Grande-Synthe zum Beispiel waren es Anfang 2016 mehr als 2.500 Flüchtlinge, die unter entsetzlichen Bedingungen mitten im Schlamm schlafen mussten, Nässe und Kälte ausgesetzt. Für diese Menschen gab es so gut wie keine Hilfe und das mitten in Europa. Wir haben dort mit dem Bau von Notunterkünften begonnen und 500 winterfeste Zelte aufgebaut. Außerdem wurden Duschen und Latrinen gebaut. Die meisten der nach Grande-Synthe Geflüchteten sind kurdischer Abstammung und warten darauf, nach Großbritannien

weiter reisen zu können. Unter ihnen sind auch viele Familien und 250 Kinder.

„Ärzte ohne Grenzen“ hat bereits früh auf das Flüchtlingsproblem rund um das Mittelmeer aufmerksam gemacht und allein im Jahr 2015 in Italien und Griechenland mehr als 100.000 medizinische und psychologische Behandlungen durchgeführt. Was ist aus Sicht Ihrer Organisation in der aktuellen europäischen Flüchtlingskrise schief gelaufen und was müsste sich ändern?

Die Europäische Union und die europäischen Regierungen haben in der aktuellen Flüchtlingskrise kollektiv versagt. Der Fokus der Politik zielt zu sehr darauf, Menschen von der Flucht abzuhalten oder ihre Flucht zu erschweren. Aus Angst, zusätzliche vermeintliche Fluchtanreize zu verschaffen, wird auf die humanitären Bedürfnisse der Flüchtenden oft nur sehr zögerlich und unangemessen reagiert. Dies verstößt gegen humanitäres Recht und hat die Lage Tausender hilfsbedürftiger Frauen, Kinder und Männer nach ihrer Ankunft in Italien und Griechenland

und während ihrer Reise durch die Balkanstaaten nur noch weiter verschlechtert. Die meisten Menschen sind 2015 vor Krieg, Verfolgung und großer Not aus ihrer Heimat geflohen. Die EU hat dennoch keine Alternative zur tödlichen Mittelmeerüberfahrt, zu den Stacheldrahtzäunen und den oft unzumutbaren Aufnahmebedingungen geschaffen. Die Schutzwälle Europas haben uns und andere humanitäre Organisationen gezwungen, die Hilfe an den Toren Europas massiv aufzustocken. Nie zuvor hatten wir so viele medizinische und humanitäre Projekte und Mitarbeiter in Europa. Nie zuvor haben wir uns dazu entschieden, Such- und Rettungsschiffe zu mobilisieren, um auf hoher See Leben zu retten. Auch der Einsatz der NATO zur „Überwachung illegaler Überfahrten“ ist erschreckend kurzfristig. Die Menschen werden weiter fliehen und ihr Leben riskieren, um Schutz und Sicherheit zu finden, egal, wie viele Hindernisse die EU und nun wohl auch die NATO-Führung ihnen in den Weg legen. Wir fordern daher weiterhin sichere Fluchtwege nach Europa.

Im Jahr 2015 organisierte die deutsche Sektion von „Ärzte ohne Grenzen“ 345 Ausreisen in Projekte weltweit (unter den Ausgereisten waren mehr als ein Drittel Ärzte), deutlich mehr als im Jahr 2014. Haben die Notsituationen weltweit zugenommen?

Das Jahr 2015 war von mehreren großen Themen bestimmt. Im Mai begannen wir mit der Rettung von Geflüchteten im Mittelmeer und weiteten die medizinische Hilfe für die in Italien angekommenen Flüchtlinge aus. Im Laufe des Jahres haben wir dann außerdem die medizinische Hilfe und humanitäre Unterstützung für Menschen auf den Fluchtrouten über Griechenland und die Balkanländer deutlich ausgebaut. Gleichzeitig arbeiteten wir in den Herkunftsländern vieler Geflüchteter wie Syrien, Afghanistan und einigen Staaten in Zentralafrika, aber auch in Gast- und Transitländern wie Jordanien, dem Libanon und Marokko. Zudem arbeiteten wir in Ländern, in denen seit Jahren gewalttätige Konflikte bestehen. Ein Beispiel ist der Südsudan, wo wir sehr vielen Inlands-Vertriebenen helfen, die aufgrund von Armut und den Auswirkungen des Konflikts medizinische und humanitäre Hilfe benötigten. Auch die Demokratische Republik Kongo war eines unserer größten Einsatzländer. Auch hier haben wir viele Hilfsprojekte. Vor allem in den östlichen Provinzen leiden die Menschen unter den humanitären Folgen gewaltsamer Konflikte und es kommt immer wieder zum Ausbruch von Epidemien wie Masern und Malaria.

Sie selbst sind 2004 mit „Ärzte ohne Grenzen“ zu Ihrem ersten Hilfsprojekt aufgebrochen. Was hat Sie besonders beeindruckt?

Ich war in Myanmar, wo wir erstmalig für die vielen, oft bereits schwerkranken HIV-Patienten vor Ort eine lebensrettende anti-retrovirale Therapie anbieten konnten. Der Erfolg dieser Therapie, die Dankbarkeit der Patienten und das Gefühl neuer Hoffnung sind für mich unvergessliche Eindrücke.

Warum, glauben Sie, engagieren sich so viele Ärzte auch aus Deutschland für „Ärzte ohne Grenzen“ oder ähnliche Organisationen und deren Projekte und gehen damit zum Teil auch an ihre eigenen Grenzen?

Das Gefühl helfen zu können ist ein wunderschönes. Gebraucht zu werden, gemeinsam zu helfen und selbst dabei viel zu lernen und zu erleben, sind eine wunderbare Motivation für viele Ärzte, aber auch andere Mitarbeiter, sich bei uns oder ähnlichen Organisationen zu engagieren.

Die engagierten Ärzte leben und arbeiten häufig in abgelegenen Gegenden und unter einfachsten Bedingungen, zudem nehmen sie teilweise ein hohes Sicherheitsrisiko in Kauf, und das für eine recht geringe Aufwandsentschädigung plus Verpflegung und Unterbringung. Das hört sich nicht gerade nach einer „Jobmaschine“ an. Stehen Ihnen ausreichend Ärzte zur Verfügung?

Sehr viele Ärzte interessieren sich grundsätzlich für eine Mitarbeit bei uns und sind bereit, unter den genannten Bedingungen zu arbeiten. Aber wir brauchen zunehmend erfahreneres Personal, um den Anforderungen und der Professionalität vor Ort gerecht zu werden. Aktuell suchen wir neben erfahrenen Mitarbeitern, die Managementverantwortung vor Ort übernehmen können, sowie französischsprachigen Projektmitarbeitern vor allem Gynäkologinnen und erfahrene Chirurgen.

Wie werden die sich freiwillig meldenden Ärzte an ihre künftigen Aufgaben herangeführt, wie lange dauern die Projekte und wie sorgen Sie für deren Sicherheit?

An einer Mitarbeit Interessierte durchlaufen einen ausführlichen Bewerbungsprozess, bei dem die richtige Motivation, die passende Ausbildung und genügend Berufserfahrung sowie weitere Voraussetzungen überprüft werden. Danach wird in den Projekten eine passende Stelle gesucht. Vor der Erstaureise nehmen die Projektmitarbeiter an einem einwöchigen Vorbereitungskurs teil, in dem sie unsere Organisation, unser Selbstverständnis und unsere Arbeitsweise kennenlernen. Zum Thema Sicherheit erhält jeder noch ein Landes- bzw. Projektspezifisches Briefing der Programmverantwortlichen vor Ort. Zudem gibt es in jedem Projekt ein umfassendes Sicherheitskonzept, das von den Verantwortlichen regelmäßig aktualisiert wird und an das sich alle halten müssen. Ein Restrisiko können wir natürlich nie ausschließen und dessen ist sich jeder Mitarbeiter bewusst. Genauso wie darüber, dass die Mitarbeiter das Projekt jederzeit verlassen können, wenn sie sich persönlich nicht mehr sicher fühlen sollten. Die Einsätze dauern unterschiedlich lang. In der Regel werden die internationalen Mitarbeiter für einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten in die Projekte entsandt. Personen, die bereits Projekterfahrung haben, können auch kürzere Einsätze absolvieren.

„Ärzte ohne Grenzen“ ist auf Grund jahrzehntelanger Erfahrungen und der dezentralen Struktur in der Lage, sehr schnell in Krisen-

gebieten zu sein. Wie muss man sich einen solchen Ablauf vorstellen?

Wir haben mehrere Katastrophen-Zentralen, die so genannten Emergency Support Desks, deren Telefone rund um die Uhr besetzt sind. Erfahren wir zum Beispiel von einer Naturkatastrophe wie einem Erdbeben, sammeln wir Informationen über die Presse, das Internet oder das Gesundheitsministerium im betroffenen Land, werten diese aus und entscheiden, was zu tun ist. Dann starten wir die Hilfe. Wir schicken Personal, Medikamente und Material ins Katastrophengebiet. Bei einem starken Erdbeben wie Anfang 2010 auf Haiti zum Beispiel war schnell klar, dass die Bedürfnisse riesig sind. Dann beginnt unsere Nothilfe sofort, während sich parallel ein Team einen Überblick über das Ausmaß verschafft. Wir haben für verschiedene Katastrophenfälle Leitfäden entwickelt, die Schritt für Schritt beschreiben, was im Katastrophenfall zu tun ist. Diese enthalten außerdem notwendiges praktisches Material, zum Beispiel Registrierkarten für die Patienten bei einer Ernährungskrise oder einen Lageplan, der zeigt, wie ein Cholera-Behandlungszentrum aufgebaut sein muss. Wenn alles schnell gehen muss, können wir immer das Rad neu erfinden. Deshalb arbeitet unsere Logistik mit sogenannten Notfall-Kits. Mit diesen können wir Hilfsgüter bei Bedarf sofort verschicken, sodass sie in der Regel innerhalb von 24 Stunden vor Ort sind.

„Ärzte ohne Grenzen“ hilft Menschen in Not, Opfern von natürlich verursachten oder von Menschen geschaffenen Katastrophen sowie bewaffneten Konflikten, ohne Diskriminierung, ungeachtet der ethnischen Herkunft sowie religiösen und politischen Überzeugung. Heißt das, Sie behandeln alle an Konflikten beteiligten Parteien?

Unserer Arbeit liegen die Prinzipien der Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität zugrunde, um das Wohl der Notleidenden Bevölkerung als oberste Priorität sicherzustellen. Unparteilich zu sein bedeutet, dass es keine guten oder schlechten Opfer gibt. Jeder Zivilist in akuter Not hat ein Recht auf Hilfe, ungeachtet seiner ethnischen Herkunft, seines Geschlechts oder politischen und religiösen Überzeugungen. Auch kranke oder verwundete Kämpfer, die ohne Waffen zu uns in die Klinik oder das Gesundheitszentrum kommen, werden von uns behandelt.

Sehr geehrter Herr Westerbarkey, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und wünschen Ihrer Organisation viel Erfolg. (DA)

GOÄ-Novellierung – Versuch einer Bestandsaufnahme

Die unendliche Geschichte zwischen



Stimmen ohne Wirkung: Der Sonderärztetag zur GOÄ trug trotz eines klaren Votums nicht zur Entspannung bei.

Über viele Legislaturperioden hinweg war es eine der zentralen Fragen der Ärzteschaft an die jeweilige Regierungskonstellation: Bekommen wir endlich eine neue GOÄ? Aber selbst die erwartbar ideale Kombination einer CDU-FDP-Regierung brachte nichts Greifbares zustande – außer der Forderung, Ärzte und Privatversicherer mögen doch einen gemeinsamen Vorschlag vorlegen. Seit dem wird fieberhaft verhandelt – begleitet (vor allem auf ärztlicher Seite) von zermürbenden Debatten über Vor- und Nachteile einer reformierten GOÄ. Vor allem dieser innerärztliche Disput könnte die Reform auf der Zielgraden noch scheitern lassen.

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt in Deutschland die Abrechnung der ärztlichen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Eine nach den Vorschriften der GOÄ erstellte Privatliquidation erhalten also Privatpatienten, als auch gesetzlich Versicherte im Fall so genannter individueller Gesundheitsleistungen oder bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens. Die GOÄ ist eine Verordnung der Bundesregierung. Sie ist in § 11 der Bundesärzteordnung verankert. Die Bundesärzteordnung ist ein Bundesgesetz und kann nur mit Zustimmung des Bundesrates verändert werden. Eine Änderung der GOÄ nimmt zwar der Bundesgesundheitsminister vor, sie bedarf aber ebenfalls der Zustimmung der Länderkammer.

Die die GOÄ betreffenden Passagen der Bundesärzteordnung wurden seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1961 nicht mehr geändert. Die aktuelle GOÄ stammt in ihren Grundzügen vom 12. November 1982, nennenswerte Weiterentwicklungen gab es seitdem nicht. Mit problematischen Folgen: Der medizinische Fortschritt von drei Jahrzehnten wurde nicht systematisch in die GOÄ einbezogen. Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, werden deshalb entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet. Diese so genannten Analogleistungen verursachen naturgemäß Abrechnungsprobleme. Hinzu kommt, mit Blick auf die schleichende Entwertung der im Gebührenver-

en Bangen, Zwist und Hoffen

zeichnis gelisteten Positionen durch die Inflation, die Frage nach einer noch zeitgemäßen angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Vor diesem Hintergrund wurden bereits im Jahr 2005 vom 108. Deutschen Ärztetag in Berlin Eckpunkte einer GOÄ-Reform verabschiedet. Auf dieser Basis beschloss der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg ein GOÄ-Reformkonzept. Die Entwicklung dieses Konzeptes und der Einstieg in die Verhandlungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) mündeten im November 2013 in eine von Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband unterzeichnete Rahmenvereinbarung zu einer baldigen und umfassenden Novellierung der GOÄ.

Unter anderem beinhaltet diese Vereinbarung, dass die Bewertung der ärztlichen Leistungen unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen sei, wobei eine geeignete Risikosteuerung unerwünschte bzw. unbegründete Honorarentwicklungen verhindern solle. Ein gemeinsam ausgearbeiteter Vorschlag, der als umfassende Abbildung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums konzipiert sein sollte, würde dem federführenden Bundesgesundheitsministerium (BMG) unterbreitet werden.

Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der BÄK, und Uwe Laue, Vorsitzender des PKV-Verbandes, appellierten damals, während der Verhandlung für den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD an die Koalitionsunterhändler, die Novellierung der Gebührenordnung als prioritäres Vorhaben auf ihre gesundheitspolitische Agenda zu setzen – dies geschah aber nicht.

Im Koalitionsvertrag nicht verankert

Mit Blick auf ihr grundsätzliches Eintreten für eine Bürgerversicherung hatte sich die SPD dieser Thematik verweigert. Diese Haltung hat die Bundestagsfraktion der SPD auf ihrer Klausurtagung am 7. und 8. Januar 2016 in Berlin durch einen aktuellen Beschluss untermauert: Eine Reform würde das „System der Zwei-Klassen-Medizin zementieren“, weshalb Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Bundesländer aufgefordert seien, „die GOÄ-Novelle zu verhindern“. Es bleibt abzuwarten, ob der politische Widerstand seitens der SPD dem aktuellen Bestreben der GOÄ-Novellierung noch „in die Parade fährt“?! Um die (zudem auch durch den Bundesrat zustimmungspflichtige) Novellierung zu realisieren, benötigt Gröhe in jedem Fall die Stimmen der SPD.

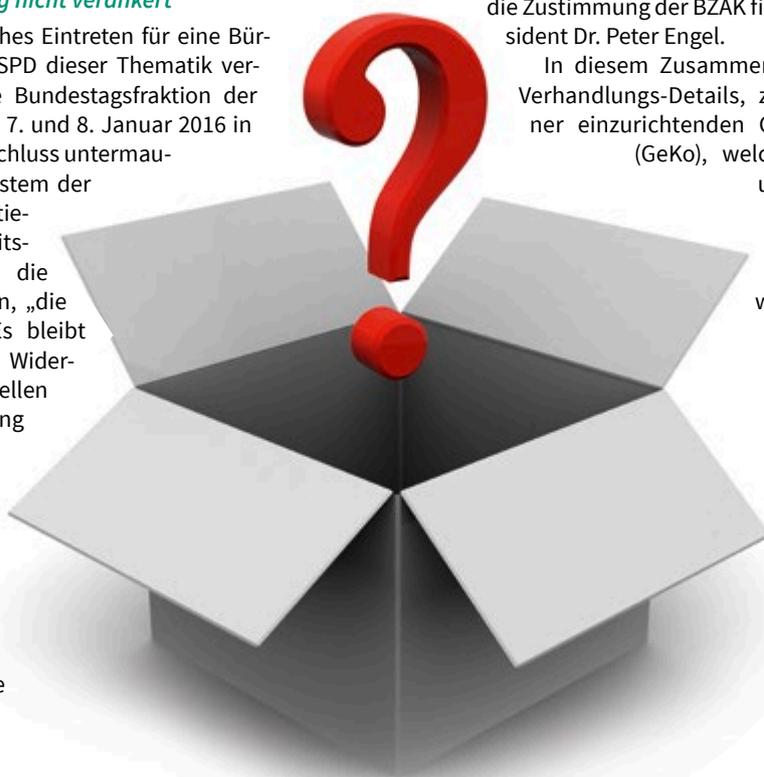
Ende März 2015 folgten dann weitere konkrete Schritte

in Richtung GOÄ-Novelle. BÄK und PKV-Verband übergaben dem Bundesgesundheitsministerium ein Informationspaket, in dem als ein Kernstück die Top-400-Liste mit den am häufigsten abgerechneten Leistungen, das Kapitel B der künftigen GOÄ (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) sowie das Kapitel M mit mehr als 1.000 Laborleistungen enthalten war. Eine vom BMG gegründete Arbeitsgruppe, die aus der BÄK, dem PKV-Verband, der Beihilfe, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und – soweit betroffen – der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sowie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) besteht, befasst sich seitdem mit der weiteren Ausgestaltung des Entwurfstandes. Das BMG hatte dem Bekunden der BÄK zufolge die strikte Wahrung der Vertraulichkeit über Beratungsthemen und -unterlagen erbeten. Das ist einer der Umstände, der für die kontroversen Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft um tatsächliche oder vermutete Inhalte der neuen GOÄ verantwortlich zeichnet.

Hitzige Debatten in Frankfurt am Main

Bereits im Rahmen des 118. Deutschen Ärztetages im vergangenen Jahr in Frankfurt am Main gab es hitzige Debatten um die GOÄ-Reform. Ein großer Teil der Delegierten wünschte sich mehr Transparenz. Ein entsprechender Beschluss wurde jedoch nicht gefasst. Ein öffentlich gewordener Briefwechsel zwischen BZÄK und BÄK sorgte im Herbst 2015 für Irritationen. Zuvor war gemeinsam von BÄK und PKV-Verband eine aktualisierte Fassung der neuen GOÄ an das BMG übergeben worden. Die BZÄK, die im Zuge einer GOÄ-Novellierung unmittelbare Rückwirkungen auf die Gestaltung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) befürchtet, äußerte massive Kritik. Die vorgesehenen Regelungen könnten nicht die Zustimmung der BZÄK finden, hieß es von deren Präsident Dr. Peter Engel.

In diesem Zusammenhang bekannt gewordene Verhandlungs-Details, zum Beispiel bezüglich einer einzurichtenden Gemeinsamen Kommission (GeKo), welche die Weiterentwicklung und Anpassung der GOÄ künftig übernehmen soll, sorgten für hitzig geführte Diskussionen. Ohne, dass wirklich Klarheit geschaffen



Blackbox: Was ist denn nun wirklich drin in der neuen GOÄ? Die zwischen Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium vereinbarte Vertraulichkeit sorgte für viel Unruhe.





wurde, da sich die BÄK unter Berufung auf die dem BMG zugesicherte Vertraulichkeit noch immer bedeckt hielt.

Wegen des zu eskalieren drohenden Streits hielt die BÄK am 24. November 2015 eine Informationsveranstaltung zu den grundlegenden Fragen der Novellierung der GOÄ ab. Das GOÄ-Verhandlungsgespann der BÄK, Theodor Windhorst und Bernhard Rochell, erläuterten Details bereits vereinbarter Punkte.

Kernaussagen zur GOÄ-Novellierung aus der BÄK-Informationsveranstaltung am 24. November 2015

Zur kritisierten Reglementierung der Steigerungsmöglichkeiten: Dass es nur noch einen 1-fachen und in besonderen Fällen einen 2-fachen Gebührensatz geben werde, sei der Preis für die von der Ärzteschaft geforderte deutliche Anhebung des einfachen Gebührensatzes und dessen nur in Ausnahmefällen mögliche Unterschreitung, so Rochell. Das Abrechnungsverfahren werde sich dadurch allerdings deutlich vereinfachen. Zudem bliebe die Möglichkeit zur Vereinbarung anderer Steigerungssätze mittels abweichender Honorarvereinbarung unbenommen.

Zu geäußerten Befürchtungen einer Budgetierung: Dass es nach Inkrafttreten der neuen GOÄ eine 36-monatige Monitoringphase geben soll, in der Anpassungen bei Über- oder Unterschreitung des Honorarzuwachses vorgenommen werden könnten, habe laut Rochell nichts mit einer Budgetierung zu tun, man bewege sich dann bei der Honorarentwicklung in einem „Korridor“.

Zum Honorarzuwachs: Man fordere ein Plus ein, sagte Windhorst. Eine Honorarvermehrung in Anlehnung an in den letzten Jahren entgangene Inflationsausgleiche sei jedoch „schwierig“. Man arbeite zurzeit auf einen für alle tragbaren Interessensausgleich hin.

Die Befürchtungen aus der Ärzteschaft, es drohe eine GOÄ nach Vorbild des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), vermochten Windhorst und Rochell nicht zu entkräften. Die dahinter stehende Sorge lautet, die GeKo, mit ihrer Parität aus Vertretern von BÄK, PKV und Beihilfestellen, komme dem Bewertungsausschuss aus KBV- und Kassenvertretern gleich. Das Ziel, mittels einer Informationsrunde die Wogen im Dissens zwischen BÄK und ärztlicher Basis zu glätten, ging somit höchstens teilweise auf.

Die demokratische Legitimation der BÄK wurde in Frage gestellt, eine Gebührenordnung mit den präsentierten Änderungen im Paragraphenteil verhandeln zu dürfen. Die vorgesehenen Änderungen drohten in ihrer der Vergütungssystematik in das Wesen des freien Arztberufes einzugreifen, lauteten weitere Vorwürfe. Weitere Kritikpunkte: Die Einrichtung der gemeinsamen Kommission (GeKo), die Einführung einer Budgetierung und die strikte Beschränkung der Steigerungsmöglichkeiten von Gebührensätzen würden klassische Regulierungsinstrumente der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die neue GOÄ integrieren. Die Forderungen nach einem außerordentlichen Ärztetag zur grundlegenden Diskussion wurden immer lauter.

Der außerordentliche Deutsche Ärztetag zur GOÄ-Novellierung fand dann am 23. Januar 2016 auf Antrag der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Brandenburgischen Ärztekammer und der Ärztekammer Berlin statt. Die Delegierten fassten dort, nach mehrstündiger, teils hitziger Beratung, mehrheitlich eine Entschlie-ßung, mit der die Bundesregierung aufgefordert wird, die GOÄ-Novelle zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb der noch laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen.



Auf wackligen Füßen: Ob die neue GOÄ nun wirklich noch kommt, ist angesichts innerärztlicher Dispute und der Haltung der SPD ungewiss.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde damit beauftragt, die Gesetzesinitiative zur Anpassung der Bundesärzteordnung und den Entwurf der neuen GOÄ hinsichtlich der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen zu prüfen (siehe Info-Kasten unten stehend) und erst dann gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit freizugeben.

Am 23. Januar 2016 vom Deutschen Ärztetag beschlossene Voraussetzungen für eine neue GOÄ:

- Die neue GOÄ muss eine doppelte Schutzfunktion für Patienten und Ärzte erfüllen (ausgewogene Preise).
- Es müssen nicht unterschreitbare Gebührensätze festgelegt werden (unter Berücksichtigung gerechtfertigter Ausnahmefälle).
- Das Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ muss dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Davon unabhängig sollen weiterhin Analogabrechnungen möglich sein.
- Abweichende Honorarvereinbarungen müssen weiterhin möglich sein.
- Gehalts- und Kostenentwicklungen, einschließlich des Inflationsausgleichs, sollen in einem fairen Interessenausgleich berücksichtigt werden.
- Während der geplanten 36-monatigen Monitoringphase im Anschluss an die Inkraftsetzung der neuen GOÄ sollen alle Prüfungen und eingeleiteten Maßnahmen transparent dargestellt werden. Die ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften sind bei Fragen der Abrechnungsbestimmungen, der Legenden und Bewertungen der Gebührenpositionen anzuhören.

Die mit knapper Mehrheit erfolgte Ablehnung von kritischeren Anträgen rief im Nachgang erneute massive Kritik aus der ambulanten Ärzteschaft und schließlich eine Reaktion der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen und Regina Feldmann, sowie der Vorstände sämtlicher 17 Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) hervor. Diese richteten mit Datum vom 11. Februar einen Offenen Brief an den BÄK-Präsidenten Montgomery. Zwar sei der Kurs der BÄK hinsichtlich der GOÄ-Novellierung auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 23. Januar bestätigt worden, jedoch seien dort die Anträge, die aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte kritische Punkte am bisherigen Verhandlungsstand benannt hätten, nur mit knapper Mehrheit abgelehnt worden und deshalb in wesentlichen Punkten zu berücksichtigen (siehe Info-Kasten unten stehend).

Hauptforderungen an die GOÄ-Novellierung aus dem Offenen Brief der KBV/KVen an den BÄK-Präsidenten:

- Keine Festlegung absoluter oder prozentualer Ausgabenobergrenzen im Rahmen des dreijährigen Monitorings
- Die uneingeschränkte Freiberuflichkeit des Arztes in Klinik und Praxis
- Keine Beeinträchtigung des individuellen Arzt-Patientenverhältnisses
- Vermeidung der ordnungspolitischen Anlehnung an Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Begrenzung der Funktion der gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ auf eine lediglich beratende Funktion
- Keine Honorierung nicht-ärztlicher Berufsgruppen nach der neuen GOÄ
- Die Einrichtung eines eigenen GOÄ-Kapitels für das Fach Allgemeinmedizin in Form einer mit den für andere Fachgebiete in der GOÄ angelegten Kapitelstruktur vergleichbaren Lösung unter Erhalt des kapitelübergreifenden Zugriffs der Ärztinnen und Ärzte auf sämtliche Gebührenpositionen der GOÄ

Das kritische Petikum aus der niedergelassenen Ärzteschaft erfährt durch den Offenen Brief von KBV/KVen eine „offizielle“ Unterstützung durch Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung.

Dr. Klaus Reinhardt, der als Vorsitzender des Hartmannbundes für niedergelassene sowie angestellt tätige Ärzte in Kliniken und im ambulanten Bereich spricht und Mitglied im BÄK-Vorstand ist, äußerte sein Bedauern, dass die aktuelle Debatte um die Auslegung des Ärztetag-Ergebnisses überdeckte, dass „sich die Ärzteschaft in den entscheidenden Punkten einig sei“.

Wenn ein Ärztetag mit rund 90 Prozent der Anwesenden den Kurs des BÄK-Vorstandes bestätigt, dann habe auch der überwiegende Teil der niedergelassenen Vertragsärzte dieser Linie zugestimmt. „Wir lehnen im Bereich der GOÄ jedes Budget ab, wir werden uns gegen jede Regelung wehren, die unsere Freiberuflichkeit tangiert und wir werden noch einmal ausführlich über die Kompetenzen der gemeinsamen Kommission diskutieren müssen, die aus meiner Sicht ein rein beratendes Gremium sein könnte“, fasst Reinhardt noch einmal die aus seiner Sicht entscheidenden Eckpunkte zusammen.

Nach wie gibt es die Forderung aus der niedergelassenen Ärzteschaft, volle Transparenz über den aktuellen Stand der GOÄ-Verhandlungen herzustellen. Die tatsächlich geplanten GOÄ-Ziffern aus jedem Kapitel einschließlich der Leistungslegenden und -bewertungen müssten zur Verfügung gestellt werden. (MR/GB)



Wie ist der derzeitige Sachstand?

Falls eine Änderung der Bundesärzterordnung (BÄO) eine Voraussetzung für die aktuelle GOÄ-Novellierung bildet, muss diese nach allgemeiner Einschätzung spätestens im April auf den Weg gebracht werden. Hier gibt es eventuell auch noch verfassungsrechtliche Probleme, die derzeit in der Presse diskutiert werden. Der Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens einer BÄO-Änderung ist ungewiss, denn hierzu wird sowohl die Mehrheit im Bundestag – also auch das mehrheitlich positive Votum der SPD! – als auch die Zustimmung des Bundesrates benötigt. Die derzeitige Konzeption der GOÄ-Novellierung sieht wegen der Implentierung der Gemeinsamen Kommission und einer Datenstelle in einen neuen § 11 a Bundesärzterordnung die gesetzliche Änderung derselben zwingend vor. Auch die GOÄ-Novelle selbst muss dann als Verordnung die mehrheitliche Zustimmung des Bundesrats finden – dieser Ausgang ist aufgrund der politischen Konstellationen ebenfalls nicht seriös zu prognostizieren. Da der Bundesgesundheitsminister schon mehrfach indirekt öffentlich gedrängt hat, einen geeinten Vorschlag einer GOÄ-Novellierung vorzulegen, scheint für ihn aber offensichtlich die Chance, das Vorhaben politisch durchzusetzen, im Bereich des Möglichen zu liegen.

Update 8. März: BÄK wirbt um Akzeptanz, Verbände unterstreichen Kritik

Trotz des eindeutigen Votums des Deutschen Sonder-Ärztetags für die „GOÄ-BÄK-Linie“ Ende Januar hatte der Vorstand der Bundesärztekammer auf vielfachen Wunsch die ärztlichen Verbände für den 8. März erneut in die Wegelystrasse eingeladen, um über den aktuellen Stand der Verhandlungen mit dem PKV-Verband zu unterrichten und noch einmal Kritik und Anregungen aufzunehmen. Viele Verbände nutzten die Chance, ihre Bedenken zu unterstreichen, die BÄK warb um Akzeptanz für das bisher Verhandelte und sicherte Transparenz zu. Inwieweit es gelungen ist, auf „beiden Seiten“ noch einmal Nachdenklichkeit zu erzeugen, bleibt abzuwarten. Das werden die nächsten Wochen zeigen. Am 17. März jedenfalls wird der BÄK-Vorstand final über das bis dahin zu finalisierende „Gesamtkonzept BÄK/PKV/Beihilfe zur neuen GOÄ“ entscheiden. Bis dahin und darüber hinaus wird weiter intensiv diskutiert werden, dann wohl vor allem über Ziffern und Legenden.

Was uns die aktuelle GOÄ-Debatte über ärztliche Streit Runter von den Bäumen,

Bei der deutschen Ärzteschaft hat derzeit der Komparativ Hochkonjunktur. Umfassender, unverzüglicher, transparenter, kompromissloser – kaum eine Steigerungsform scheint noch wirklich angemessen, um Handlungsdruck und Diskussionsbedarf mit Blick auf die, nein, nicht etwa die Bewältigung der Flüchtlingskrise, sondern auf die Umsetzung einer neuen Gebührenordnung für Ärzte hinreichend deutlich zu machen.

Von „Versteckspiel“ ist die Rede, von „in keinster Weise“ umgesetzter Transparenz, von manipulativer Sitzungsführung. In Online-Sammelaktionen wird Geld für Gutachten zur Feststellung der vermeintlichen Unrechtmäßigkeit von Ärztetagbeschlüssen organisiert – immerhin rund 50.000 Euro innerhalb weniger Tage (Stand: Anfang März) – und der Bundesgesundheitsminister wird höchst persönlich aufgefordert, in das Verfahren zur GOÄ einzugreifen. Der wiederum dürfte sich fragen, welche Bedeutung er künftig DÄT-Beschlüssen überhaupt noch beimessen muss, ganz zu schweigen der verfassten Ärzteschaft an sich...

Kurz und gut: Der Virus von Misstrauen und Destruktion ist mal kurz rüber von der einen Seite der Berliner Wegelystrasse (Sitz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) auf die gegenüberliegende Straßenseite (Sitz der Bundesärztekammer), hat vom KV-System auf das Kammersystem übergreifen und unverkennbar Wirkung hinterlassen. Die bekanntesten Symptome: Frontlinien werden zu allererst innerhalb der Ärzteschaft ausgemacht. Teile der (organisierten) Ärzteschaft blasen unverblümt zur Attacke auf den Vorstand. Der seinerseits ist hin und her gerissen zwischen Trotz und

dem Bemühen um Kompromiss, zwischen dem Sich-Verschanzen in der Wagenburg und dem partiellen Wieder-Herunterlassen eilig errichteter Palisaden. Ansonsten: Kopfschütteln bei der geeigneten, Frohlocken bei der eher abgeneigten politischen Fraktion.

Die Selbstdemontage der ärztlichen Selbstverwaltung treibt so muntere Blüten – Ausgang ungewiss. Denn momentan scheint kaum absehbar, wie – unter allgemeiner Gesichtswahrung – die derart entfesselten und auf diverse Bäume getriebenen Kräfte (diesseits und jenseits der innerärztlichen Frontlinien) am Ende wieder von selbigen herunter geholt und zielorientiert eingesetzt werden könnten. Dafür mangelt es nach Einschätzung von Beobachtern inzwischen nämlich vor allem an einem: am klaren gemeinsamen Ziel. Was sind die „Must“- , was die „No-Go“-Kriterien? Geht es um die Wahrung der Freiberuflichkeit oder um die Verhinderung einer „EBMisierung“ durch die Installation einer übermächtigen Gemeinsamen Kommission, so herrscht noch weitgehend Einigkeit. Jedenfalls soweit erkennbar. Aber was, wenn es konkreter wird? Geht's ins Detail, dann verlieren sich die innerärztlichen Kontrahenten nicht nur im Gestrüpp von

Zahlen vor und hinter dem Komma, dann offenbart sich das ganze Ausmaß des aufgestauten Misstrauens. Welchen Berechnungen kann man eigentlich noch trauen? Oder ist gar der Deal hinter den Kulissen schon gemacht, während man öffentlich noch heftig ringt? Wer traut hier eigentlich überhaupt noch wem auf Seiten der Ärzteschaft?

Wie verfahren die Situation nach monatelangem Verhandlungsmarathon zwischen BÄK und PKV-Verband innerhalb der Ärzteschaft ist, dafür stand der 23. Januar eindrucksvoll Zeuge. Nur für eine „logische Sekunde“ schien es so, als könne der vom (zwischenzeitlich erkennbar genervten) BÄK-Präsidenten, Dr. Frank Ulrich Montgomery, notgedrungen einberufene Sonderärztetag zur GOÄ für sachliche Klärung oder gar eine Auflösung verhärteter Fronten sorgen. Doch schnell war klar: Eine wohl überlegte Ärztetags-Regie, eine zumindest „geschickte Verhandlungsführung“ durch den Präsidenten, letztendlich aber vor allem klare Mehrheitsverhältnisse zu Gunsten des von der BÄK eingeschlagenen GOÄ-Kurses waren in keiner Weise geeignet, die Lage entscheidend zu entspannen. Und so hieß es am Ende: Außer Spesen nichts gewesen. Der Sonderärztetag hatte seinen Effekt schneller

Erfolgreiche Gesprächskultur?

Die Debatte um eine neue GOÄ ist den Akteuren offensichtlich etwas aus dem Ruder gelaufen. Dabei hieß „Zusammenraufen“ das Gebot der Stunde.



kultur verrät

raus aus der Wagenburg!

verpufft, als die rund 250 Delegierten den Tagungsort wieder verlassen hatten. Ganz im Gegenteil. Statt wachsenden Verständnisses für das eine oder andere Argument der jeweiligen „Gegenseite“ wurden neue Fronten aufgemacht, machten Theorien für Gründe von vermeintlichem Sieg oder gefühlter Niederlage die Runde, waren die „eigentlich gar nicht von der GOÄ betroffenen Angestellten“ als Verantwortliche ausgemacht. Noch mehr Gräben.

Und nun? Nun läuft, um im Bild zu bleiben, denen da oben auf den Bäumen und denen in der Wagenburg die Zeit davon und den Akteuren sollte klar sein, dass man sich bewegen muss – auf beiden Seiten. Im Klartext: Runter von den Bäumen, raus aus der Wagenburg! Mögliche Kompromisslinien liegen auf der Hand: Kein Budget in der GOÄ. Keine Regelung, die die ärztliche Freiberuflichkeit tangiert. Die gemeinsame Kommission als rein beratendes Gremium. Dazu eine Prise Vertrauen durch ein angemessenes Maß an Transparenz auf der einen und ein Hauch mehr an Realitätssinn auf der anderen Seite. Gelänge eine solche Verständigung, so könnten die Ärzte am Ende doch noch als Sieger die Arena verlassen. Und es gäbe sogar noch eine kleine Chance auf eine neue GOÄ. (MR)



ZAP



KV-Wahlen 2016

Kommt das KV-System 2016 wieder in ruhigeres Fahrwasser? Nach den Turbulenzen in der KBV-Vertreterversammlung, den Ermittlungen gegen den ehemaligen KBV-Chef Dr. Andreas Köhler und den Führungsquerelen an der KBV-Spitze hoffen viele auf einen Neuanfang. Ausgangspunkt dafür könnten unter anderem die KV-Wahlen sein, die ab Jahresmitte bundesweit in allen KV-Bereichen stattfinden.

Den Auftakt macht noch vor der Sommerpause Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni bis 1. Juli. Weitere Termine: Hamburg 6. bis 19. Juli, Baden-Württemberg Anfang Juli bis 26. Juli, Saarland 27. Juli, Nordrhein 3. August, Sachsen-Anhalt 20. August bis 8. September, Berlin 2. bis 16. September, Schleswig-Holstein 5. bis 21. September, Brandenburg 5. bis 23. September, Westfalen-Lippe 20. bis 30. September, Hessen 28. September bis 26. Oktober, Bayern 6. bis 19. Oktober, Niedersachsen 12. bis 27. Oktober, Bremen 26. Oktober bis 2. November. Die Wahltermine von Sachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen sind noch nicht offiziell.

Anzeige

Abrechnung? Aber sicher!

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

Wezel/Liebold: Die erste Wahl bei der Abrechnung



aktuell, umfassend und kompetent – souveräne Argumentation in allen Streitfragen.

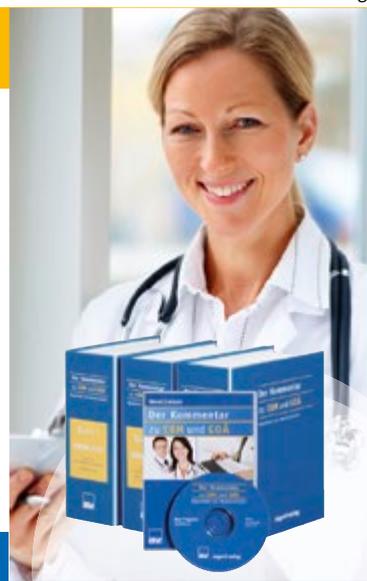
- ⇒ zuverlässige Abrechnungshilfe
- ⇒ fundiertes Fachwissen zu jeder Gebührennummer
- ⇒ praxisnahe und präzise Hinweise zur Vermeidung von ärgerlichen Honorarverlusten

als Loseblattwerk, auf CD-ROM oder direkt online

Der Kommentar

zu EBM und GOÄ

BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD



10 Tage kostenlos testen: www.ebm-goae.de

PRO & CONTRA



PRO von Dr. Volker Leienbach

PKV ist eine starke Säule im Gesundheitswesen

Dr. Volker Leienbach ist Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV). Dieser ist ein Zusammenschluss von 42 privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen.

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Es bietet ein flächendeckendes Netz von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Apotheken. Die Wartezeiten sind kurz, die Zuzahlungen gering und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist gesichert. Garanten dieser Leistungsstärke sind die rund fünf Millionen Beschäftigten, allen voran Ärztinnen und Ärzte, die sich dafür kompetent und mitfühlend einsetzen. Ihnen sagt die Private Krankenversicherung mit der aktuellen Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“ Dankeschön.

Unverzichtbar für die Qualität der Versorgung ist aber auch das Zusammenwirken von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Es macht medizinische Spitzenversorgung bezahlbar – jetzt und in Zukunft. Unser zweigegliedertes Versicherungssystem führt nämlich eben nicht zur Zwei-Klassen-Medizin, sondern ist im Gegenteil die beste Prävention gegen eine Behandlung in Abhängigkeit vom privaten Geldbeutel: Alle Versicherten in Deutschland – gesetzlich wie privat – haben grundsätzlich Zugang zu denselben hochklassigen Versorgungseinrichtungen.

Dagegen gibt es in Ländern mit einheitlichem Sicherungssystem gravierende Ungleichheiten. In der Praxis ist die Versorgung dort meist von erheblichen Rationierungen sowie separaten Strukturen für Arm und Reich geprägt: Wer es sich leisten kann, organisiert seine Behandlung am dürrtigen Einheitssystem vorbei. Das deutsche, zwei-

gegliederte System wirkt einer solchen Entwicklung entgegen. Als Wettbewerber zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist die PKV dabei ein wichtiger Vergleichsmaßstab, der es der Politik schwerer macht, Leistungen in der GKV zu kürzen.

Und noch aus einem weiteren Grund ist der hohe Standard für alle ein Verdienst eines lebendigen Systemwettbewerbs mit PKV und GKV: Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dadurch fließen im Jahr mehr als elf Milliarden Euro zusätzlich ins Gesundheitssystem. Diese Einnahmen ermöglichen es Ärzten und Krankenhäusern, in moderne Geräte und Behandlungsmethoden zu investieren. Die kommen wiederum allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten. Und in Praxen wie Kliniken weiß man ganz genau: Wer mit einer Einheitsversicherung schlafen ginge, würde mit der Einheitsvergütung – auf unterem Niveau – aufwachen.

Schließlich ist die kapitalgedeckte PKV auch angesichts unserer alternden Bevölkerung unverzichtbar: In Zukunft wird es immer weniger Steuer- und Beitragszahler sowie gleichzeitig steigende Ausgaben für mehr ältere Patienten geben. Daher bleibt das medizinisch Notwendige nur dann für alle bezahlbar, wenn möglichst viele Menschen und Leistungen rechtzeitig kapitalgedeckt abgesichert werden. Die Bedeutung ergänzender privater Absicherung hat der Gesetzgeber für die Altersvorsorge schon lange erkannt, zuletzt auch für die Pflege.

Es wäre aberwitzig, diese Erkenntnis in der Krankenversicherung über Bord zu werfen. Denn fast neun Millionen Privatversicherte treffen mit ihren Beiträgen Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben und sichern so die Generationengerechtigkeit.

Die Menschen in Deutschland erkennen die großen, grundsätzlichen Vorzüge unseres Gesundheitssystems, das dank seiner Vielfalt und Wahlfreiheiten allen Versicherten eine individuelle und gute Versorgung bietet. Regelmäßige Umfragen des Meinungsforschungsinstituts Allensbach belegen die anhaltende Zustimmung auf höchstem Niveau: Über 90 Prozent der Befragten zeigten sich bei der letzten Erhebung im Jahr 2015 zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung – das lag noch einmal ein paar Prozentpunkte über den auch schon beachtlichen Vorjahreswerten.

Die Vehemenz, mit der sich manche für einen radikalen Systemwechsel in der Gesundheitskostenfinanzierung einsetzen, verwundert also nicht zuletzt, weil solche Überlegungen völlig am Empfinden der Bürger vorbei gehen. Denn diese wissen genau: Unser Gesundheitssystem, um das wir in nahezu der ganzen Welt beneidet werden, ist viel zu kostbar, um es mit Radikaloperationen zu gefährden.

Hat das duale System eine Zukunft?

CONTRA von Dr. Christopher Hermann

Überkommene Strukturen über Bord werfen



neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts die statusbezogene Zuordnung zu bestimmten Kassenarten nicht länger haltbar war, so sollten auch die existierenden Statusgrenzen zwischen den beiden Systemen „GKV“ und „PKV“ beseitigt werden.

Aktuell existiert kein freier und solidarischer Wettbewerb zwischen PKV und GKV: Die ganz große Mehrheit der Bevölkerung hat keine echte Wahlmöglichkeit. So sind zum Beispiel Beamte und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen zwar nicht rechtlich, aber faktisch von der Wahl ausgeschlossen, weil sie im Falle einer freiwilligen GKV-Versicherung den gesamten Versicherungsbeitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung entrichten müssen. Außerdem werden viele Kranke oder Behinderte in der PKV gar nicht erst versichert oder müssen hohe Risikozuschläge bezahlen, sodass sie sich die Prämien nicht leisten können. Es ist weder solidarisch noch gerecht, dass die GKV, der rund 90 Prozent der Bevölkerung angehören, überproportional Ältere, chronisch Kranke und Arbeitslose versichert. Und es ist geradezu paradox, dass sich die finanziell Leistungsstärkeren systematisch dieser Gemeinschaft entziehen können.

Der Wettbewerb zwischen PKV und GKV findet lediglich um gesunde, junge Gutverdiener, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, sowie um Teile der Selbstständigen statt. Die gelegentlich behaupteten „Vorteile des Systemwettbewerbs“ sind deshalb ein Mythos. Darüber hinaus stellt die PKV heute für viele Versicherte finanziell zunehmend ein veritables Risiko dar. Niedrige Zinsen, rückläufiges Neugeschäft und steigende Krankheitskosten führten und führen immer wieder zu Prämienhöhungen. In den letzten 14 Jahren haben sich die Beiträge zur PKV

im Branchenschnitt mehr als verdoppelt. Zweifel an der Nachhaltigkeit der PKV-Finanzierung sind daher mehr als berechtigt.

Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt ist dringend geboten. Dieser würde die Wettbewerbsverzerrungen beenden und endlich für die gesamte Wohnbevölkerung die freie Wahl der Krankenkasse ermöglichen. Wesentliche Bausteine hierfür sind ein Kontrahierungszwang, der dafür sorgt, dass alle Menschen ohne Risikoprüfung aufgenommen werden müssen, und ein funktionstüchtiger Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Hier geht es weder um eine Neiddebatte noch um eine falsch verstandene „Gleichmacherei“ zweier unterschiedlicher Versicherungssysteme. Ganz im Gegenteil: Es geht um Ordnungspolitik im Allgemeinen und um mehr Wettbewerb im Speziellen. Einen Wettbewerb, der nicht (angeblich) zwischen zwei abstrakten Systemen stattfindet, sondern einen Wettbewerb, der den Menschen, insbesondere den Kranken, dienen soll: Die bestehenden dysfunktionalen Wirkungen des segmentierten Versicherungssystems, die etwa dazu führen, dass es für Ärzte finanziell attraktiv ist, ihre Standortentscheidung auch in Abhängigkeit von der Anzahl von Versicherten eines bestimmten Typs zu wählen, gilt es zu beseitigen; sie hatten gesellschafts- und gesundheitspolitisch noch nie eine Berechtigung.

Es gilt, in der Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts längst überkommene Strukturen über Bord zu werfen. Ein gemeinsamer wettbewerblich organisierter Krankenversicherungsmarkt ist überfällig. Wettbewerb freilich nicht verstanden als Preiswettbewerb, sondern primär als Wettbewerb um die beste Versorgung und somit die beste Qualität für alle Versicherten.

Dr. Christopher Hermann ist Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg und bereits seit 2002 im Vorstand tätig. Die Krankenkasse versichert mehr als vier Millionen Menschen im Land.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) feiert dieses Jahr ein bedeutsames Jubiläum: 1996, also vor 20 Jahren, wurde die allgemeine Wahlfreiheit der Versicherten bezogen auf gesetzliche Krankenkassen eingeführt und somit das Ende der überkommenen Zuweisungssystematik erreicht. Flankiert wurde die Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit mit einem bundesweiten kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich, um Risikoselektion und die Benachteiligung von Kassen mit ungünstiger Versichertenstruktur im Wettbewerb zu vermeiden. Diesen Weg gilt es nun fortzusetzen und die europaweit einzigartige – und auch eigenartige – Segmentierung des deutschen Krankenversicherungsmarktes abzuschaffen: So wie in den



Die Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erfolgt auf Muster 2, dem klassischen roten Einweisungsschein. Die Durchführung von ambulanten Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt, ein MVZ oder andere zugelassene ambulante Einrichtungen ist durch Muster 6, den gelben Überweisungsschein, zu veranlassen.

Wirtschaftlichkeit in der Vertragsarztpraxis Einweisung, Überweisung und Co.

Jeder Kollege kennt es: Man kommt nicht mehr weiter, ein spezialisierter Kollege muss übernehmen. Nicht immer ist eine Einweisung zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus nötig, die Möglichkeiten diverser ambulanter Behandlungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren gewachsen. Allerdings führt gerade diese Vielfalt zu Unsicherheiten im Umgang mit den Formalien.

Einweisung: Nur wenn ambulant nicht ausreicht

Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung, wenn diese erforderlich ist, weil das Behandlungsziel teil-, vor- oder nachstationär oder ambulant nicht erreicht werden kann. Parallel dazu gibt § 73 Abs. 4 SGB V vor, dass stationäre Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht.

Die Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erfolgt auf Muster 2, dem klassischen roten Einweisungsschein. Sie ist nur zulässig, wenn sich der einweisende Vertragsarzt vom Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Soweit sich bereits aus der Diagnose oder den Symptomen regelmäßig die Notwendigkeit der Einweisung ergibt, genügen dafür diese Angaben. Bei Aushändigung des Scheins soll der Vertragsarzt den Patienten zudem auf die grundsätzliche Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse (Rückseite) hinweisen: eine Vorgabe, die in der Realität – mit Akzeptanz durch die Kassen – kaum eine Rolle spielt.

Voraussetzung für vor-, teil- und nachstationäre Behandlung ist immer eine vorausgehende stationäre Einweisung. Vorstationäre Behandlung dient dem Krankenhaus zur Abklärung, ob für die beabsichtigte Behandlung eine vollstationäre Aufnahme erforderlich ist. Ist dies der Fall, dient die vorstationäre Behandlung

auch der Vorbereitung des stationären Aufenthalts. Nachstationäre Behandlung schließt sich unmittelbar an einen vollstationären Aufenthalt an und ist nur dann zulässig, wenn vollstationäre Behandlungen nicht mehr notwendig, zur Sicherstellung und Festigung des Behandlungserfolgs eine Nachbehandlung durch das Krankenhaus aber erforderlich ist.

Die vorstationäre Behandlung ist auf maximal drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt, die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung nicht überschreiten. Dabei darf das Krankenhaus die nachstationäre Behandlungsdauer nicht eigenmächtig verlängern, dies muss gemeinsam zwischen Krankenhaus und einweisendem Arzt festgelegt werden.

Was ist wichtig für den einweisenden Arzt?

- Vom Zustand des Patienten überzeugt? (nicht „blind“ einweisen)
- Geht es auch ambulant? (keine Angst vor den zahlreichen in der Krankenhauseinweisungsrichtlinie aufgezählten Möglichkeiten, diese reduzieren sich je nach Region und Indikationsstellung zwangsläufig)
- Notwendigkeit der stationären Behandlung dokumentieren (idealerweise: neben Muster 2 auch in der Patientenakte)

- Angabe der beiden nächsterreichbaren (nicht nächstgelegenen) für die vorgesehene Behandlung geeigneten Krankenhäuser (nur darauf bezieht sich der Anspruch des Patienten nach § 39 SGB V)

Überweisung: ambulant vor stationär

Bevorzugtes Mittel der Mit- und Weiterbehandlung eines in der eigenen Praxis ausdiagnostizierten oder austherapierten Patienten ist die Überweisung, formal geregelt durch § 24 Bundesmantelvertrag Ärzte*. Die Durchführung von ambulanten Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt, ein MVZ oder andere zugelassene ambulante Einrichtungen, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung durch Überweisung ist auf Muster 6, dem gelben Überweisungsschein, zu veranlassen. Dieser ist auch dann zu verwenden, wenn eine ambulante Operation im Krankenhaus oder ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Krankenhaus veranlasst wird.

Dabei soll – zur Wahrung der freien Arztwahl – die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die betreffende Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden; eine namentliche Überweisung an speziell ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen ist möglich. Der ausführende Arzt ist grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen. In der Regel ist nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. Ausnahmen bilden besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden, eine Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken und die Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

Die Überweisung zur Auftragsleistung erfordert eine Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag). Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich, die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten. Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen (Klärung

einer Verdachtsdiagnose); Art und Umfang der dazu notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt für die Indikationsstellung beim auftraggebenden Vertragsarzt, für die ausgeführten Leistungen beim auftragnehmenden Vertragsarzt. Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der auftragnehmende Vertragsarzt entscheidet. Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Was ist wichtig für den überweisenden Arzt?

- Zu ambulant immer Muster 6, zu stationär immer Muster 2 (Wirtschaftlichkeit abwägen!)
- Art der Überweisung definieren, Verantwortung für Wirtschaftlichkeit der Leistung beachten
- Grundsätzlich keine Überweisung zu einem namentlich benannten Kollegen, Benennung nur der Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung (PM)

**Auf die Besonderheiten bei Laborüberweisungen wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.*



Zum Nachlesen

- § 24 und § 26 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä); Erläuterungen (zur Vordruckvereinbarung – Anlage 2 BMV-Ä) zu Muster 2 (Seite 11 f.) und Muster 6 (Seite 20 ff.)
www.kbv.de/service/rechtsquellen/vertraege
- Krankenhauseinweisungseinweisungsrichtlinie:
www.g-ba.de/informationsarchiv/richtlinien

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



KVN
Niederlassen
in Niedersachsen

Ärzte in Weiterbildung an Universitätskliniken werden auch weiterhin mit der umstrittenen Befristungspraxis leben müssen. Eine Mindestdauer für Verträge ist im neu geregelten Wissenschaftszeitvertragsgesetz nicht vorgesehen.



Wissenschaftszeitvertragsgesetz wurde neu geregelt Können Nachwuchswissenschaftler aufatmen?

Im März soll eine Neuregelung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes in Kraft treten. Ende Januar hat der Bundesrat den Gesetzentwurf gebilligt. Postuliertes Ziel des Gesetzes ist es, Fehlentwicklungen in der Befristungspraxis junger Wissenschaftler entgegenzutreten und planbare Karrierewege zu fördern. Ob dieses Ziel mit der Novellierung erreicht werden kann, bleibt mehr als fraglich.

Das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) regelt die Bedingungen für befristete Arbeitsverträge wissenschaftlicher Mitarbeiter während der Qualifizierungsphase. Danach können Nachwuchswissenschaftler bis zu sechs Jahre befristet beschäftigt werden. Nach Abschluss der Promotion ist eine weitere Befristung von bis zu sechs Jahren, für Mediziner von neun Jahren zulässig.

Die Befristungsmöglichkeiten des WissZeitVG gelten auch für diejenigen Ärzte, die wissenschaftlich arbeiten, hierzu gehören auch Tätigkeiten der Krankenversorgung. Meist findet sich zusätzlich eine Lehrtätigkeit in den Arbeitsverträgen von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, die an Universitätskliniken beschäftigt werden. Eine Befristung nach dem WissZeitVG an Unikliniken ist damit gang und gäbe. Die bisherige Regelung führte zu einem hohen Anteil an kurzen Arbeitsverhältnissen an Hochschulen, so haben mehr als 50 Prozent der dort Beschäftigten nur Ein-Jahres-Verträge.

Aber was ändert sich nun? Auch weiterhin gibt es keine verbindlichen Mindestvertragslaufzeiten für das wissenschaftliche Personal. Allerdings wurde festgelegt, dass die Vertragslaufzeit bei

Drittmittelverträgen dem (meist mehrjährigen) Projektzeitraum der Drittmittelprojekte entsprechen soll (und nicht der oft nur jährlichen Mittelbewilligung). Dies hätte zur Folge, dass grundsätzlich der in der Regel mehrjährige Projektzeitraum und nicht die jährliche Mittelbewilligung maßgeblich wäre. Allerdings gibt der Terminus „soll“ die Möglichkeit, auch weiterhin kürzere Befristungsdauern als für die Dauer des Projektzeitraums zu vereinbaren.

Die Befristungsdauer bei Verträgen zur Qualifizierung soll so bemessen sein, dass sie der angestrebten Qualifizierung angemessen ist. Die „Angemessenheit“ im Sinne des Gesetzes ist allerdings ein auslegungsbedürftiger Rechtsbegriff, sodass im Zweifel Gerichte über die Auslegung werden entscheiden müssen.

Studienbegleitende Arbeitsverhältnisse, deren Gegenstand die Erbringung von wissenschaftlichen oder künstlerischen Hilfstätigkeiten ist, werden künftig ausdrücklich nicht auf den Befristungsrahmen des § 2 Abs.1 WissZeitVG angerechnet.

Die Verlängerungstatbestände des § 2 Abs.5 WissZeitVG werden um einen weiteren Punkt ergänzt. Nunmehr führen auch „Zeiten einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, in denen ein gesetz-

licher oder tarifvertraglicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht besteht“ zu einer Verlängerung. Allerdings ist zu kritisieren, dass die Verlängerungstatbestände des § 2 Abs.5 WissZeitVG weiterhin ausschließlich für Befristungen zur Qualifizierung i.S.d. § 2 Abs.1 WissZeitVG gelten. Auf Arbeitnehmer, die in Drittmittelprojekten ohne Qualifikationsanteil beschäftigt sind, wird die Übertragung der Regelung in der Gesetzesbegründung aus formalen Gründen damit abgelehnt, dass der Befristungstatbestand bei Drittmittelprojekten grundsätzlich keine Limitierung hätte, der der Qualifikationsbefristungen allerdings schon. Somit wird der Zustand einer Ungleichbehandlung von Qualifizierungs- und Drittmittelbefristungen weiter gefestigt.

An Universitätskliniken werden die Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung in der Regel nach dem WissZeitVG befristet. Eine Mindestvertragsdauer ist auch nach dem neuen Gesetzestext nicht vorgesehen, sodass zu befürchten ist, dass kurze Verträge weiterhin zu erheblicher Planungsunsicherheit führen.

Auf große Kritik stieß auch, dass die Einschränkungen des Tarifrechts mittels der im WissZeitVG verankerten Tarifsperre weiter erhalten bleiben. Auch der Bundesrat hatte die Aufhebung der Tarifsperre gefordert, er argumentierte „Die durch eine Aufhebung der Tarifsperre entstehenden Handlungsspielräume der Tarifvertragsparteien könnten eine Konsolidierung der Rechtslage und ihre Anpassung an neue Entwicklungen erleichtern: Bei komplexen Interessenlagen könnten die Tarifvertragsparteien regelmäßig sach- und zeitgerechter als der Gesetzgeber reagieren.“

Die tatsächlichen Auswirkungen des Gesetzes in der Praxis wird der Hartmannbund auch weiterhin kritisch verfolgen. (CB)



Aktuelle Urteile

Wann liegt ein Behandlungsfehler vor?

Ärzte können sich nicht darauf zurückziehen, dass eine Untersuchung oder Behandlung nicht zwingend geboten war. Das hat der BGH klargestellt. Das Absehen von einer ärztlichen Maßnahme sei demnach nicht erst dann behandlungsfehlerhaft, wenn die Maßnahme zwingend geboten war, sondern bereits dann, „wenn ihr Unterbleiben dem zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden medizinischen Standard zuwiderlief“.

Bezeichnung „Leitender Angestellter“

Die Bezeichnung „Leitender Angestellter“ in einem Arbeitsvertrag bedeutet nicht, dass dieser Mitarbeiter auch rechtlich als solcher einzustufen ist. Daran sind Bedingungen geknüpft, die arbeitsvertraglich festzuhalten sind. Geschieht dies nicht, ist der Betreffende nicht als Leitender Angestellter zu behandeln und eine Kündigung bedarf der Beteiligung und Zustimmung der betreffenden Personalvertretung.

Mehr unter www.hartmannbund.de

Anzeige

telc
LANGUAGE TESTS



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

Nutzen Sie Ihre Chance: Legen Sie die Prüfung *telc Deutsch B2 Medizin Zugangsprüfung*, *telc Deutsch B2-C1 Medizin* oder *telc Deutsch B1-B2 Pflege* in Frankfurt am Main ab. Jetzt neu zur Prüfungsvorbereitung: *telc Online-Training Deutsch B2-C1 Medizin*

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 auf www.telc.net. Gerne beraten wir Sie auch persönlich: Telefon +49 (0) 69 95 62 46-10.

Prüfungstermine 2016:

- 15. März
- 14. Juni
- 07. September
- 06. Dezember

Fördermittel in der ambulanten Weiterbildung

Wer trägt das finanzielle Risiko?

Nein, noch ist nichts entschieden. Die neue Fördervereinbarung erwartet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) frühestens zu Ostern. Aktuell in der Diskussion mit den Kassen ist aber unter anderem die Frage, welche Bedingungen an die Vergabe der Finanzhilfen künftig zu knüpfen sind – und wann und von wem sie im Zweifel zurückzuzahlen sind. Für die Weiterzubildenden kann das problematisch werden.

Bislang muss die Förderung von der Praxis beantragt werden, die einen Weiterzubildenden anstellt. Dazu sind diverse Unterlagen einzureichen, darunter eine Erklärung des Weiterzubildenden, dass er den Abschnitt für seine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner nutzt, dass er beabsichtigt, die entsprechende Prüfung abzulegen usw. Jedoch sind einige KVen dazu übergegangen, daraus justiziable Verpflichtungen zu machen. Wer also eine vertragliche Vereinbarung unterschreibt und sich darin verpflichtet, die Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin abzulegen und bei Zuwiderhandlung die erhaltenen Fördergelder zurückzuzahlen, könnte – wenn er die Prüfung dann eben doch nicht

absolviert – eines Tages zur Kasse gebeten werden. So laut Auskunft der KV in Baden-Württemberg geschehen, so durchaus möglich auch in Hessen. Zurückzuzahlen ist dann der Großteil des erhaltenen steuer- und sozialabgabenpflichtigen Bruttolohns, wenn nicht sogar die Gesamtsumme.

Die zweiseitige Vereinbarung macht Weiterzubildende zu direkten Vertragspartnern der KV. Andernfalls wäre der Praxisinhaber zur Rückzahlung verpflichtet – wie es in den anderen KV-Bezirken üblich ist, wo aber auch Fördermittel in der Regel nicht zurückgefordert werden, wenn sich der Weiterzubildende später zum Beispiel als hausärztlich tätiger Internist niederlässt.

An dieser Stelle sei ein Exkurs zu den Mo-

tiven erlaubt, diese Förderung einzuführen. An erster Stelle stand der Hausärztemangel, gern festgemacht an der Anzahl der verliehenen Facharztstitel in der Allgemeinmedizin. Als problematisch erwies sich unter anderem der in den Weiterbildungsordnungen vorgeschriebene ambulante Abschnitt. Die Anstellung lohne nicht, da eine „übermäßige“ Praxisausweitung untersagt ist, argumentierten die Praxen. Um diese Lücke zu füllen, beauftragte der Gesetzgeber mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1999 die KBV, die Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, entsprechende Fördermaßnahmen zu vereinbaren. Die Förderung im ambulanten Bereich betrug bis 2009 bis zu 2.040 Euro monatlich je Arzt in Weiterbildung.

Ziel war und ist es, Praxen darin zu unterstützen, der Weiterbildung ihres eigenen Nachwuchses – ihrer künftigen Praxisnachfolger – nachzukommen. Nicht die Weiterzubildenden werden gefördert, sondern die Weiterbildung. Allerdings waren Verträge nicht unüblich, in denen als Monatsvergütung kein Cent mehr als besagte 2.040 Euro vereinbart war. Das änderte sich 2010 insofern, als dass die Förderbeträge deutlich auf 3.500 Euro monatlich angehoben und die Praxisinhaber in einigen KV-Bezirken verpflichtet wurden, zusätzlich auf den ortsüblichen Tarif aufzustocken.

Was aber hat das mit der neuen Vereinbarung zu tun? Nun, die oben genannten zweiseitigen Förderverträge mit der KV könnten das Modell der Zukunft sein – durchaus im Sinne des Rucksackmodells, wonach dem Weiterzubildenden virtuell ein finanzielles Päckel für seine Weiterbildung mitgegeben wird. In dieser Konstellation schultert er jedoch das finanzielle Risiko für geänderte Lebensentwürfe oder ähnliches ganz allein. Und noch mehr: Er bürgt mit seinem Bruttogehalt für den Erfolg einer quasi staatlichen Maßnahme zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Die Praxisinhaber müssten dann nur noch genügend Ärzte finden, die bereit sind, dieses Risiko einzugehen. (SP)



Neue Perspektiven durch das „Rucksackmodell“? Das „Päckel“ darf für Weiterzubildende nicht zur Last werden.



Termine

23. April, 10 bis 18 Uhr, Berlin

Erfolgreiche Gesprächsführung in anspruchsvollen Situationen: Gespräche kosten oft wertvolle Zeit. Mit effektiven Gesprächstechniken lässt sich diese Zeit intensiv nutzen, um z.B. Widerstände zu verringern und auch bei kontroversen Ansichten einen guten Kontakt zum Gegenüber zu behalten. Nur durch eine gute und stabile (Gesprächs-) Beziehung lässt sich auch Führung erfolgreich gestalten. Gebühr: 30 Euro (erm. 15 Euro).

26. Mai, 17 bis 20 Uhr, Dresden

Zeit- und Selbstmanagement: Sie lernen in diesem Seminar mit Hilfe eines Referenten Ihre persönlichen Optionen kennen, um sich selbst und Ihre verfügbare Zeit besser zu organisieren. Themenschwerpunkte des Seminars: Prioritäten setzen, eigene Arbeitsabläufe planen und strukturieren, Umgang mit Störungen, Multitasking, Aufgaben delegieren, Übungen für mehr Zeitgefühl und Energie. Gebühr: für HB-Mitglieder ist dieses Seminar kostenfrei.

16. Juni, 18 bis 21 Uhr, Berlin

Ab morgen Arzt: Referenten aus Medizin und Wirtschaft stehen im Rahmen dieses Seminars zur Verfügung. Lernen Sie Fallen und Stolpersteine beim Abschluss eines Arbeitsvertrages kennen. Und ein Leitender Arzt berichtet, worauf er bei einer Bewerbung Wert legt. Gebühr: für HB-Mitglieder kostenfrei (15 Euro Nichtmitglieder)

Mehr Seminare finden Sie hier:

www.hartmannbund.de/akademie

MWBO-Novelle: Version 2 angekündigt

Die Bundesärztekammer (BÄK) will den aktuellen Entwurf einer novellierten Musterweiterbildungsordnung (MWBO) am 30. Juni auf der internen Diskussionsplattform Wiki.Baek veröffentlichen. Das hat der Vorsitzende der BÄK-Weiterbildungsgremien, Franz-Joseph Bartmann, in einem Schreiben an die beteiligten Organisationen und Verbände bekanntgegeben. Zuvor will er auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg einen Sachstandsbericht geben.

Die sogenannte Version 2 soll nach einer dann fast dreijährigen Konsentierungsphase zwischen der BÄK, den Kammern sowie den beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden den aktuellen Diskussionsstand abbilden und den Ausgangspunkt für die weiteren Beratungen markieren. Nach der Veröffentlichung des ersten Entwurfs (Version 0) für eine Neufassung im Dezember 2012, die auf Basis geltender Ärztetagsbeschlüsse erstellt wurde, waren die Fachgesellschaften aufgefordert, die neue Struktur inhaltlich zu füllen. Zudem konnten sie wie die Berufsverbände Kommentare und Ergänzungen einbringen. Das Ergebnis war die im Juli 2013 veröffentlichte Version 1, die die Konsentierungsphase einleitete.

Die neue MWBO soll kompetenzorientiert aufgebaut sein und unter anderem auch das Logbuch als verbindlichen Teil enthalten. Für die Version 2 der MBWO-Novelle ist bis Oktober eine Kommentierungsphase vorgesehen. (SP)

Anzeige

 **SRH FERNHOCHSCHULE**
The Mobile University

STAATLICH
ANERKANNTE
HOCHSCHULE



GESUNDHEITSÖKONOMIE FÜR MEDIZINER (SRH/HB) HEALTH CARE MANAGEMENT (M.A.)

Qualifizieren Sie sich für die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen – berufsbegleitend. Das Studienangebot der SRH Fernhochschule Riedlingen in Kooperation mit dem Hartmannbund eröffnet Ihnen hervorragende Karriereperspektiven.

Ihre Vorteile:

- ▮ Reduzierte Studiengebühren für Mitglieder des Hartmannbundes
- ▮ Anerkennung als zertifizierte Fortbildung durch die Landesärztekammer
- ▮ Innovative Lehr- und Lernmethoden
- ▮ Flexible Studiengestaltung

SRH Fernhochschule Riedlingen

Lange Straße 19 | 88499 Riedlingen

Telefon +49 (0) 7371 9315-0 | info@fh-riedlingen.srh.de



WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG

Univertreter des Hartmannbundes berichten von Famulaturen in Andere Länder, andere Sitten: Mit Flip Flops

So wie ihre Kommilitonen sind auch die Univertreter des Hartmannbundes in Deutschland und weltweit unterwegs, um ihre Famulaturen zu absolvieren. Wir haben einmal nachgefragt, welche Orte bzw. Länder dafür in Frage kamen.



In der Ambulanz durfte Ivo ordentlich mit anpacken – so wie hier beim Entfernen eines Gipsverbandes.

Ivo Hüttemann (Univertreter aus Marburg) war im Sommer 2015 Famulant im Klinikum Herford: Ich war dort vier Wochen in der Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie. Die Stationsarbeit umfasste die Aufnahme der Patienten, die tägliche Visite und das Diktieren der Briefe. Nach einer Woche durfte ich in die Ambulanz wechseln – mein absolutes Highlight. Ich habe die Patienten untersucht und dann meinem Oberarzt vorgestellt. Dieser hat dann nochmals untersucht und mir Tipps gegeben. Die weitere Diagnostik bzw. Therapie habe ich dem Oberarzt vorgeschlagen – durch diese Methode habe ich viel gelernt. Super in der Ambulanz war, dass ich die Untersuchungstechniken, die ich im Studium gelernt habe, am Patienten anwenden und endlich pathologische Tests erleben konnte. Wenn mein betreuender Oberarzt als Notarzt tätig war, habe ich ihn auch auf Einsätzen begleitet und durfte viel selbst machen. Er hat mir viel Vertrauen entgegengebracht und mir dadurch viel ermöglicht. Oft bin ich auch aus Interesse bis spät in der Klinik geblieben, weil die Ambulanz noch voll mit Patienten war oder abends eine spannende OP lief. Die Famulatur hat mir sehr viel Spaß gemacht, ich habe viel gelernt und mich sogar zu Hause noch auf den nächsten Tag vorbereitet. Dabei bleibt viel mehr hängen als beim bloßen „Kreuzen“. *Was man noch wissen muss:* Für die Bewerbung waren Lebenslauf und Studienbescheinigung erforderlich. Auf Wunsch kann man kostenlos im Personalwohnheim wohnen. Für das leibliche Wohl wird ganztätig gesorgt.

er hat dann nochmals untersucht und mir Tipps gegeben. Die weitere Diagnostik bzw. Therapie habe ich dem Oberarzt vorgeschlagen – durch diese Methode habe ich viel gelernt. Super in der Ambulanz war, dass ich die Untersuchungstechniken, die ich im Studium gelernt habe, am Patienten anwenden und endlich pathologische Tests erleben konnte. Wenn mein betreuender Oberarzt als Notarzt tätig war, habe ich ihn auch auf Einsätzen begleitet und durfte viel selbst machen. Er hat mir viel Vertrauen entgegengebracht und mir dadurch viel ermöglicht. Oft bin ich auch aus Interesse bis spät in der Klinik geblieben, weil die Ambulanz noch voll mit Patienten war oder abends eine spannende OP lief. Die Famulatur hat mir sehr viel Spaß gemacht, ich habe viel gelernt und mich sogar zu Hause noch auf den nächsten Tag vorbereitet. Dabei bleibt viel mehr hängen als beim bloßen „Kreuzen“. *Was man noch wissen muss:* Für die Bewerbung waren Lebenslauf und Studienbescheinigung erforderlich. Auf Wunsch kann man kostenlos im Personalwohnheim wohnen. Für das leibliche Wohl wird ganztätig gesorgt.



Käthe zog es im Sommer 2014 für zwei Wochen in die Pathologie.

Käthe Lewicki (Univertreterin aus Greifswald) absolvierte 2014 eine Famulatur in der Greifswalder Pathologie: Ein Anruf genügte und schon durfte ich meine 15-tägige Entdeckungsreise starten. Am ersten Tag wurde mir während einer Führung durch das Institut bewusst, wie viele verschiedene Bereiche hier zusammenspielen: Mikroskopische und makroskopische Diagnostik, molekulargenetische und elektronenmikroskopische Untersuchungen und nicht zuletzt klinisch-pathologische Fall- und Tumorkonferenzen. Entsprechend abwechslungs- und aufschlussreich war mein Arbeitsalltag. Im Tagesprogramm an erster Stelle stand die Morgenbesprechung, die zum Teil gemeinsam mit klinischen Kollegen abgehalten wurde. Darauf folgten Aufenthalte im Sektionssaal oder im Zuschnittsbereich, hinter dem Mikroskop oder dem Lehrbuch, je nachdem, welche Aufgaben anfielen. Durch einen eigenen Arbeitsplatz bei den Assistenzärzten hatte ich viel Raum, um mich zu entfalten. So konnte ich mein erstes Oberschenkelamputat untersuchen und „zerlegen“, meinen ersten Zuschnitt selbst durchführen und mit Hilfe des Diktiergeräts protokollieren, meine ersten Organsysteme bei Obduktionen präparieren und aufbereiten. Alles in allem bin ich mit meiner Zeit zwischen den Deckgläschen, den Schnellschnitten und den Formalinblöcken sehr zufrieden. *Was man noch wissen muss:* Die Pathologie vor allem am Anfang des klinischen Studienabschnitts ermöglicht den Zugang zu einem breiten Spektrum an Symptomen und Syndromen. Ein gewisser pathologischer Spürsinn, Selbstständigkeit und Spaß an der Arbeit am Mikroskop sind sicherlich von Vorteil.



Vor einem Jahr hat Lukas mit seinen Vorbereitungen für seine USA-Famulatur begonnen. Mit seiner zweiwöchigen Famulatur war er sehr zufrieden.

Lukas Kaesmann (Univertreter aus Lübeck) absolvierte im Februar eine zweiwöchige Famulatur am Memorial Sloan-Kettering Hospital in New York: Es war eine anstrengende, aber lehrreiche Zeit, in der ich einen interessanten Einblick in das amerikanische Gesundheitssystem und die neuesten Entwicklungen in der Onkologie nehmen konnte. Das Memorial Sloan-Kettering Hospital gehört zu einer der renommiertesten Krebskliniken weltweit. Der Start in den Tag begann meist mit einer multidisziplinären Sitzung aus Onkologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen um 7.30 Uhr. Der Fokus meiner Famulatur lag vor allem in der Behandlung von Patienten nicht nur mit klassischen Chemotherapeutika, sondern auch mit neuen Antikörper-, Immun oder neuen Radiotherapien, die zur Zeit oft noch experimentell sind. Faszinierend fand ich die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Abteilungen, die nicht nur auf eine Lebensverlängerung, sondern auf Lebensqualität bedacht ist. In angenehmer Atmosphäre wird jeder Fall besprochen und auf „Augenhöhe“ diskutiert. Ich habe größtenteils mit ambulanten Patienten gearbeitet. Bereits an meinem ersten Tag bekam ich Patienten zu Gesicht, die, wenn überhaupt, nur als einmalige „case reports“ in der Literatur zu finden sind und nur an vier Standorten in den USA therapiert werden. Anamnese und Behandlungsplan wurden im Team aus „Attending“ und „Resident“ besprochen. *Was man noch wissen muss:* So früh wie möglich bewerben. Auf Grund der Bürokratie (Impfungen, Gesundheitsnachweise etc.) vielleicht eher kein Lehrkrankenhaus auswählen, sondern kleinere bzw. private Häuser. Ein Visum (Aufenthalt unter 90 Tage) über Esta. Eine umfassende Haftpflichtversicherung (z.B. über den Hartmannbund) ist ein Muss. Zu empfehlen ist eine Auslandskrankenversicherung.

Deutschland und anderswo im OP



Information

Offene Briefe zum Masterplan

Am 15./16. Februar hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Masterplan Medizinstudium 2020“ getagt und final an einem Eckpunktepapier gefeilt. Um noch einmal Flagge zu zeigen, haben die Medizinstudierenden des Hartmannbundes gemeinsam mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) zwei offene Briefe an die beteiligten Player – das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesministerium für Bildung und Forschung – geschickt.

Der erste Brief hat noch einmal die wichtigsten Positionen der Studierenden zum Masterplan zusammengefasst, u.a.: Kein weiterer PJ-Pflichtabschnitt (auch nicht in der Allgemeinmedizin), keine Landarztquote, Aufteilung des PJ in Quartale. Ziel ist es, darauf hinzuweisen, dass der Masterplan keine Positionen enthalten sollte, die ungeeignet sind, das Medizinstudium der Zukunft wirklich sinnvoll zu reformieren.

Der zweite Brief beschäftigt sich mit den Missständen im PJ. Hier befürchten HB und bvmd, dass eine längst überfällige Verbesserung der Arbeits- und Lernbedingungen im PJ nur unzureichend Aufmerksamkeit findet. Deshalb wurden folgende Forderungen formuliert: Faire Gestaltung der PJ-Fehltageregelung, bundesweit einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung, verbindliche Regelungen der Lehr- und Lernzeiten.

Die offenen Briefe und eine dazu veröffentlichte Pressemitteilung können hier nachgelesen werden: www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de

Christina Haß (Univertreterin aus Frankfurt) absolvierte 2015 eine Pädiatrie-Famulatur in Ghana: Von Kommilitonen habe ich erfahren, dass die Lehre in Ghanas Krankenhäusern sehr groß geschrieben wird und Medizinstudierende viele praktische Erfahrungen sammeln können. Meinen Famulaturplatz im Komfo Anokye Teaching Hospital habe ich über den bvmd-Austausch bekommen. In der Pädiatrie hatte ich einen Rotationsplan für die verschiedenen Stationen. Ich war auf der Mother and Baby Unit, der Pediatric Emergency Unit und den drei normalen Stationen mit den Schwerpunkten Kardiologie/Pneumologie, Onkologie und Nephrologie/Gastroenterologie. Je nach Station durfte ich viel selbst machen. Die Ärzte und Krankenschwestern sprechen Englisch. Die Anamnese der Patienten erfolgt immer in Twi, der regionalen Amtssprache. Die Famulatur hat mir Spaß gemacht und meine Fähigkeiten verbessert. Besonders in der klinischen Untersuchung habe ich große Fortschritte gemacht. Ich habe viele seltene Krankheitsbilder gesehen, die ich in Deutschland wahrscheinlich so nicht gesehen hätte. Ich kann das Komfo Anokye Teaching Hospital auf jeden Fall weiterempfehlen. Was habe ich noch gelernt? Vor allem Demut vor dem Leben. Wir in Deutschland können uns so viel leisten – eine gute Krankenversorgung, genug zu essen, sauberes Trinkwasser, aber in anderen Ländern ist das nicht selbstverständlich. *Was man noch wissen muss:* Visum ein bis zwei Monate vor Reiseantritt beantragen; Impfungen gegen Gelbfieber, Tollwut, Typhus, Cholera und Malariaphylaxe. Die Unterbringung der Austauschstudenten erfolgt im lokalen Studentenwohnheim.

In der Freizeit schaute sich Christina Land und Leute an – wie den Fischer- und Badeort Busua, wo sie von einheimischen Kindern begrüßt wurde.



Shaila Wienand (Univertreterin aus Kiel) absolvierte im August 2015 eine Famulatur in Indien: Ich hatte mich im Victoria Hospital, einem staatlichen Krankenhaus in Bangalore, beworben und konnte eine Stelle in der Chirurgie antreten. Direkt am ersten Tag landete ich in der Notaufnahme, wo mir deutlich bewusst wurde, dass Indien eines der bevölkerungsreichsten Länder der Welt ist. Da ich die Verhältnisse in deutschen Krankenhäusern kannte, hatte ich das Gefühl, dass es in Indien drunter und drüber geht. Auch die Station und der OP waren anders. So stand ich beispielsweise mit Flip Flops im OP – dort ganz normal. Aber das Highlight war, als die indischen Junior Doctors in den Streik traten. Meine Hilfe war dadurch noch mehr nötig als vorher. Trotz der vielen Arbeit nahmen sich die Ärzte immer die Zeit, mich zu betreuen. Und alle Mitarbeiter waren sehr herzlich. Insgesamt konnte ich wertvolle Erfahrungen sammeln und habe viele Krankheitsbilder gesehen, die in Deutschland so nicht vorkommen. Und ich habe auch viele Dinge aus Deutschland schätzen gelernt, die für mich vorher so selbstverständlich waren. *Was man noch wissen muss:* Anders als in Deutschland musste Shaila Lehrgeld zahlen: 300 Rupien (ca. 5 Euro) pro Tag. Aus Shailas Sicht eine gute Investition.

Shailas zweites Heimatland ist Indien, deshalb wollte sie dort eine Famulatur absolvieren. Sie war glücklich, dass es geklappt hat.



Wissenswertes zur Famulatur

In den klinischen Semestern sieht die Approbationsordnung für Ärzte ergänzend zum Studium Famulaturen vor:

- 1 Monat in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung (z.B. in einer Arztpraxis)
- 2 Monate in einer Einrichtung der stationären Krankenversorgung (im Krankenhaus)
- 1 Monat in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (Allgemeinmediziner, Internisten mit hausärztlichem Versorgungsschwerpunkt, Kinderärzte)

Grundsätzlich können in ausländischen Krankenhäusern und Arztpraxen absolvierte Famulaturen anerkannt werden. **Haben Sie Fragen zum Thema? Dann schreiben Sie uns eine Mail:** medizinstudium@hartmannbund.de

In Berlin wurde Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ gegründet

Der Hartmannbund hat sein Engagement für Ärzte in der Weiterbildung weiter intensiviert. Am 29. und 30. Januar wurde in Berlin der Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ ins Leben gerufen. Zur Gründungsversammlung kamen 18 Assistenzärzte des Hartmannbundes aus ganz Deutschland.

Dauerbrenner Arbeitszeit, Probleme mit der Hierarchie im Krankenhaus, Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf oder schlicht die Frage, was ich eigentlich darf, nicht darf oder gar muss als Assistenzarzt. Mit diesen und anderen drängenden Themen beschäftigt sich ab sofort der Ende Januar gegründete Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“.

Geprägt vom eigenen Erfahren im Klinikalltag oder auch in der ambulanten Weiterbildung engagieren sich in dem Ausschuss Assistenzärzte des Hartmannbundes, um gemeinsam Themen und Probleme aus ihrem beruflichen Alltag zu identifizieren und nach Lösungswegen zu suchen.

Zur Gründungsversammlung kamen Assistenzärzte des Hartmannbundes aus ganz Deutschland. Für die kommenden



18 Assistenzärzte des Hartmannbundes gründeten am 29./30. Januar ihren eigenen Ausschuss.

Monate hat sich der Ausschuss bereits erste Ziele gesetzt. Vor allem im Bereich der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern – dazu zählt auch das immer wieder auf der Agenda stehende Thema „Arbeitszeit“ – wollen die Ausschussmitglieder Akzente setzen und Positionen erarbeiten. Über den Fortgang der Ausschussarbeit – erste Workshops haben bereits während

der Gründungsversammlung stattgefunden – wird es regelmäßig Informationen geben. Informationen rund um den Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“ gibt es ab sofort regelmäßig auch auf Facebook. Die neue Facebook-Seite „Assistenzärzte im Hartmannbund“ (s. unten) wurde direkt nach Gründung des Ausschusses installiert.



SCHON GESEHEN?

Der Hartmannbund ist jetzt auch mit seinen Assistenzärzten auf Facebook: Werden auch Sie Fan der Seite „Assistenzärzte im Hartmannbund“.



Dr. Lothar Born ist seit dem 9. März gewählter Vorsitzender des Landesverbandes Hessen. Zuvor hatte er das Amt kommissarisch geleitet. Der Marburger Internist und Kardiologe war von 1986 bis 2008 Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des Landesverbandes Hessen und von 2013 bis 2015 stellvertretender Vorsitzender. Er war mehrfach Delegierter der LÄK Hessen. Seit 2014 ist er Delegierter der LÄK Hessen für hessenmed und Stellvertretender Vorsitzender der BÄK Marburg. Lothar Born ist Geschäftsführender Mitinhaber einer kardiologisch/angiologischen Praxis in Marburg.



HB-Landesvorsitzende im Interview: Hessen

Wir brauchen keine KV-Terminservicestellen

Hessen verfügt aktuell über eine gute ärztliche Versorgung. Mit Blick auf die Zukunft hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration im Jahr 2015 gemeinsam mit Akteuren des hessischen Gesundheitswesens einen Gesundheitspakt vereinbart. Dazu zählen u.a. die Förderung von Familien in Landarztpraxen, die Stärkung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und die Ansiedlungsförderung bei Übernahmen von ländlichen Praxen. Reichen diese Maßnahmen aus, um den prognostizierten Versorgungsmangel zu stoppen?

Die vereinbarten Maßnahmen können in ferner Zukunft eine Stabilisierung der Versorgungssituation erzielen. Aktuell sind sie nicht ausreichend. Man bedenke, dass im Bereich der hausärztlichen Versorgung (Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten) in den nächsten sechs Jahren bei einem Praxisaufgabealter von 65 Jahren 20 Prozent der Praxen neu besetzt werden müssen, da viele dieser Kollegen und Kolleginnen sich im Jahr 1992 vor Einführung der flächendeckenden Niederlassungssperre in die Praxis begeben haben.

Die Allgemeinmedizin steht oft im Fokus, wenn von verwaisten Praxen auf dem Land die Rede ist. Dabei werden auch viele andere Fachrichtungen betroffen sein, da sich immer weniger Ärzte auf dem Land niederlassen wollen. Wie sehen Sie als Internist und Kardiologe diese Entwicklung?

Marburg z.B. ist ein Mittelzentrum und Universitätsstadt, hier sind die Voraussetzungen für eine Nachbesetzung gut. Durch die Neuschaffung der großen Planungsbereiche der spezialfachärztlichen Versorgung werden sich die Fachärzte alle in den Mittelzentren und Kreisstädten konzentrieren. Es besteht eher die Gefahr, dass sich durch

die Aufkauf- und Überversorgungsregelungen des Gesundheitsstrukturstärkungsgesetzes die fachärztliche ambulante Versorgung, die durchaus von politischen Kreisen gewollt wird („wir brauchen keine zweite Schiene der fachärztlichen Versorgung, die haben wir schon im Krankenhaus“) verschlechtert. Längere Anfahrten zum Facharzt sind schon jetzt Realität, diese Tendenzen werden sich noch verstärken.

Sie arbeiten im Herz- und Gefäßzentrum Marburg mit mehreren Ärzten zusammen. Wie leben Sie den Netzwerkgedanken und wie gut ist Hessen hinsichtlich regionaler Gesundheitsnetze aufgestellt?

Ich bin im Vorstand von hessenmed, dem Verein, der die Netze in Hessen vertritt. In Marburg haben wir ein sehr gut funktionierendes Netz (PriMa, Prävention in Marburg), dem 90 Prozent der niedergelassenen Haus- und Fachärzte (274 Mitglieder) angehören. Das Netz wird paritätisch von Haus- und Fachärzten in Vorstand und Aufsichtsrat geführt – bei uns finden gute Kommunikation und schnelle Facharztweiterleitung über Geheimnummern statt. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) brauchen wir nicht. Es gibt in Hessen 25 größere und kleinere Netze, einige befinden sich im Antragsverfahren der Zertifizierung der Basisstufe, nachdem die KV Hessen im Oktober endlich Richtlinien erlassen hat. Die ausreichende Vergütung der Netzärzte und die Förderung der Netzarbeit ist eines unserer Hauptanliegen.

Am 9. März wurden Sie offiziell zum Vorsitzenden des Hartmannbund-Landesverbandes Hessen gewählt. Mit welcher Zielstellung sind Sie an den Start gegangen?

In Hessen ist die Bedeutung des Hartmannbundes im Konflikt zwischen Hausärzten und Fachärzten rückläufig. Vor diesem Hintergrund wollen wir bei der anstehenden Wahl der Vertreterversammlung der KV im Herbst neue Stärke als Mittler zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zeigen.

Die KV-Wahlen sind ein gutes Stichwort. Wie will sich der Hartmannbund Hessen zur KV-Wahl aufstellen – mit einer eigenen Liste?

Bei der KV-Wahl tritt eine gemeinsame Liste von Hartmannbund und hessenmed an, die sich gerade konstituiert hat und die ich anführen werde. Hier wollen wir den Vernetzungsgedanken im Allgemeinen, in Fortbildungsverbänden in der Weiterbildung Allgemeinmedizin im Besonderen und die Patientensteuerung im Notfall und den Betrieb von Klinikportalpraxen durch die niedergelassenen Ärzte in den Vordergrund rücken.

Der Hartmannbund hat in den vergangenen Jahren einen seiner Schwerpunkte auf den ärztlichen Nachwuchs gelegt. Auch in Hessen sind viele Medizinstudierende als Univertreter engagiert. Wie wichtig ist Ihnen ein guter und regelmäßiger Kontakt mit den Studierenden?

Der Kontakt ist sehr wichtig. Die Univertreter sind in den Landesvorstand kooptiert. Vor kurzem habe ich einen Vortrag über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf an der Universität Gießen vor Studenten gehalten. Diese Aktivitäten wollen wir ausbauen.

Sehr geehrter Herr Dr. Born, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und wünschen Ihnen eine erfolgreiche Amtszeit als Vorsitzender des Landesverbandes Hessen. (DA)

IHRE VORTEILE ALS HARTMANNBUNDMITGLIED



*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.

Hartmannbund Baden-Württemberg ist Mitinitiator des Projekts Patientenmobil unterstützt ländliche Versorgung

Vor knapp einem Jahr thematisierten Vorstandsmitglieder des Hartmannbundes Baden-Württemberg gemeinsam mit Vertretern des Landesministeriums für ländlichen Raum und Verbraucherschutz Verbesserungsoptionen für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum. Auf dieser Basis entwickelten das Gesundheitsnetz Süd (GNS) und die G'sundregion Alb-Donau und Ulm in enger Kooperation mit dem Hartmannbund einen Patiententransport-service mit Elektromobilen, für den das Landesministerium für ländlichen Raum im November 2015 eine Förderzusage in Höhe von 100.000 Euro erhielt.

Was genau steckt hinter dem Projekt?

Speziell in geringer besiedelten Regionen werden die Wege zu Ärzten, Apotheken und anderen Einrichtungen immer weiter und für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen beschwerlicher. Diese sind mehr als in den Ballungszentren auf Hilfe anderer angewiesen. Ohne Hilfe von Angehörigen oder Nachbarn erreichen diese Menschen Arztpraxen nur schwer und teilweise unterbleiben notwendige Arztbesuche oder verzögern sich diese deutlich. Hier setzt das vom Ministerium geförderte Projekt an. Wolfgang Bachmann, Vor-



Feierliche Fahrzeugübergabe. Mit dabei Alexander Bonde, Landesminister für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz (vorn), und Klaus Rinkel vom Hartmannbund. Im ersten Schritt wurde ein kleiner Elektro-Renault angeschafft, mit dem bis zu drei Patienten gleichzeitig zum Arzt gefahren werden können. Die Entscheidung darüber, wer diesen Fahrservice beanspruchen kann, liegt beim Hausarzt.

standsmitglied von GNS, berichtet, dass durch die Projektförderung ein Fahrservice für chronisch kranke Patienten ermöglicht werden konnte. Auch dem Minister für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz, Alexander Bonde, ist das Projekt ein besonderes Anliegen. „Wir gehen damit neue Wege“, sagte Bonde während der Übergabe des Förderbescheides. Nie zuvor habe das Ministerium in Kooperation mit zwei Ärztenverbänden so ein Projekt auf den Weg gebracht. Die Vorteile des Projektes lägen auf der Hand: Menschen werden medizi-

nisch besser versorgt, die Elektromobilität wird gefördert und Infrastruktur im ländlichen Raum wird gestärkt. „Wir streben strukturelle und nachhaltige Verbesserungen der Patientenversorgung an“, so Klaus Rinkel, Vorsitzender des Hartmannbundes Baden-Württemberg, während der Fahrzeugübergabe. Die Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkassen seien gesetzlich stark eingeschränkt und für viele Patienten mit Mobilitätseinschränkungen oder weit entfernten Wohnungen auf Dauer nicht selbst zu finanzieren.



Am Hartmannbund-Stand bot sich die Möglichkeit, Gespräche zu führen, beim Schätzspiel, Torwandschießen und am traditionell gemeinsam mit der Notfallinitiative Heidelberg angebotenen Reanimationstraining teilzunehmen. Ein Dankeschön an die Notfallinitiative Heidelberg und die Firma Ambu für die Kooperation.

Hartmannbund auf der Messe Medizin

Auch in diesem Jahr war der Hartmannbund Landesverband Baden-Württemberg auf der Messe Medizin in Stuttgart vertreten. Neben den gut besuchten Seminaren für Medizinstudierende zu den Themen Aufbau und Organisation des Medizinstudiums, Promotion, Arzthaftung und Rechtliches für PJler sowie Berufsvorbereitung fanden HB-Forumsbeiträge zu ambulanten Studien und Weiterbildungsmodellen Anklang. Auch die Thematik „Alte und neue Fassung des § 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung“ zog viele Zuhörer an. Beim Workshop für Ärzte „Mobil in die Zukunft – Neue Wege zur medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ diskutierten Vertreter von Ministerien, KVen, Ärztenetzen und Hartmannbund und entwickelten Ideen speziell zur besseren IT-Nutzung in der Versorgung.



Delegiertenversammlung

Am 23. April findet in Leipzig die Delegiertenversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen statt. Im Mittelpunkt des öffentlichen Teils steht das Thema „Welches Wissen braucht der Mediziner, um ein guter Arzt zu werden?“ (Referentin ist Prof. Dr. Ortrun Riha (Lehrstuhl Geschichte der Medizin Uni Leipzig)). Interessierte Mitglieder sind herzlich eingeladen. Anmeldung: gabi.meyfeldt@hartmannbund.de.

Kammerwahl Brandenburg

Im Herbst 2016 findet in Brandenburg die nächste Wahl der Kammerversammlung statt. Der HB-Landesverband Brandenburg wird unter dem Vorsitz von Dr. Hanjo Pohle mit einer eigenen Hartmannbund-Liste antreten. Interessierte Kandidaten können sich an Sabine Beukert, telefonisch unter 030 206208-55, wenden. Mehr zu HB-Mitgliedern in der LÄK gibt es unter www.hartmannbund.de.

Friedrich-Thieding-Preis

Auch 2016 schreibt die Friedrich-Thieding-Stiftung den gleichnamigen mit 1.000 Euro dotierten Förderpreis für Medizinstudierende aus. Voraussetzungen: Ehrenamtliches Engagement für sozial- oder berufspolitische Projekte, sehr gute studentische Leistungen. Bewerbungsschluss: 15. Juli. Mehr auf www.hartmannbund.de.



Mitglieder der Landesverbände Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern diskutierten auf ihrer gemeinsamen Jahresauftaktklausur mit dem Bundestagsabgeordneten Dietrich Monstadt zur Gesundheitspolitik.

Diskussion zu Herausforderungen der aktuellen Gesundheitspolitik

Bei der traditionellen Jahresauftaktklausur der Hartmannbund Landesverbände Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern im Januar dieses Jahres in Schwerin diskutierten die gut 20 anwesenden Vorstandsmitglieder mit dem CDU-Gesundheitsexperten und Bundestagsabgeordneten Dietrich Monstadt zu den Herausforderungen aktueller Gesundheits- und Berufspolitik.

Insbesondere unter dem Eindruck der politischen Maßnahmen aus dem vergangenen Jahr wie dem Versorgungsstärkungsgesetz, den Terminservicestellen, aber auch der Parität zwischen dem haus- und fachärztlichen Bereich in den vertragsärztlichen Körperschaften und dem Krankenhausstrukturgesetz sowie der ak-

tuellen Diskussion zur Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte erinnerten die Landesvorstände im Rahmen der Tagung immer wieder an die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland sowie die Notwendigkeit einer leistungsgerechten Vergütung und einer starken Selbstverwaltung zur Aufrechterhaltung des freien Arztberufes. Gleichzeitig warnten die Hartmannbund-Mitglieder vor dem sich zusehends abzeichnenden Weg in die Staatsmedizin via Bürgerversicherung. In seinem Vortrag widmete sich der Gastredner Dietrich Monstadt darüber hinaus ausführlich dem Thema „Prävention“ und der dringenden Notwendigkeit von diesbezüglichen Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen.

In Erinnerung an Dr. August Palatsik

Dr. med. August Palatsik, geboren am 21. Dezember 1936, ist am 17. Dezember 2015 von uns gegangen. Wir haben ihn kennenlernen dürfen als Kollegen, dem Kopf- und Bauchgefühl immer als gleichwertige Partner galten.

Nach seiner ärztlichen Approbation im Jahr 1967 war Dr. Palatsik in Krankenhäusern in Fürth und Bad Malente-Gremsmühlen, anschließend von 1972 bis zu seinem Tod in seiner Hausärztlichen Praxis in Lägerdorf tätig.

Bis zuletzt war Dr. Palatsik als Kreisstellenvorsitzender, Vorstandsmitglied im Landesverband Schleswig-Holstein des Hartmannbundes und als Finanzbeauftragter für uns aktiv. Wir schätzten stets seinen speziellen Humor und seine Kunst, auch dem schönst geschliffenen Stein doch noch eine weitere Facette hinzufügen zu können. So konnte Dr. Palatsik immer Ruhe und Ausgleich in unsere berufspolitische Arbeit bewirken.

Ein wahrer Gelehrter schämt sich nicht, einen einfachen Mann Einfaches zu fragen!

In Dankbarkeit und mit aufrichtigem Beileid für die Angehörigen der Hartmannbund-Landesvorstand Schleswig-Holstein:

Udo Falkenberg, Dr. Volker Frey, Dr. Maximilian Gebhard, Prof. Dr. Dr. Felix-Rüdiger Giebler, Matthias Seusing, Dr. Jörg Stüber, Bernd Thomas, Dr. Mark Fabian Tobis, Dr. Robert Linke, Dr. Wolfgang Schuchardt.

„Kunst für einen guten Zweck“ begeistert Hartmannbund-Mitglieder

Tiere, die wie Menschen agieren, haben eine lange Tradition in der Kunst und der Literatur. Beispiele sind Aesops's Fabeln, George Orwell's Farm der Tiere, die expressionistischen Bilder von Franz Marc oder die beeindruckenden Spinnenskulpturen von Louise Bourgeois.

Mit der Kleinskulptur „Hello Doc!“ führt der Künstler Reiner Schlecker diese Tradition fort. Es ist eine liebevolle Hommage nicht nur an den früheren Landarzt, sondern auch eine Metapher für die heutige moderne medizinische Versorgung. Aufmerksam, hellwach, gefühlvoll und sensibel, klug und hilfsbereit – so die Attribute für dieses friedliche Tier. Eigenschaften, die aktueller nicht sein könnten.

Teilerlös geht an Stiftung „Ärzte ohne Grenzen“

Die Bronzeskulptur „Hello Doc!“ steht für einen „guten Zweck“, denn ein Teil des Verkaufserlöses geht zu Gunsten der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Sie erwerben eine Originalfigur aus einer signierten und nummerierten Auflage. Die Figur besteht aus Bronze, ist handkoloriert und hat eine Größe von 180 x 100 x 60 mm. Der Preis beträgt 230 Euro (zzgl. Versandkosten in Höhe von fünf Euro).

Weitere Informationen erhalten Sie hier: Hartmannbund Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, E-Mail an gergana.vasileva@hartmannbund.de.

Der Künstler Reiner Schlecker wurde 1959 in Illertissen/Bayern geboren. Er lebt und arbeitet in Neu-Ulm und Regglisweiler. Im Mittelpunkt seiner künstlerischen Tätigkeit stehen Malerei, Zeichnung, Skulpturen und Performance.



Hartmannbund engagiert sich seit Jahren in der BAGSO



Franz Müntefering ist seit Herbst 2015 neuer Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Foto: © BAGSO/Greuner

Bei so entscheidenden Themen wie dem demografischen Wandel oder dem Ärztemangel sind gerade auch erfahrene Ärztinnen und Ärzte gefragt, einen Beitrag zu leisten. Ihre Stimme ist wichtig, wenn es um den Erhalt der Freiberuflichkeit, um die Therapiefreiheit und die Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses geht. Damit der Hartmannbund diese Positionen der Generation 65+, die im Hartmannbund-Ausschuss „Altersfragen und Medizin“ mit Fokus auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Menschen entwickelt werden, politisch einflussreich vertreten kann, arbeitet der Ausschuss eng mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) zusammen. Von Dr. Kurt Joussem, Hartmannbund-Vorsitzender von 1965 bis 1968 und ehemaliger

Vorsitzender des Ausschusses „Altersfragen und Medizin“, 1989 mitbegründet, entwickelte sich die BAGSO schnell zum politischen Sprachrohr und Gestalter in Fragen der Seniorenpolitik. Als Gründungsmitglied hat der Hartmannbund-Ausschuss dazu beigetragen. In der langjährigen Zusammenarbeit mit der BAGSO hat der Ausschuss, besonders auch unter dem Vorsitz von Dr. Rudolf G. Fitzner, Projekte angestoßen und begleitet, die dazu beitragen, die Patientenversorgung im Alter zu verbessern – von der Gesundheitsmappe für Patienten bis zu einem quartiersbezogenen Netzwerk für Prophylaxe und Pflege in Berlin. Als neue Vorsitzende des Hartmannbund-Ausschusses wird Dr. Christiane Friedländer dieses Engagement gemeinsam mit Dr. Rudolf G. Fitzner weiter intensivieren. (SE)

Mehr Rente fürs Geld Höhere Flexibilität im Rentenbezug



Michalis Stergiopoulos ist als Leiter Produktmanagement bei der Deutschen Ärzteversicherung tätig.
Deutsche Ärzteversicherung
Tel.: 0221 148 228 57
www.aerzteversicherung.de

Der Kooperationspartner des Hartmannbundes, die Deutsche Ärzteversicherung, hat sein Altersvorsorgeprodukt „Relax Rente“ um eine flexible Auszahlungsform ergänzt. Dahinter steht die Erkenntnis, dass die Menschen heute im Ruhestand deutlich mehr Geld benötigen als frühere Generationen – und das so flexibel wie möglich. In unserem Interview erläutert Michalis Stergiopoulos vom Produktmanagement Leben der Deutschen Ärzteversicherung das neue Rentenkonzept.

Die Menschen in Deutschland werden nicht nur immer älter, sie bleiben auch bis ins hohe Alter fit und gesund. Der sogenannte Ruhestand hat einen völlig anderen Stellenwert als früher. Wie reagieren sie als Versicherter auf diesen demografischen und sozialen Wandel?

Vor einhundert Jahren war der Ruhestand eher ein sehr kurzer Lebensabschnitt, im Durchschnitt dauerte er nur fünf Jahre. Heute geht man vor der fünffachen Zeit aus, also von etwa 25 Jahren. Da bleibt viel Zeit zum Reisen, für Hobbies oder aber auch dafür, noch einmal etwas ganz Neues zu beginnen. Das heißt, die gestiegene Lebenserwartung und die höhere Agilität im Alter führen zu unterschiedlich hohen finanziel-

len Ansprüchen im Laufe der Rentenzeit. Bisherige Rentenversicherungen berücksichtigen diese Art der Flexibilität nur sehr beschränkt. Mit unserem Vorsorgeprodukt Relax Rente gehen wir mit der neuen Rentenbezugsphase „Performance Flex“ genau auf diesen Bedarf ein.

Das Rentenprodukt „Performance Flex“ verspricht also eine neue finanzielle Beweglichkeit im Ruhestand?

„Performance Flex“ bietet unseren Kunden die Möglichkeit, Entscheidungen rund um die Rente dann zu treffen, wenn sie wirklich anstehen. Wir haben die Rentenzeit in eine Aktivphase und eine Ruhestandsphase geteilt. Während des laufenden Rentenbezugs kann der Kunde in der Aktivphase mehrmals seine Rentenhöhe individuell an seine aktuelle Lebenssituation anpassen. Er kann Kapital entnehmen oder über Zuzahlungen, so zum Beispiel aus einem Erbe oder durch Immobilienerlöse, seine laufende Rente erhöhen. So kann der Kunde seine Geldflüsse aktiv steuern und das Geld bleibt verfügbar. Mit Beginn der Ruhestandsphase, die beginnt spätestens mit dem 85. Lebensjahr, hat der Kunde erneut die Möglichkeit, die Höhe seiner lebenslangen Rente sowie eine mögliche Kapitalauszahlung fest zu legen.

Flexibilität ist sicherlich wichtig, aber eine höhere Agilität im Alter bedarf zumeist auch ein wenig mehr an Budget. Richtig?

Natürlich haben wir uns dazu auch Gedanken gemacht. Ein zweiter wesentlicher Vorteil der neuen Rentenbezugsphase „Performance Flex“ ist die Optimierung der Renditechancen. Bislang fokussieren sich die meisten Anbieter nach wie vor auf die Ansparphase und bleiben im Rentenbezug klassisch investiert. Im Rahmen der Aktivphase hat der Kunde bei uns jedoch nun die Möglichkeit, weiterhin an dem ursprünglich von ihm gewählten Index zu partizipieren. Damit erhält er eine bis zu 25-prozentig höhere mögliche Rente als bei einer klassischen konventionellen Verrentung. Also mehr Rente fürs gleiche Geld. Durch die Anlage des Vertragsguthabens im Sicherungsvermögen der Deutschen Ärzteversicherung bleiben Garantien aber weiterhin erhalten, d.h. auch der Bedarf an Sicherheit bleibt abgedeckt.

Das hört sich vielversprechend an. Können Sie schon ein erstes Fazit ziehen?

Auch wenn „Performance Flex“ erst wenige Wochen auf dem Markt ist, sind die Reaktionen positiv. Mit dieser Weiterentwicklung der Relax Rente bieten wir als erster Versicherer ein Rentenauszahlkonzept an, das die angesprochenen Punkte, also mehr Renditechancen, höhere Flexibilität und gleichzeitige Garantie, abdeckt. Mit diesen neuen Möglichkeiten zur finanziellen Gestaltung des Ruhestandes treffen wir anscheinend genau den Puls der Zeit.



Hotellerie made in Germany

Steigenberger begeistert seine Gäste an vielen Standorten



Seit mehr als 85 Jahren steht der Name Steigenberger für europäische Spitzenhotellerie, für Gastlichkeit und erstklassigen Service. Die Häuser der Steigenberger Hotel Group bieten ihren Gästen durch ihre Vielfältigkeit genau das, was viele Gäste suchen – auch über die Grenzen Deutschlands hinaus.

Steigenberger ist an vielen Orten der Welt zu Hause, so mit Hotels in der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Spanien, Belgien, Ägypten, in der Türkei oder in den Vereinigten Arabischen Emiraten. Sollte es Gäste beruflich ins Reich der Mitte ziehen, steht auch hier ein Steigenberger Haus – das Hotel Maximilian in Peking.

Unter der Dachmarke Steigenberger Hotel Group stehen den Gästen drei Marken zur Auswahl, die genau auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt sind – die InterCityHotels, die individuellen Luxushotels und die Marke „Jaz in the City“.

Steigenberger Hotels und Resorts

Die Steigenberger Hotels and Resorts mit insgesamt 52 individuellen Luxushotels, teils in historischen Gebäuden, finden sich an exzellenten Standorten in Citylagen und attraktiven Urlaubsregionen. Sie bieten Reisenden aus aller Welt ein Zuhause auf Zeit. In Großstädten sind die eleganten Häuser die ersten Adressen für anspruchsvolle Geschäftsreisen und Städtetrips. Urlaubern bieten die Hotels erstklassige Spa-Einrichtungen und ein vorzügliches gastronomisches Angebot.

Jaz in the City

Hipp, lässig, trendy und dazu eine Brise Local Touch. Jaz spiegelt das Lebensgefühl der Stadt wider, lebt von der lokalen Musik- und Kulturszene, holt die Künstler und ihre Werke ins Haus. Das erste Jaz in the City hat im November 2015 in Amsterdam eröffnet.

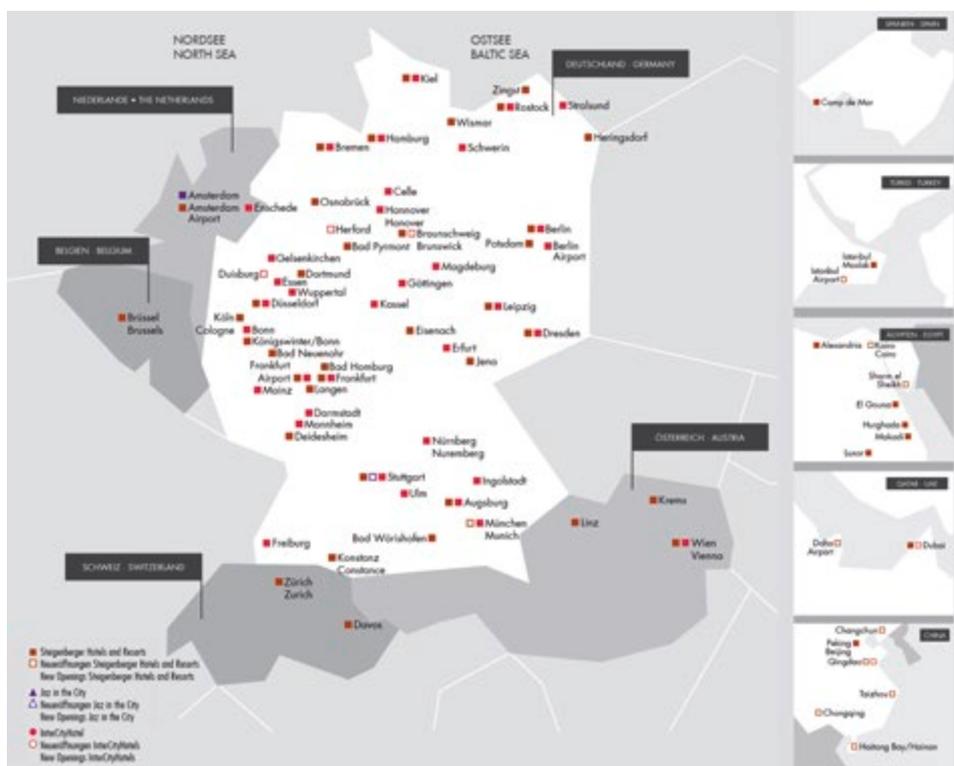
Die InterCityHotels

Die insgesamt 38 InterCityHotels befinden sich direkt an den Verkehrsknoten-

punkten wie ICE-Bahnhöfen und Flughäfen. InterCityHotels bieten eine zentrale Lage, optimale Verkehrsverbindungen und eine moderne Business-Ausstattung zu moderaten Preisen. Bereits im Zimmerpreis enthalten ist das „FreeCityTicket“, das zur kostenlosen Nutzung des Nahverkehrs berechtigt.

soll es wo hingehen? Geben Sie Ihre Wunschdestination und das Reisedatum sowie den Firmenratencode „CINV55“ ein.

Schritt 3: Anschließend bekommen Sie alle Steigenberger, InterCityHotels und Jaz Hotels in der gewünschten Destination vorgeschlagen. Die Wahl, ob es das InterCity-



Steigenberger ist mit seinen Hotels und Resorts neben Deutschland unter anderem in der Schweiz, Österreich, Belgien, den Niederlanden, Spanien, China, der Türkei, Ägypten und Qatar vertreten.

In vier Schritten online buchen

Als Mitglied des Hartmannbundes profitieren Sie beim Kooperationspartner Steigenberger von zahlreichen Vorteilen, so zum Beispiel durch Vorzugsraten, die Sie online und telefonisch nutzen können. In nur vier Schritten ist dies über die Internetseiten von Steigenberger möglich:

Schritt 1: Gehen Sie auf die Seite www.steigenberger.de oder die Seite www.intercityhotel.de. Auf der Hauptseite gelangen Sie direkt in die Buchungsmaske.

Schritt 2: Nun sind Sie gefragt – wann

Hotel am Hauptbahnhof oder das Steigenberger Hotel im Herzen der Stadt sein soll, ist Ihnen überlassen.

Schritt 4: Um Ihre Reservierung abzuschließen, vervollständigen Sie Ihre Gästedaten und schon sind Sie eingebucht.

Wir freuen uns schon jetzt, Sie in einem unserer Steigenberger Hotels and Resorts, InterCityHotels oder im Jaz Amsterdam begrüßen zu dürfen.

Haben Sie Fragen zum Angebot? Dann können Sie gerne Ihren Hartmannbund kontaktieren: 030 206 208-46.

Verpachtung von Praxen

Hilfreiche, aber mitunter auch schwierige Konstellation



Der Autor Wilfried Hesse ist Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund in Bielefeld, Fachberater für den Heilberufbereich (IFU/ISM gGmbH), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen
HESSE & ADVISA GmbH
hesse-advisa@etl.de
www.advisa-bielefeld.de, Tel: 0521 986070

Als Arzt heilt man gewöhnlich Leiden und hilft kranken Patienten. Doch was, wenn es einen selbst erwischt, wenn man krankheitsbedingt für mehrere Monate ausfällt, vielleicht auch beruflich einmal Abstand sucht oder eine Familie plant? Im Angestelltenverhältnis gibt es hier verschiedene Möglichkeiten. Als niedergelassener Arzt wird es schwieriger.

Glücklich kann sich derjenige schätzen, der beruflich einen Partner an seiner Seite hat, der die Praxis für eine gewisse Zeit allein weiterführen kann. Bei Einzelpraxen ist dies ungleich schwieriger.

Aber auch bei diesen kommt rein steuerlich eine Betriebsunterbrechung in Frage, sofern die Absicht besteht, den stillgelegten Betrieb in einem überschaubaren Zeitraum in identischer Form wieder zu eröffnen. In diesem Fall würde die Tätigkeit unterbrochen und später wieder aufgenommen. Ein solcher Schritt ist zuvor mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen, da die flächendeckende Versorgung sicherzustellen ist. In der Regel ist daher auch bei Einzelpraxen ein Berufskollege als Stellvertreter erforderlich. Aber auch wenn der Arzt Verantwortung für An-

gestellte trägt, wird ihm an der Fortführung seiner Praxis durch einen Stellvertreter in seiner Abwesenheit sehr gelegen sein. Es gibt mehrere Möglichkeiten, um eine Praxis in Abwesenheit fortzuführen.

Befristete Anstellung des Stellvertreters

Der stellvertretende Arzt kann vom Inhaber befristet angestellt werden. In diesem Fall wird die Praxis also vom Praxisinhaber selbst fortgeführt. Da der Praxisinhaber innerhalb dieser Übergangszeit jedoch nicht leitend und eigenverantwortlich tätig sein kann, verlieren die Praxisgewinne ihren freiberuflichen Charakter und werden zur gewerblichen Betätigung. Hierdurch wird Gewerbesteuer ausgelöst, die jedoch in vielen Fällen nahezu vollständig auf die Einkommensteuer angerechnet werden kann. Der Gewinn ist jedoch zwischen der freiberuflichen und der gewerblichen Tätigkeit verursachungsgerecht aufzuteilen. Ausstehende Forderungen und Verbindlichkeiten bis zum Anstellungstag des Kollegen sind dabei noch der freiberuflichen Tätigkeit zuzurechnen. Daher empfiehlt es sich, alle Betriebseinnahmen und -ausgaben für diesen Übergangszeitraum gesondert aufzuzeichnen und alles genau zu dokumentieren.

Verpachtung der Praxis

Da die dargestellte Variante meist recht aufwendig ist, wird die Praxis in der Praxis (rein steuerlich) kurzerhand unterbrochen und einschließlich aller wesentlichen Betriebsgrundlagen an den Stellvertreter verpachtet. Hierzu gehört auch die Übernahme aller Anstellungsverhältnisse im Rahmen eines Betriebsübergangs. Der Praxisinhaber erklärt hierbei jedoch keine Praxisaufgabe (sogenanntes Verpächterwahlrecht). In der Folge werden die Pachteinahmen weiterhin als freiberufliche Einkünfte berücksichtigt. Es werden keine „privaten“ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt. Es entsteht keine Gewerbesteuer.

Zivilrechtlich gibt es einige Stolpersteine zu beachten, sodass man in jedem Fall einen Rechtsanwalt mit der Vertragsgestaltung beauftragen sollte. Von einem solchen Vertrag kann beispielsweise ab-

hängen, wem die Angestellten zuzurechnen sind und wer die laufenden Kosten für den Betrieb der Praxis zu tragen hat – also Vertragsmodalitäten, die für die Höhe des Pachtzinses nicht unerheblich sein dürften.

Aber auch steuerlich werden im Pachtvertrag die wesentlichen Grundlagen gelegt. So sollte auf keinen Fall eine Regelung zur Umsatzsteuer fehlen. Hierbei ist zu beachten, dass für die Verpachtung einer Praxis grundsätzlich die Umsatzsteuerbefreiung für die Überlassung von Grundstücken nicht in Betracht kommt. Denn die reine Grundstücksüberlassung gibt der Leistung nicht allein das Gepräge. Vielmehr ist mit dieser auch die Überlassung des Inventars untrennbar verbunden. Der einzige Ausweg, der die umsatzsteuerfreie Verpachtung des Grundstücks ermöglichen würde, wäre die vom Praxisinhaber gerade nicht gewünschte, nicht umsatzsteuerbare Praxisveräußerung im Ganzen bei gleichzeitiger umsatzsteuerfreier Vermietung des Praxisgrundstücks.

Ausnahmen bestätigen die Regel

Allerdings kommt es immer auf die Umstände des Einzelfalls an. So hatte der Bundesfinanzhof mit Urteil vom 11. November 2015 über einen einheitlichen Pachtvertrag über ein Grundstück (Pachtzins: 50.000 Euro ohne Umsatzsteuer) zu entscheiden, auf dem ein Pflegeheim errichtet war. Im Rahmen dieses Vertrages wurde auch die Überlassung des seinerzeit vom Verpächter angeschafften Inventars (Pachtzins: 6.000 Euro inkl. Umsatzsteuer) geregelt. Aufgrund der Verhältnisse würdigten die Finanzrichter die Überlassung des Inventars als Nebenleistung zur Hauptleistung (Grundstücksüberlassung), sodass die gesamte Leistung noch als umsatzsteuerfrei angesehen werden konnte. Dies dürfte jedoch ein Ausnahmefall sein, weil die Praxis-einrichtung eines Arztes meist erhebliche Investitionen erfordert, sodass die Überlassung des Grundstücks und des Praxisinventars eine einheitliche Leistung bilden, die insgesamt der Umsatzsteuer unterliegt. So hatte es z.B. das Finanzgericht Hamburg mit Urteil vom 25. Oktober 2013 gesehen.

Tolle Angebote für neue Saison

Umfassendes Fahrzeugangebot und attraktive Vorteile

Mit CarFleet24 die Motoren starten und in eine tolle neue Saison fahren. Sehen, hören, staunen – CarFleet24 bietet auch in diesem Jahr ein umfassendes Fahrzeugangebot und attraktive Vorteile für die Hartmannbund-Mitglieder an.

Als Marktführer in der Verbandswelt ist CarFleet24 ein starkes Neuwagenportal mit einer langen Geschichte in der Automobilbranche und bekannt für Kundenbindung und außergewöhnlichen Service.

Wenn auch Sie ein neues Auto suchen, brauchen Sie sich nicht mehr zwangsläufig im Autohaus nach einem Traumwagen umzuschauen. Denn durch unsere Kooperation mit dem Hartmannbund haben Sie als Mitglied, ihre Familienangehörigen und Mitarbeiter online die Möglichkeit, sich umfangreich über Modelle und Preise zu informieren. Neben dem Konfigurator, mit dem Sie sich Ihr Wunschfahrzeug individuell zu-

sammenstellen können, bietet CarFleet24 zusätzlich zeitlich limitierte Sonderaktionen an. Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit, als gewerbliches, selbständiges oder freiberufliches Mitglied an exklusiven Rahmenabkommen mit Herstellern zu partizipieren. Sie fordern kostenfrei einen Abrechnungsschein zum vergünstigten Bezug eines Neuwagens bei CarFleet24 an. Die Abwicklung läuft über Ihren regionalen Vertragspartner. Da Autokauf stets Vertrauenssache ist, nimmt CarFleet24 nur deutsche Partner als Lieferanten auf, die eine reibungslose und seriöse Abwicklung garantieren können. Natürlich verfügt jedes Fahrzeug über die volle gesetzliche Gewährleistung sowie Werks- und Mobilitätsgarantie gemäß den AGB der jeweiligen Hersteller. Diese kann europaweit bei jedem Vertragshändler der entsprechenden Marke in Anspruch genommen werden. Überzeugen Sie sich einfach selbst, denn der Service ist selbstverständlich kostenlos!

CarFleet24 

Kontakt: CarFleet24, www.carfleet24.de,
Telefon: 01805 717107*, Fax: 01805 717108*,
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de.
Weitere Informationen erhalten Sie auch
unter service@hartmannbund.de oder te-
lefonisch unter 030 206208-46.

* [0,14 €/Min. Festnetz; max. 0,42 €/Min. Mobilfunknetze]



Auch den Mazda 6 (l. im Bild) oder den CX-5 können Sie über CarFleet24 kaufen, leasen oder finanzieren.

BSW – Sonderkonditionen für Hartmannbund-Mitglieder

Rund 600.000 Mitgliederfamilien mit über einer Million Verbraucher vertrauen bereits den exklusiven Vorteilen von BSW. BSW ist die Abkürzung für Beamtenelbsthilfswerk, das 1960 von Beamten für Beamte gegründet wurde. BSW organisiert für seine Mitglieder Vorteile, die diese jeden Tag

nutzen können. Durch die Kooperation des Hartmannbundes mit BSW bietet sich auch für Hartmannbund-Mitglieder die Chance auf viele attraktive BSW-Einkaufsmöglichkeiten und finanzielle Vorteile. So kaufen BSW-Mitglieder bei ca. 20.000 namhaften Filialisten und Geschäften vor Ort ein und

bei ca. 650 Online-Shops wie Lidl.de, Zalando, Ebay, BAUR, OTTO, Peter Hahn, lieferando.de, Fressnapf, XXXL Einrichtungshäuser, CONRAD oder Tchibo. Auch Strom, Gas und Heizöl-Energie können zu BSW-Konditionen bezogen werden. Bei Reisebuchungen profitieren BSW-Mitglieder von günstigen Preisen mit Komplett-Service. Und wer Geld investieren möchte, erhält mit BSW Zugang zu attraktiven Anlagen.

Als Mitglied im Hartmannbund erhalten Sie die BSW-Mitgliedschaft zu einem Sonderbeitrag in Höhe von 34 Euro anstatt 36,90 Euro im Jahr. Familienangehörige können über kostenlose Zusatzkarten ebenfalls von der BSW-Mitgliedschaft profitieren. Mehr Informationen erhalten Sie beim Hartmannbund telefonisch unter 030 206208-46, unter der Mailadresse service@hartmannbund.de oder direkt auf der Homepage des Hartmannbundes unter www.hartmannbund.de/bsw.



Zusätzlich organisiert BSW für seine Mitglieder attraktive Aktionen wie Gutscheine, limitierte Vorteilsangebote oder versandkostenfreie Bestellmöglichkeiten bei den BSW-Online-Partnern und lokalen Geschäften vor Ort.

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



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 in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner

Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Kleinanzeigen

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

Nachfolger für allgemeinmedizinische Praxis auf der Nordseeinsel Juist gesucht

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin sucht einen Nachfolger/eine Nachfolgerin für eine allgemeinmedizinische Praxis auf der schönen Nordseeinsel Juist. Die Praxis hat der Arzt im Ruhestand auf Bitten der KV Niedersachsen vor fünf Jahren weitergeführt. Die konkurrenzlose Praxis (es gibt noch einen weiteren Allgemeinmediziner) ist gut etabliert und hat einen hohen Privatpatientenanteil – auch auf Grund der vielen Touristen, die in jedem Jahr auf die Insel kommen. Zudem erhält der Praxisinhaber von der KV eine Inselzulage pro Quartal (abhängig von der Anzahl der Dienste). Die Praxisräumlichkeiten befinden sich im früheren Warmbad (eines der schönsten Gebäude auf der Insel). 100 Meter entfernt befindet sich die ca. 100 Quadratmeter große Mietwohnung des Arztes, die an den Nachfolger/die Nachfolgerin weitergegeben werden kann. Die Insel Juist ist autofrei, die Ärzte dürfen ihre Autos für Notfälle und Hausbesuche benutzen. Kontakt: telefonisch unter 0160 7124409 oder per E-Mail: dr.albertogonzo@yahoo.de

STELLENANZEIGEN

Fachärztin für Allgemeinmedizin sucht Anstellung im Raum Köln

Fachärztin für Allgemeinmedizin – Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, Akupunktur, Sportmedizin – ist interessiert an einem Angebot, das Kollegialität, Augenhöhe, Wertschätzung und fachliche Kompetenz beinhaltet. Raum Köln/Umgebung. Kontakt telefonisch unter 0151 549 44 260.

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.

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY 

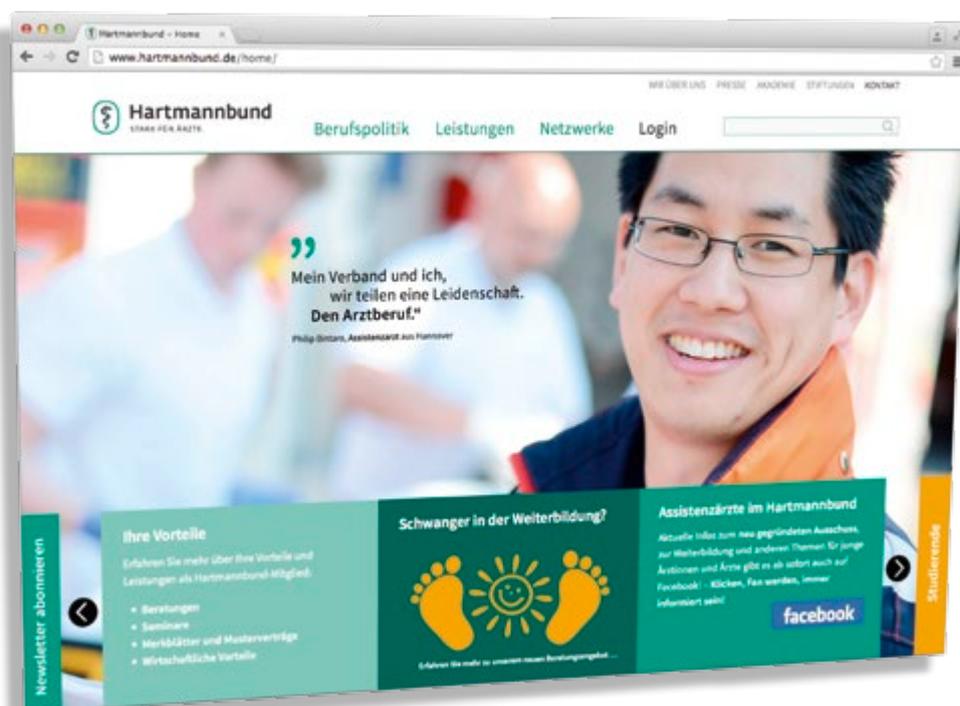
Abfall-Entsorgung



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

www.heisig.de

Wann waren
Sie eigentlich das
letzte Mal da?
www.hartmannbund.de



The screenshot shows the website www.hartmannbund.de. The header includes the Hartmannbund logo and navigation links: Berufspolitik, Leistungen, Netzwerke, Login. A main banner features a quote from Philip Bittars, an assistant doctor in Hameln: "Mein Verband und ich, wir teilen eine Leidenschaft. Den Arztberuf." Below the banner are three main content blocks: "Ihre Vorteile" (listing benefits like seminars and financial advantages), "Schwanger in der Weiterbildung?" (with a footprint icon), and "Assistenzärzte im Hartmannbund" (with a Facebook link). A "Newsletter abonnieren" button is on the left, and "Studienhilfe" is on the right.

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.

Bildnachweise: Soweit nicht anders
gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken
von www.colourbox.de

Titelfoto: © colourbox.de

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Nimmt das BMG die KBV an die kurze Leine?

Nach Zeitungsberichten der Funke Mediengruppe will Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die ärztliche Selbstverwaltung künftig genauer kontrollieren und plant vor diesem Hintergrund ein entsprechendes Gesetz. Grund dafür seien die Skandale, die in den vergangenen Monaten für große Unruhe gesorgt haben. Dazu zählen die Immobilienaffäre im Zuge des Umzugs der KBV von Köln nach Berlin, der Skandal um die erhöhten Ruhegehälter von KBV-Funktionären und die Aufrechterhaltung des Widerstands der Selbstverwaltung, die Anordnung aus dem Gesundheitsministerium zur Hausarzt- und Facharzt-Parität umzusetzen.

Gesundheit wird laut Statistischem Bundesamt immer teurer

In 2014 wurden 328 Milliarden Euro für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, bedeutet dies einen Anstieg von 13,3 Milliarden Euro (+ 4,2 Prozent) gegenüber 2013. Die gesetzliche Krankenversicherung war der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Deren Ausgaben beliefen sich auf 191,8 Milliarden Euro und lagen somit 5,6 Prozent über den Ausgaben des Vorjahres. Der Anteil der privaten Krankenversicherung war mit 8,9 Prozent leicht rückläufig (2013: 9,2 Prozent). Auf diese entfielen 29,3 Milliarden Euro.

Krankenkassen haben Milliardenreserven

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2015 mit einem Defizit von 1,14 Milliarden Euro abgeschlossen. Wie das Bundesgesundheitsministerium mitteilt, standen den Einnahmen von etwa 212,42 Milliarden Euro Ausgaben von 213,56 Milliarden gegenüber. Die Gesamt-Reserve der Gesetzlichen Krankenversicherung beträgt zum Jahreswechsel 2015/2016 rund 24,5 Milliarden Euro. Die Finanz-Reserven der Krankenkassen liegen Ende 2015 bei rund 14,5 Milliarden Euro. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wies ein Volumen von 10 Milliarden Euro aus. Viele Kassen haben ihren Zusatzbeitrag im Jahr 2015 im Vergleich zum Sonderbeitrag aus dem Jahr 2014 abgesenkt.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de

Anzeige

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

Clostridium difficile-Infektionen

Fidaxomicin verhindert Rezidive und spart Kosten

Krankenhauspatienten haben ein hohes Risiko, eine *Clostridium difficile*-Infektion zu erleiden. Diese mit starken Durchfällen, abdominalen Krämpfen und Komplikationen wie einem toxischen Megakolon assoziierte Erkrankung ist sehr belastend für die Patienten. Jeder sechste stirbt sogar innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose daran.¹ Da die Patienten isoliert werden müssen und länger im Krankenhaus verbleiben, entstehen in Krankenhäusern hohe Kosten, die häufig über Fallpauschalen nicht gedeckt sind. Ein Einsparpotenzial bietet die Behandlung mit Fidaxomicin (DificlirTM), sagte Prof. Dr. Christian Eckmann, Viszeralchirurg am Klinikum Peine beim 9. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit im Dezember in Berlin. Aufgrund signifikant reduzierter Rezidivraten ergäben sich mit dem Makrozyklin potenzielle Kosteneinsparungen von 5.600 Euro pro Patient.²

Clostridium difficile ist ein Bakterium, das bei rund 3 Prozent der gesunden Erwachsenen natürlicherweise im Darm vorkommt.³ „Im Krankenhaus erhöht sich diese Rate auf rund 30 Prozent“, sagte Andrea Sack, Hygiene-Schwester an der Waldklinik Spandau in Berlin. Wenn dann durch die Einnahme von Antibiotika das Bakteriengleichgewicht gestört wird, können sich *C. difficile*-Bakterien vermehren, Toxine produzieren und eine CDI auslösen. Das Bundesamt für Statistik geht inzwischen von 100.000 CDI-Behandlungen pro Jahr in Krankenhäusern aus.⁴ „CDI sind inzwischen ein viel größeres Problem als Infektionen mit methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Stämmen“^{5,6}, bestätigte Prof. Dr. Petra Gastmeier, Hygienikerin an der Berliner Charité. Abhängig vom Allgemeinzustand des Patienten endet eine CDI nicht selten tödlich: Jeder sechste Patient verstirbt innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose CDI.¹

„Notwendige Hygiene- und Isolationsmaßnahmen sind zeitaufwändig und können teilweise aufgrund von Personalmangel nicht in ausreichender Qualität

gewährleistet werden“, so Eckmann. Weitere Kosten entstehen vor allem durch eine verlängerte Liegezeit und dadurch, dass Mehrbettzimmer nicht komplett belegt werden können, weil diese als Isolationszimmer genutzt werden. Besonders wenn ein Patient ein Rezidiv erleidet, was in rund 25 Prozent der Fälle vorkommt⁷, sind die Behandlungskosten enorm. Laut einer neuen Studie liegen sie bei durchschnittlich 20.755 Euro.⁸

CLOSTRIDIUM DIFFICILE-INFEKTIONEN (CDI)
Strategien gegen die Ausbreitung eines Krankenhauskeims



reduzierter Antibiotika-Einsatz

→ weniger Infektionen mit *Clostridium difficile*¹³



konsequente Isolation und Desinfektion

→ weniger Ansteckungen¹⁴



zielgerichtete CDI-Therapie

→ weniger Rückfälle^{9,10}

→ weniger Todesfälle¹¹

→ weniger Kosten²

Eckmann plädierte beim Qualitätskongress daher für die Gabe von Medikamenten, die Rezidive besser verhindern. So erzielte Fidaxomicin in den Zulassungsstudien im Vergleich zu oral verabreichtem Vancomycin signifikant höhere Raten einer anhaltenden Heilung (klinische Heilung ohne Rezidiv in den folgenden 30 Tagen nach Therapieende).^{9,10} Eckmann präsentierte zudem Daten auf Basis einer Entscheidungsbaum-Analyse, die zeigen, dass die Gesamtkosten mit Fidaxomicin um durchschnittlich 5.600 Euro pro Patient geringer sind als mit Vancomycin.² Die durchschnittlichen Behandlungskosten für mit Fidaxomicin bzw. Vancomycin behandelte Patienten lagen bei 22.200 Euro bzw. 27.800 Euro. Die niedrigeren Kosten für Fidaxomicin beruhen hauptsächlich auf den erheblich geringeren Rezidivraten bei den mit Fidaxomicin behandelten Patienten.

Neuer ICD-10 GM Kode

Eine Verbesserung der Situation soll auch der ab 2016 gültige ICD-10 GM Kode U69.40 bringen, mit dem rezurrente Infektionen mit *Clostridium difficile* verschlüsselt werden. Dies ermöglicht die Erkennung der Fälle und mittelfristig eine bessere Abbildung der Kosten im DRG-System. Die wichtigsten Maßnahmen seien aktuell aber, da waren sich die Experten beim Qualitätskongress einig, ein angemessenes Antibiotika Management (Antibiotic Stewardship), die konsequente Umsetzung von Hygienestandards einschließlich Isolation und Desinfektion sowie die Auswahl der geeigneten Therapie.

Fidaxomicin kann CDI-bedingte Todesfälle verhindern

Fidaxomicin halbiert die Rezidivraten (minus 46 % im Vergleich zu Vancomycin) und erhöht die anhaltende Heilungsrate. Neuere Daten zeigen, dass die Anwendung von Fidaxomicin als First-line-Therapie zudem CDI-bedingte Todesfälle verhindern kann. In zwei britischen Zentren, die Fidaxomicin als First-Line-Therapie für alle mit CDI diagnostizierten Patienten eingeführt hatten, wurde eine signifikante Verringerung der 28-tägigen Gesamtmortalität gegenüber dem Vorjahreszeitraum mit Standardtherapie erreicht.¹¹ Fidaxomicin wird zweimal täglich als 200-mg-Tablette über zehn Tage eingenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bescheinigte dem Makrozyklin aufgrund seiner positiven Studiendaten einen Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen in der Behandlung von Patienten mit schweren und/oder rezurrenten Krankheitsverläufen einer *C. difficile*-assoziierten Diarrhö.¹²

Astellas Pharma GmbH

Georg-Brauchle-Ring 64-66
80992 München
www.astellas-antiinfektiva.de

1 Wiegand PN et al. J Hosp Infect 2012;81:1-14 2 Heimann SM et al. Pharmacoeconomical Decision-Tree Analysis of Clostridium difficile-associated Diarrhea in Patients with Cancer Treated with Fidaxomicin or Vancomycin. Präsentiert auf der ICAAC 2014 3 McMaster-Baxter NL, Musher DM Pharmacotherapy 2007;27:1029-39 4 www.gbe-bund.de 5 Geffers C, Gastmeier P. Dtsch Arzteblatt 2011;108(6):87-93 6 Geffers C, Gastmeier P. Dtsch Arzteblatt 2011;(2):26-28 7 Bauer MP et al. Clin Microbiol Infect 2009;15:1067-79 8 Grube RF et al. Z Gastroenterol 2015;53(05):391-7 9 Louie TJ et al. N Engl J Med 2011;364:422-31 10 Cornely OA et al. Lancet Infect Dis 2012;12: 281-9 11 Goldenberg SD et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015 Dec 12. [Epub ahead of print] 12 Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V, Anlage XII, 04.Juli 2013 13 Feazel LM et al. J Antimicrob Chemother 2014, 69(7):1748-54 14 Lübbert C et al Dtsch Arztebl 2014;11(43):723-31

DIFICLIR[®] 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Fidaxomicin. **Zusammensetzung:** Eine Filmtablette enthält Wirkstoff: 200 mg Fidaxomicin. **Sonstige Bestandteile:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke, Hydroxypropylcellulose, butyliertes Hydroxytoluol, Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Polyvinylalkohol, Titandioxid, Talkum, Macrogol, Lecithin (Soja). **Anwendungsgebiete:** DIFICLIR[®] ist indiziert bei Erwachsenen zur Behandlung von *Clostridium-difficile*-Infektionen (CDI), auch bekannt unter der Bezeichnung *Clostridium-difficile*-assoziierte Diarrhö (CDAD). Offizielle Leitlinien zum angemessenen Gebrauch von Antibiotika sollten berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Häufig (≥ 1/100, < 1/10): Erbrechen, Übelkeit, Obstipation. Gelegentlich (≥ 1/1.000, < 1/100): Hautausschlag, Juckreiz, Appetitabnahme, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Geschmacksstörung, Völlegefühl, Flatulenz, Mundtrockenheit, Anstieg der Alaninaminotransferase. **Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar:** Überempfindlichkeitsreaktionen (Angioödem, Dyspnoe). **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande; Deutsche Vertretung des pharmazeutischen Unternehmers: Astellas Pharma GmbH, Postfach 50 01 66, 80971 München. **Stand:** Juni 2014.

Weil ich Ihr Depot
genauso wichtig nehme
wie Sie Ihre Patienten.

Sylvio Jachtner, Spezialist Anlage

apoPur. Über alles reden.
An alles denken.

**Kostenloser
DepotCheck.
Jetzt Termin
vereinbaren!**

Der Aufbau und die Optimierung von Vermögen sind eine persönliche Angelegenheit. Ob beim DepotCheck oder bei unserer ausgezeichneten Anlageberatung: Sie und Ihre Ziele stehen bei uns an erster Stelle. Schließlich sind wir Ihre Bank – die Bank für Heilberufler.

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank

