

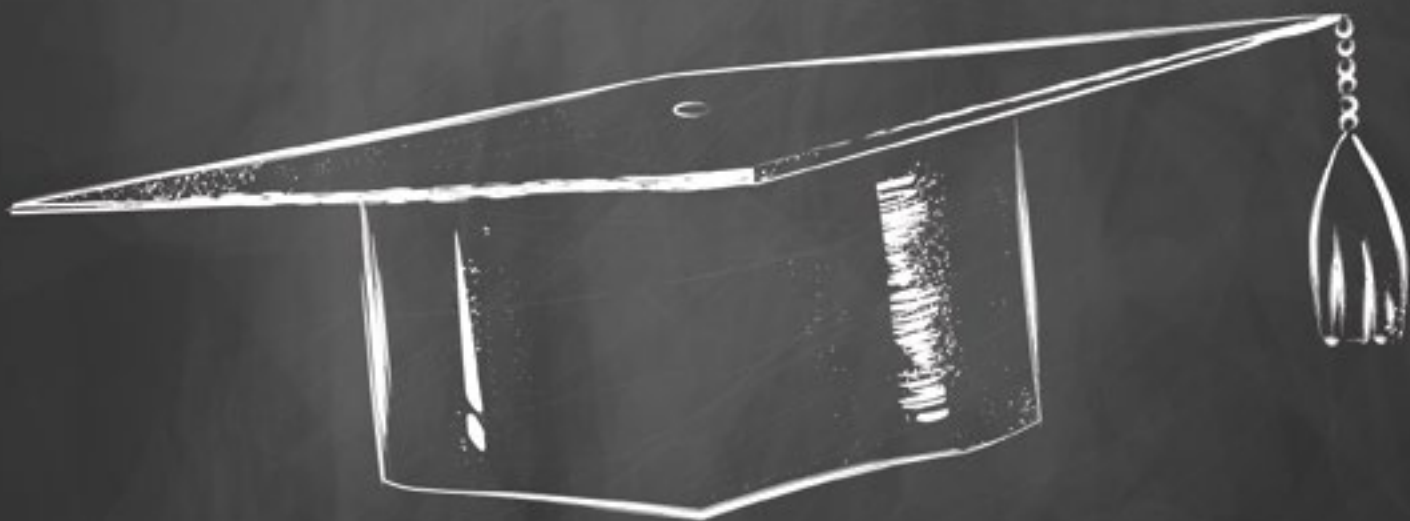
01/2017



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin



## Welche Zukunft hat der „Dr. med.“?

Eine Diskussion über Würde, Wert und Wissenschaft

Frank Poppmann,  
niedergelassener Chirurg aus Wilhelmshaven

”

Arzt ist mein Traumberuf. Das soll  
auch für kommende Generationen  
so bleiben. Dafür kämpfe ich.“

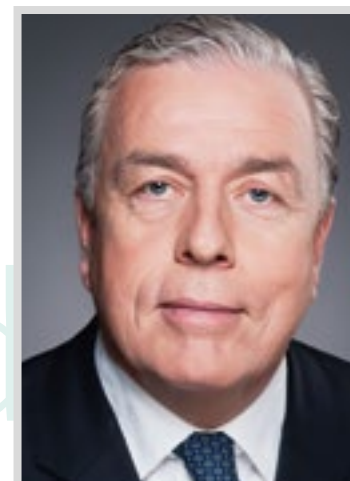


**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

Editorial

# Editorial



**Dr. Klaus Reinhardt**

Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

ist der „Dr. med.“, so wie wir ihn kennen, noch das richtige Modell für die Zukunft, oder was muss sich vielleicht verändern? Und wie ergeht es der jungen Ärztegeneration während ihrer Weiterbildung eigentlich wirklich, wie sieht ihr Arbeitsalltag an deutschen Kliniken aus? Die Antworten auf diese beiden spannenden Fragen prägen diesmal unser Hartmannbund-Magazin. Dass wir diese interessanten Geschichten schreiben können und uns dabei auf das Wissen, die Erfahrungen und auch Meinungen von Tausenden Ärztinnen, Ärzten und Medizinstudierenden in Deutschland stützen können, das haben wir Ihrer aktiven Teilnahme an unseren Umfragen zu verdanken, die wir gemeinsam mit Ihnen seit Jahren mit viel Erfolg und großer öffentlicher Anteilnahme durchführen. Dafür möchte ich an dieser Stelle gerne einmal „Danke“ sagen!

Ihre Stimmen und Ihre Antworten auf unsere Fragen sind längst wichtige Grundlage für viele unserer politischen Initiativen geworden. Die ungewöhnlich hohe Zahl derer, die sich an unseren Umfragen beteiligen, verleihen deren Ergebnissen ein hohes Maß an Authentizität und damit unseren Forderungen die entsprechende Glaubwürdigkeit und Durchschlagskraft – dies gilt in der Politik ebenso wie in den Medien. Zuletzt hat die Frankfurter Allgemeine Zeitung in einem großen Bericht die Ergebnisse unserer Assistenzarzturnfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und Morgen.“ aufgenommen und mit ihrem Blick auf die Arbeitssituation von Assistenzärztinnen und Ärzten in Deutschland viel Aufmerksamkeit erregt. Und in der Tat: Dass die Arbeitswelt angesichts von immer stärkerem wirtschaftlichen Druck und Personalmangel für unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen – aber auch für die Pflege – immer herausfordernder wird, wissen wir. Das Ausmaß an Problemen allerdings, wie es unsere Umfrage offenbart, hat mich dann doch erschreckt. Ich bin gespannt, wie Sie die Ergebnisse und vor allem auch die Kommentare vieler Umfrageteilnehmer bewerten. Wir werden dies jedenfalls zum Anlass nehmen, sehr zügig Gespräche mit Politik, Ärztekammern und Krankenhausgesellschaften zu führen und Veränderungen einzufordern.

Und wie steht es eigentlich um die Zukunft des traditionellen „Dr. med.“? Wie steht er bei den jungen Leuten im Kurs? Wie wird sein wissenschaftlicher Wert von seinen Kritikern gesehen? Auch hierzu hat das Meinungsbild der von uns befragten Studierenden und Assistenzärzte interessante Erkenntnisse zutage gefördert. Sie fließen ebenso in unsere Titelgeschichte ein wie die Stimmen von frischen und älteren Doktoranden oder zum Beispiel die Meinung eines gestandenen Nobelpreisträgers.

Ich wünsche Ihnen in diesem Sinne viel Spaß bei der Lektüre und freue mich auf Ihr Feedback.

*Klaus Reinhardt*

# Heute Behandlungsvorteile von morgen sichern.

## Genießen Sie erstklassige Leistungen in Betreuung, Service und Komfort:

Machen Sie mit VIAmed den ersten Schritt in die private Krankenversicherung und sichern Sie sich jetzt beste Voraussetzungen für den späteren Wechsel. Gerade wenn Sie noch studieren oder Ihr Einkommen noch unter der gesetzlich vorgeschriebenen Grenze liegt.

- Grundlage für die Gesundheitsprüfung ist Ihr heutiger Gesundheitszustand – egal, was passiert
- Freie Tarifwahl bei AXA – vom Basisschutz bis zur Top-Absicherung
- Im Ausland schon heute privat versichert – z.B. im Urlaub und bei Reisen im Rahmen des Studiums

## Exklusive Sonderkonditionen für Mitglieder:

- Bis zu 3 Jahren Beitragsübernahme
- Bis Eintrittsalter 34 Jahre nur 36 €/Jahr



Für mehr Infos Code scannen oder  
[www.aerzte-finanzen.de/viamed-hartmannbund](http://www.aerzte-finanzen.de/viamed-hartmannbund)



Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung



# Inhalt



## Welche Zukunft hat der „Dr. med.“?

Eine „Titel“-Geschichte im wahrsten Sinne des Wortes. Der „Dr. med.“ ist wieder in die Diskussion geraten. Promovieren möchte der überwiegende Teil der Medizinstudierenden und Assistenzärzte, wissenschaftlich arbeiten nur wenige. Kritiker zweifeln an der Qualität der medizinischen Promotion. Eine Diskussion mit vielen Facetten.

## 12

### Im Interview

Matthias Frosch, Vizepräsident  
Medizinischer Fakultätentag,  
zum Thema Promotion

**14 Neuanfang bei der KBV**  
Wie Phönix aus der Asche?



## 22

### Niedergelassene Ärzte

Neue Regeln für die  
Wirtschaftlichkeitsprüfung

### Angestellte Ärzte 24

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht,  
Betreuungsverfügung

## 16 Pro & Contra

Maria Michalk und  
Hans-Jochen Weidhaas zu Sinn  
und Unsinn des Selbstverwal-  
tungsstärkungsgesetzes



## 26

### Weiterbildung

Förderung der Weiterbildung  
für fachärztliche Gebiete

### Medizinstudierende 28

Interview mit Moritz Völker zu aktuellen  
Aktivitäten der Medizinstudierenden

## 18

### Assistenzarzt-Umfrage

Ergebnisse werfen  
beunruhigende Schlaglichter  
auf Arbeitssituation

## 21 HB-Symposium

Veranstaltung für  
Assistenzärzte zum Thema  
„Ärztliches Arbeiten 4.0“



Stecken wir Ärzte im Hamsterrad fest?

## 32

### Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38

# Nachwuchsärzte wollen nur noch selten Forscher werden – Medizinische Promotion steht auf dem Prüfstand

## Ist der traditionelle „Dr. med.“ bald ein Relikt der Vergangenheit?

„Ärztinnen und Ärzte werden künftig eine Rarität in der klinischen Forschung sein“, schrieb das „Deutsche Ärzteblatt“ in seiner Ausgabe im Mai vergangenen Jahres und verwies auf entsprechende Studien und Veröffentlichungen. Diesen Trend bestätigen auch Umfragen, die der Hartmannbund unter seinen Medizinstudierenden und Assistenzärzten zur medizinischen Promotion durchgeführt hat. Die Ergebnisse – auch die zur aktuellen wissenschaftlichen Ausbildung – lassen aufhorchen.

Die große Mehrheit der Medizinstudierenden, die Fragen des Hartmannbundes zur medizinischen Promotion beantwortet hat, möchte einen Dokortitel erwerben. Wissenschaftlich arbeiten wollen dagegen nur die wenigsten. Gerade einmal 15 Prozent der 2.291 studentischen Teilnehmer der Umfrage „Heilen ohne Hut?“ können sich vorstellen, später in der Forschung zu arbeiten. Der Großteil der Befragten favorisiert eine Tätigkeit in der Patientenversorgung, will auf einen Dokortitel aber keinesfalls verzichten.

Demnach sieht es so aus, als könnte die Frage „Heilen ohne Hut?“ mit einem ganz klaren „Nein“ beantwortet werden.

Spannend in diesem Zusammenhang: Knapp die Hälfte der befragten Studierenden sieht in der Erlangung der medizinischen Promotion einen Nutzen für ihre spätere ärztliche Tätigkeit – an „keinen Nutzen“ glauben 36 Prozent der Befragten. Bei den Assistenzärzten ergibt sich dagegen ein anderes Bild: Von den 1.027 Assistenzärzten, die im Rahmen der zweiten aktuellen Hartmannbund-Umfrage zum Thema „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und Morgen.“ (s. auch Seite 18 ff.) ebenfalls Fragen zur medizinischen Promotion beantwortet haben, geben ca. 60 Prozent an, in der medizinischen Promotion keinen Nutzen für ihre ärztliche Tätigkeit zu sehen.

Überraschend: Bei der Mehrheit der befragten Assistenzärzte, so deren Einschätzung, legt der Arbeitgeber keinen Wert auf eine

Promotion. Die Mehrheit der Assistenzärzte glaubt aber, dass der Dokortitel Einfluss darauf hat, wie sie als Ärzte von ihren Patienten wahrgenommen werden. Das deckt sich auch mit den Antworten zur Motivation, warum der Titel angestrebt wird. Ganz vorn dabei: „Gehört einfach zum Arztberuf dazu“. Auch bei den Studierenden haben die Gründe für den Wunsch nach dem „Dr. med.“ weniger mit dem Interesse an einer wissenschaftlichen Karriere zu tun: Prestige, Ansehen seitens der Patienten, akademischer Titel, „gehört zum Arztberuf“ und bessere Berufschancen stehen oben auf der Liste.

Nicht ganz ohne Bedeutung ist bei den Befragten die Tatsache, dass die medizinische Promotion studienbegleitend durchgeführt werden kann. Dieser große Vorteil der Mediziner gegenüber anderen Fachrichtungen scheint sich auch auf die bundesweiten Promotionszahlen auszuwirken. Der Trend, einen Dokortitel in der Medizin erlangen zu wollen, ist ungebrochen. Seit Jahren sind die Absolventenzahlen bei den Promotionen in der Humanmedizin laut Statistischem Bundesamt stabil. Im Jahr 2015 waren es 6.362 Promotionen – gegenüber 22.856 Promotionen anderer Fachrichtungen. Demnach erhält jährlich jeder fünfte Promovierende in Deutschland einen Dokortitel in der Humanmedizin.

Die Entscheidung der Nachwuchsärzte, mehrheitlich promovieren, aber nicht forschen zu wollen, und die seit Jahren immer wieder

aufflammende Kritik an der Qualität der medizinischen Promotion haben die Diskussion über den Wert und die Qualität des „Dr. med.“ erneut entfacht. Dabei schüren Negativbeispiele wie ganz aktuell die Aberkennung von acht medizinischen Dokortiteln an der Universität Münster Ende Februar noch zusätzlich das Feuer. Vor allem im „eigenen Lager“ haben die kritischen Stimmen gegenüber dem bisherigen medizinischen Promotionsverfahren zugenommen, wie die Stellungnahmen der Hochschulrektorenkonferenz und des Medizinischen Fakultätentages zeigen.

### Hochschulrektoren fordern einen dringenden Kulturwandel

„Für die Dissertation in der Medizin empfiehlt die HRK, dass sie, wie in anderen Fächern selbstverständlich, nach Abschluss des Studiums verfasst wird. Nur so sind das Vorwissen und die Zeit vorhanden, um eine eigenständige Forschungsarbeit zu verfassen, die wissenschaftlichen Standards genügt und zu einem substantiellen Erkenntnisgewinn führt“, heißt es in einer Pressemitteilung der Hochschulrektorenkonferenz vom November 2016. Mit diesem Schritt werde auch sichergestellt, dass die deutsche medizinische Promotion im Ausland wieder uneingeschränkt anerkannt wird. Besonders wichtig sei es, dass während des Medizinstudiums eine Einführung in wissenschaftliche Methoden und Arbeitstechniken erfolgt, was eine obligatorische wissenschaftliche Studienarbeit einschließt, die auch Grundlage einer Dissertation werden kann.

Die Hochschulrektoren fordern „einen dringenden Kulturwandel“, möchten aber gleichzeitig nicht die besonderen Umstände der medizinischen Ausbildung mit ihrer langen Regelstudienzeit und der anschließenden Facharztausbildung verkennen. Insbesondere die Sorge um die Gewinnung von qualifiziertem wissenschaftlichem Nachwuchs werde sehr ernst genommen. Folgende Lösungen könnten aus Sicht der Hochschulrektoren helfen, das Interesse an der wissenschaftlichen Arbeit zu erhöhen: Die Einbindung von Studierenden und Promovierenden in aktuelle Forschungsprojekte und die Einbettung der medizinischen Promotion in übergreifende Laufbahn- und Personalentwicklungskonzepte.

Ebenso sprechen sich die Hochschulrektoren für eine stärkere Strukturierung der Promotionsphase aus. „Einige Fakultäten bieten hier schon gute Beispiele in Form von Promotionsprogrammen und -kollegs an“, so die Vizepräsidentin der Hochschulrektorenkonferenz, Prof. Dr. Johanna Weber (mehr im „Standpunkt“ auf Seite 9). Für eine qualitätsgesicherte strukturierte Promotion in der Medizin seien die Intensivierung der Betreuung sowie die Vermittlung von fachübergreifenden Kompetenzen und Methoden unbedingt erforderlich.

### Fakultätentag verteidigt studienbegleitende Promotion

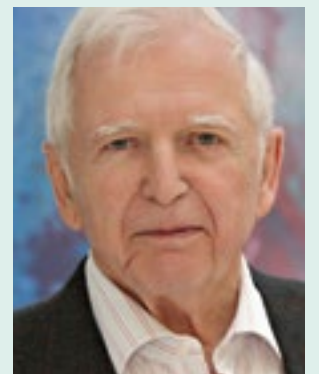
Damit haben die Hochschulrektoren die Empfehlungen des Medizinischen Fakultätentages zur Qualitätssicherung des „Dr. med.“ vom April 2016 aufgegriffen. „Beide Organisationen stimmen in ihren Empfehlungen überein, die in unterschiedlichem Umfang bereits bestehenden strukturierten und qualitätsgesicherten Promotionsprogramme an den Medizinischen Fakultäten und Universitäten flächendeckend und für alle Doktoranden in der Medizin auszubauen.“

en. Diese Programme müssen gewährleisten, dass im Rahmen der Promotion ein substantieller Erkenntnisgewinn geschaffen wird“, reagierte der Medizinische Fakultätentag positiv auf die Veröffentlichung der Hochschulrektorenkonferenz.

Auch hinsichtlich der Forderung nach einer verbindlich geregelten und ausreichenden Forschungszeit für die Vorbereitung und Durchführung des Promotionsvorhabens stimmen beide Organisationen überein. Bezüglich des Zeitpunkts der Promotion ist man dagegen geteilter Meinung: Auf Grund der langen Studiendauer von mehr als sechs Jahren und der sich daran anschließenden fachärztlichen Weiterbildung, so der Medizinische Fakultätentag in seiner Stellungnahme zum Positionspapier vom April 2016, bestünde die

## Nobelpreisträger kritisiert „Doktorarbeit im Galopp“

Prof. Dr. Harald zur Hausen, Träger des Medizin-Nobelpreises von 2008 und von 34 Ehrendoktorwürden, blickt auf mehr als 50 Jahre wissenschaftliches Arbeiten zurück. Eine Karriere, die ohne Dokortitel nicht möglich gewesen wäre. „Auch heute ist der Doktorgrad notwendig, wenn man in die Forschung möchte“, argumentiert der 81-Jährige gegenüber dem Hartmannbund-Magazin, aber die „Doktorarbeit im Galopp“



gehöre abgeschafft. „Ich habe eine zwiespältige Haltung gegenüber der Art, wie heute der Großteil der medizinischen Doktorarbeiten zustande kommt. Es gibt zu viele Arbeiten, die nicht mehr sind als statistische Zusammenfassungen“, so zur Hausen, aus dessen Sicht Ärzte, die kurativ tätig sind, nicht zwingend einen „Dr. med.“ benötigen. Jenen, die wissenschaftlich arbeiten möchten, empfiehlt er, sich um eine ernsthafte Dissertation zu bemühen, längere Zeit experimentell zu arbeiten und nicht im Hauruck-Verfahren den Doktor zu machen. Was sollte der wissenschaftliche Nachwuchs mitbringen? Eine hohe Motivation, ein erkennbar langfristiges Interesse, einen großen Wissensdrang und ein originelles Arbeitsgebiet.

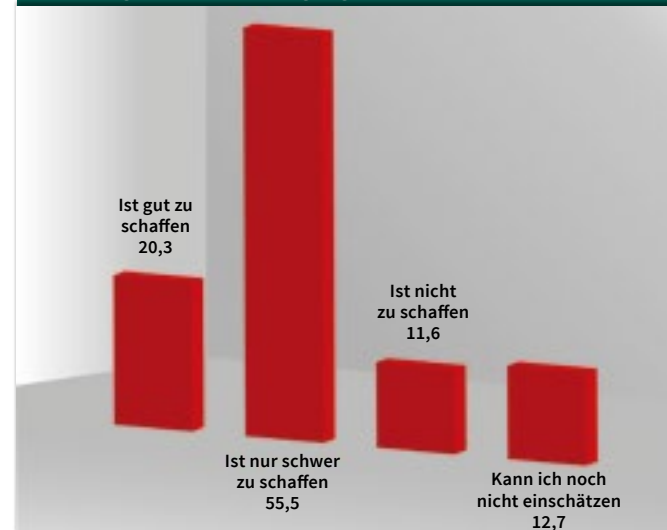
Harald zur Hausen wusste bereits als Schüler, dass er promovieren möchte. Den Dokortitel erhielt er 1960, neun Jahre später habilitierte er. Zur Hausen leitete u.a. die Institute für Virologie in Erlangen und in Freiburg und war von 1983 bis 2003 Vorsitzender und wissenschaftliches Mitglied des Stiftungsvorstandes des Deutschen Krebsforschungszentrums. Sein Forschungsgebiet: Die Entstehung von Krebsarten aus Virusinfektionen. Harald zur Hausen ist bis heute wissenschaftlich tätig.

## Umfrage: Wichtige Zahlen im Überblick

- 2.291 Medizinstudierende und 1.027 Assistenzärzte haben teilgenommen
- 31 % der Assistenzärzte haben bereits ihren Dokortitel
- 46 % der Assistenzärzte arbeiten aktuell an ihrer Dissertation
- 85 % der Studierenden möchten promovieren
- 52 % der Studierenden arbeiten zur Zeit an der Dissertation
- 5 % der Studierenden haben ihre Dissertation bereits geschrieben



**Frage an Medizinstudierende:** Glauben Sie (promoviert oder nicht), dass eine fundierte studienbegleitende Promotion unter den heutigen Studienbedingungen zu schaffen ist?



Angaben in Prozent

Notwendigkeit, die promotionsvorbereitende Forschungstätigkeit in der Regel schon in die zweite Studienhälfte einzubetten, auch wenn der Dokortitel erst nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erlangt werden könne. Hierfür müssten ausreichende Freiräume und Qualifikationen gewährleistet werden, die eine eigenständige Forschungsarbeit zur Generierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Erlangung der Promotion ermöglichen.

„Wie die viel zu große Zahl problematischer Beispiele in der Vergangenheit gezeigt hat, müssen verbindliche Verfahren zur Qualitätssicherung greifen“, so Prof. Dr. Heyo Kroemer, Präsident des Medizinischen Fakultätentages, vor Jahresfrist. Diesbezüglich hätten alle Fakultäten in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, „sodass wir davon ausgehen können, dass die Anzahl der Arbeiten mit minderer Qualität oder mit klaren Verstößen gegen die gute wissenschaftliche Praxis deutlich zurückgehen wird“. Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der Qualität

**Frage an Medizinstudierende:** Möchten Sie später in der Forschung arbeiten?

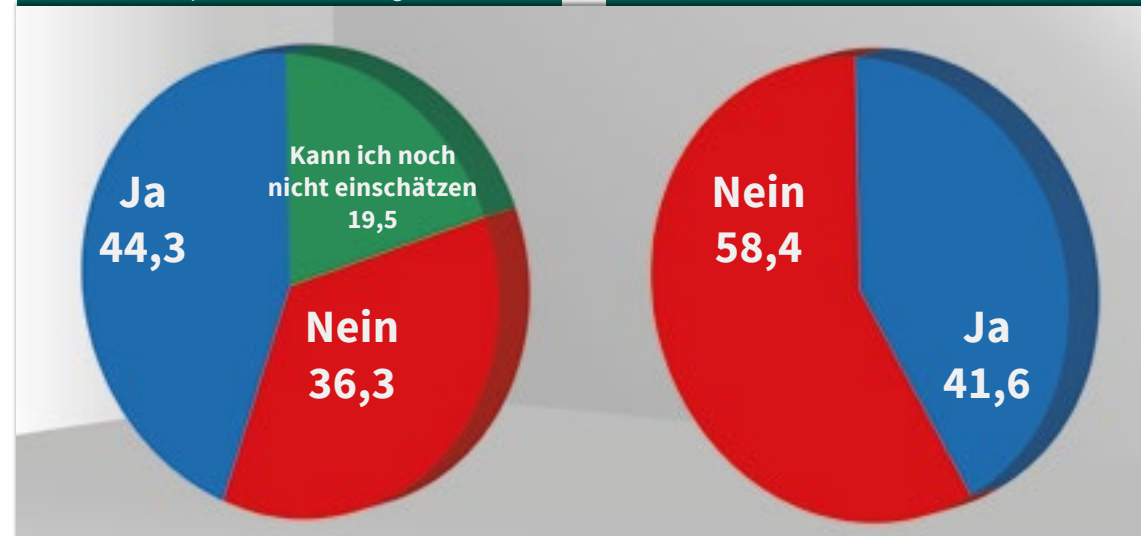


Angaben in Prozent

der medizinischen Promotionen sind aus Sicht der Fakultäten zum einen die flächendeckende Einführung von strukturierten Promotionsprogrammen, aber auch die stärkere Verankerung wissenschaftlicher Inhalte im Medizinstudium.

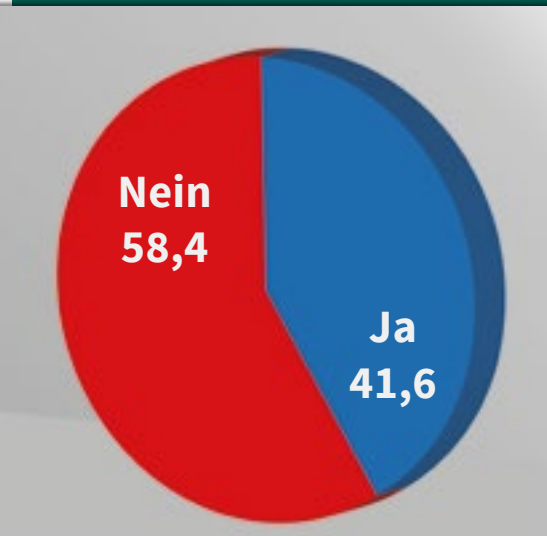
Damit folgen die Fakultäten auch den Empfehlungen des Wissenschaftsrates, der ebenfalls die studienbegleitende Promotion in der Medizin kritisiert und das wissenschaftliche Niveau der medizinischen Promotionen hinterfragt. In seinen Empfehlungen zur „Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland“ von 2014 heißt es dazu: „Die wissenschaftlichen Kompetenzen der angehenden Ärztinnen und Ärzte zu stärken, ist ein weiterer wichtiger Baustein des künftigen Medizinstudiums und steht nicht im Widerspruch zu einer versorgungsorientierten Ausbildung. Alle Studierenden sollen künftig im Studium im Rahmen einer obligatorischen Forschungsarbeit ein Problem aus dem Gebiet der Medizin selbstständig nach wissenschaftlichen Methoden bearbeiten.“

**Frage an Medizinstudierende:** Sehen Sie in der Erlangung der Promotion einen Nutzen für Ihre spätere ärztliche Tätigkeit?



Angaben in Prozent

**Frage an Assistenzärzte:** Sehen Sie in der Promotion einen Nutzen für Ihre ärztliche Tätigkeit?



So kann sich der Blick ändern. Offensichtlich nimmt die „Ernüchterung“ über den vermeintlichen Nutzen einer Promotion für die ärztliche Tätigkeit mit fortschreitender Berufserfahrung zu. Glauben lediglich 36 Prozent der Medizinstudierenden, eine Promotion werde ihnen in der späteren ärztlichen Tätigkeit nichts nützen, so sind (wenige Jahre später) rund 60 Prozent der Assistenzärzte dieser Meinung.

So weit so gut. Trotz gemeinsamer Bekundungen und umfangreicher Zukunftspläne auf Seiten der Universitäten und Medizinischen Fakultäten scheint die wissenschaftliche Ausbildung sowie die Vorbereitung auf die Promotion und die Unterstützung während des Promotionsverfahrens aus Sicht der studentischen Teilnehmer an der Hartmannbund-Umfrage erhebliche Defizite aufzuweisen:

- Mehr als zwei Drittel der Studierenden bewerten ihre Fähigkeit, wissenschaftlich zu arbeiten, nur mit den Noten drei bis fünf.
- 70 Prozent bewerten die wissenschaftliche Ausbildung an ihren Fakultäten in ihrer Gesamtheit mit befriedigend bis mangelhaft.
- Nur wenig optimistisch stimmt auch die Selbsteinschätzung der Studierenden hinsichtlich ihrer Begeisterung für die Wissenschaft: Nur 12 Prozent der Umfrageteilnehmer schätzen diese als „sehr hoch“ ein, weitere 27 Prozent immerhin noch als „hoch“.
- Die Mehrheit der Befragten fühlt sich auf ihre Promotion nicht gut vorbereitet. Von denjenigen, die bereits ihre Dissertation geschrieben haben, vergeben 68 Prozent an ihre Fakultäten die Noten drei bis fünf. Bei denjenigen, die aktuell noch schreiben, fällt die Quote (Note drei bis fünf) mit 85 Prozent noch schlechter aus.
- Die Mehrheit der Befragten sieht in der Betreuung während der Erstellung der Dissertation sowie in der Erlangung wissenschaftlicher Kompetenz im Studium das größte Verbesserungspotential im Promotionsverfahren.

#### Studienbegleitende Promotion zeitlich nur schwer möglich

Dass die studienbegleitende Promotion für viele zeitlich nicht zu stemmen ist, zeigen die Umfrageergebnisse ebenso. Zwei Drittel der Studierenden glauben, dass eine fundierte studienbegleitende Promotion unter den heutigen Studienbedingungen nur schwer bis nicht zu schaffen ist. Bei den Assistenzärzten lässt sich das Zeitproblem an den „nackten“ Zahlen festmachen. Zwar haben immerhin 322 der 1.027 Befragten ihren Dokortitel bereits in der Tasche, aber 468 Assistenzärzte schreiben noch immer an ihrer Dissertation – die Mehrheit dieser Gruppe hat aber bereits während des Studiums mit der wissenschaftlichen Arbeit begonnen und fühlt sich nicht gut auf die Promotion vorbereitet; 92 Prozent vergeben an ihre Unis nur die Noten drei bis fünf für die Vorbereitung.

Nun sollte nicht ausschließlich den Universitäten die Schuld an möglichen Versäumnissen in die Schuhe geschoben werden. In den vergangenen Jahren – und bis heute – richtet sich das Hauptaugenmerk vieler gesundheitspolitischer Player sowie der Politik auf andere Baustellen im Medizinstudium, wie auch das „Deutsche Ärzteblatt“ im Mai 2016 zutreffend formulierte: „Während der Blick sorgenvoll auf den Ärztemangel in Kliniken und Praxen gerichtet ist, entwickelt sich die Forschung stillschweigend zum Randphänomen im Medizinstudium. Stattdessen konzentrieren sich die Ausbildungsinhalte zunehmend auf die praktische ärztliche Tätigkeit. Straffe und verschulte Lehrpläne erschweren den forschungsinteressierten Studierenden die Integration einer experimentellen Doktorarbeit.“

Für Prof. Dr. Matthias Frosch, Vizepräsident des Medizinischen Fakultätentages, liegt das Problem noch weiter zurück – in der letzten großen Änderung der Approbationsordnung (2002). Die Folgen: eine noch stärkere Verschulung, mehr Pflichtveranstaltungen, Vermittlung von mehr praktischen Fertigkeiten, Einschränkung individueller Neigungen. Es ist zu befürchten, so Frosch, dass sich diese Problematik durch den „Masterplan Medizinstudium 2020“ weiter verschärfen wird (mehr im Interview auf den Seiten 12/13). (DA)

Mehr Informationen zu den Umfrageergebnissen finden Sie unter: [www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/](http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/)

## Standpunkt

### Klasse statt Masse

In keinem anderen Studienfach wird so viel promoviert wie in der Medizin. Auf drei Staatsexamina kommen zwei Promotionen – im Schnitt aller anderen universitären Fächer ist das Verhältnis Abschlüsse zu Promotionen 10:1. Die hohe Anzahl medizinischer Promotionen weist eine so große Bandbreite der Qualität auf, dass der Europäische Forschungsrat der deutschen medizinischen Promotion die automatische Anerkennung verweigert. Ein Rückgang der Promotionsneigung in der Medizin wäre per se kein Grund zu der Besorgnis, künftig werde es an wissenschaftlichem Nachwuchs mangeln. Ein hoher Anteil der bisherigen Promotionen entsteht ja eben nicht aus einem genuinem Interesse für die Forschung und nicht als erster Schritt einer wissenschaftlichen Karriere. Die Herausforderung für die Medizin liegt jedoch gerade darin, hervorragende Nachwuchskräfte für die Forschung zu gewinnen, sie zu fördern und ihnen für ihre wissenschaftliche Karriere möglichst gute Rahmenbedingungen zu bieten.

Die Promotion muss – wie in allen Disziplinen – eine hochwertige und eigenständige wissenschaftliche Leistung sein, die auf einer gründlichen methodischen Ausbildung während des Studiums fußt und zu einem substanziellen Erkenntnisgewinn führt. Von dieser Regel darf es bei allem Respekt vor fachspezifischen Besonderheiten keine Ausnahme geben. Die Promotion muss deshalb postgradual erstellt werden, vorbereitet durch eine Einführung in wissenschaftliche Methoden und Arbeitstechniken während des Studiums. Diese Vorbereitung und die Promotionsphase selbst sollten möglichst in Form von Promotionsprogrammen oder Promotionskollegs strukturiert werden. Solche Angebote bedeuten eine intensive Betreuung, die überdurchschnittlich begabten und engagierten Studierenden und Promovierenden vorbehalten sein sollte. Zugleich ist es sinnvoll, die Promovierenden in aktuelle Forschungsprojekte an der Medizinischen Fakultät oder in medizinübergreifende interfakultäre Projekte einzubeziehen. So werden transdisziplinäre Forschungsfähigkeiten gestärkt und man bietet den Fakultäten die Chance, hervorragende Nachwuchskräfte über das Ende des Promotionsprojektes hinaus für eine wissenschaftliche Karriere zu gewinnen. Die Attraktivität einer Forschungstätigkeit nach dem Studium hängt allerdings auch stark mit den Möglichkeiten ihrer Anrechnung auf die an das Studium anschließende Facharztausbildung ab. Die Landesärztekammern sollten Zeiten wissenschaftlicher Tätigkeit in angemessenem Umfang in die Facharztweiterbildung integrieren.



Die Autorin Prof. Dr. Johanna Eleonore Weber ist Rektorin der Universität Greifswald und Vizepräsidentin der Hochschulrektorenkonferenz (zuständig für Hochschulmedizin/Gesundheitswissenschaften).

Zwei Generationen von Doktoranden im Gespräch

# Zu viele Pflichten behindern heute die Freiheit der Wissenschaft

*In Rahmen eines Redaktionsgesprächs diskutierte die Redaktion des Hartmannbund-Magazins mit zwei Medizinerinnen, die zu unterschiedlichen Zeiten – 1993 und 2015 – promoviert haben. Wir sprachen mit Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat und Dr. Andreas Voss unter anderem über deren Motivation zu promovieren, die Kritik am „Dr. med.“ und die Rahmenbedingungen der wissenschaftlichen Ausbildung im Medizinstudium.*

*Sehr geehrte Frau Professorin Lesinski-Schiedat, sehr geehrter Herr Dr. Voss, Sie beide haben im Abstand von gut 20 Jahren promoviert. Mit welcher Intention?*

**Lesinski-Schiedat:** Ich wollte damals nur den Titel. Deshalb habe ich eine statistische Arbeit erstellt, weil ich wusste, dass diese eher planbar ist. Ich habe meine Dissertation noch im Studium fertiggestellt und hatte meinen Dr. med. zum Arbeitsbeginn in der Tasche. Fast ein Wunder, denn die Betreuung war eher mäßig. Mein Doktorvater verließ die Universität Essen überraschend, und dies, bevor meine Arbeit korrigiert war. Selbst mehrmaliges Nachfassen hat nichts gebracht. Glücklicherweise ist mein Chefarzt eingesprungen und hat die Verantwortung für meine Dissertation übernommen. Diese Erfahrungen haben mein Verhältnis zu wissenschaftlicher Arbeit und zur Promotion negativ geprägt. Damals wollte ich unter keinen Umständen an eine Universitätsklinik.

**Voss:** Ich habe nach meinem Physikum angefangen, mich auf meine Promotion vorzubereiten. Dabei ist mir aufgefallen, dass viele Studien kaum Bezug zur klinischen Realität hatten. So wollte ich nicht promovieren. Meine Ergebnisse sollten einen direkten Nutzen haben. Ich habe drei Jahre an meiner Studie gearbeitet und im zweiten Assistenzarztjahr promoviert.

*Der Zeitfaktor scheint demnach eine unterschiedliche Rolle gespielt zu haben?*

**Lesinski-Schiedat:** Bei mir war die Zeit kein großes Problem, da wir eigenständig im Studium Prioritäten setzen konnten und es wenige Pflichtveranstaltungen gab. Im vollgepackten Medizinstudium von heute gibt es kaum noch Chancen, parallel eine Dissertation zu erarbeiten. Und nach dem Studium ist noch weniger Zeit.

**Voss:** Unser heutiges verschultes Medizinstudium hat kaum mehr etwas mit dem Hochschulstudium vor 50 oder 60 Jahren zu tun. Man bekommt im ersten Semester seinen Stundenplan und weiß eigentlich schon bis zum 12. Semester, welche Vorlesungen man haben wird. Auch die Semesterferien sind durchgeplant. Da bleibt kaum Zeit, mal etwas anderes zu machen.

*Ist das ein hausgemachtes Problem der Universitäten oder woran liegt es?*

**Voss:** Wenn ich in ein Physiologiebuch von vor 50 Jahren schaue, werden dort weniger physiologische und pathophysiologische Zusammenhänge erklärt, als in einem Buch von heute. Das liegt in der wissenschaftlichen Natur unseres Faches, in dem täglich neue Erkenntnisse berichtet werden. Leider verliert man dabei oft den Blick für das Wesentliche und der Stoff im Studium nimmt immer mehr zu. Darunter leidet auch die medizinische Promotion.

**Lesinski-Schiedat:** Das muss ich aus der Perspektive der Lehre etwas relativieren.



Ich glaube nicht, dass die Lerninhalte und die Lernquantität die jüngere Generation überfordern und sie deshalb an einer Promotion gehindert wird. Schuld sind die vielen Pflichtveranstaltungen. Diese hindern Studierende an ihrer Freiheit, auch einmal einen Kurs oder eine Vorlesung nicht zu belegen, um im Gegenzug die Freiheit zu haben, wissenschaftlich zu arbeiten. Aus meiner Sicht behindern die Pflichten des Studierenden die notwendige Freiheit der Wissenschaft.

*War denn früher alles besser?*

**Lesinski-Schiedat:** Früher war der Ablauf einfacher. Komplizierter war hingegen die Literaturrecherche. Wir hatten kein Internet und mussten in der Universitätsbibliothek dicke Wälzer durchblättern, rauskopieren oder rausschreiben, Zeitschriften und Artikel suchen. Das war aufwendig. Was dagegen heute kompliziert ist, sind Datenschutz und Ethik-Kommission.

**Voss:** Heute überlegt man sich dreimal, ob man eine Studie macht, auch wenn man eine gute Idee hat. Der bürokratische Aufwand ist eine absolute Forschungsbremse. Ein Ethik-Antrag kann 20 bis 30 Seiten umfassen, wobei in meinen Augen der Patient als wesentlicher Inhalt eines Ethik-Votums oft in den Hintergrund gerät.

*Die Stimmen werden immer lauter, dass wissenschaftliche Ausbildung früher im Studium beginnen und verpflichtend sein sollte?*

*Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat: Oberärztin und Ärztliche Leitung am Deutschen Hörzentrum der HNO-Klinik/Medizinische Hochschule Hannover. Die 50-Jährige hat 1993 in Essen promoviert. Thema: „Intracranielle Meningeome, retrospektive Studie unter besonderer Berücksichtigung der frontobasalen Meningeome“ (Note: cum laude)“. Aktuelle Forschung (u.a.): Hörbahnentwicklung bei schwerhörigen Kindern, Untersuchungen zur kognitiven Leistungsfähigkeit schwerhöriger Senioren.*

**Lesinski-Schiedat:** Eine Verpflichtung finde ich falsch. Wenn ich in einem Krankenhaus oder in der Niederlassung eine Facharztausbildung absolviere, muss ich nicht wissenschaftlich arbeiten, sondern nur wissenschaftlich lesen und die Erkenntnisse anwenden können. Und das tue ich ja, indem ich Medizin studiere und den ganzen Tag naturwissenschaftliche Texte lese. Viel wichtiger ist es zu lernen, wie das Gesundheitssystem funktioniert. Viele wissen bis zum Ende ihres Studiums nicht, was eine GKV und was eine KBV ist. Und ob man unbedingt lernen sollte, ob der statistische Test X der richtige war, um einen signifikanten Unterschied zwischen Medikament A oder B festzustellen... da muss ich auch wissenschaftlichen Studien vertrauen.

**Voss:** Aber einen medizinischen Artikel zu lesen und zu verstehen, setzt voraus, dass sich jemand damit wissenschaftlich auseinandergesetzt hat, also weiß, wie ein Artikel aufgebaut ist. An meiner Universität in Regensburg gab es keinen Kurs, der mich auf wissenschaftliches Arbeiten vorbereitet hat. Das musste ich mir selbst beibringen.

*Können an dieser Stelle strukturierte Promotionsprogramme helfen, wie sie von verschiedenen Seiten gefordert werden?*

**Voss:** In Regensburg gab es keine. An der TU München, wo ich aktuell arbeite, betreue ich Studierende aus Promotionsprogrammen, die angeboten werden, um wissenschaftliches Arbeiten zu erleichtern. In diese müssen sich die Studierenden einschreiben und können nur dann promovieren, wenn sie mindestens zwei Jahre lang Promotionsstudent waren, Promotionsseminare besucht und Kurzvorträge nachgewiesen haben. Erst wenn das Kolloquium abgeschlossen wurde, kann man seine Promotionsarbeit abgeben.

**Lesinski-Schiedat:** Und wie finden Sie ein solches Programm? Ist das sinnvoll oder ist es eine unsinnige Freiheitsberaubung?

**Voss:** Bisher hat sich niemand beschwert. Es kommt noch hinzu, dass die Studierenden an der TU ihren Stundenplan so wählen können, dass sie ein Semester frei haben, zum Beispiel zum Promovieren.

*Würde das bedeuten, alle Promotionswilligen in Promotionsprogramme und für alle anderen gibt es ein Berufsdoktorat o.ä.?*

**Lesinski-Schiedat:** Das halte ich für verkehrt. Ich wollte am Anfang meiner Karriere nicht an die Universität. Hätte man mich damals nicht promovieren lassen, hätte ich meinen Weg nie bis zu dem Punkt gehen können, an dem ich mich doch für eine Universitätskarriere entschieden habe.

**Voss:** Ich halte es auch nicht für sinnvoll. Oft findet man die Leidenschaft für die Wissenschaft erst während der ärztlichen Tätigkeit, wenn sich Probleme im Alltag ergeben, die eine Untersuchung interessant machen. Ein Zwang würde am Anfang schon alles verbauen...

**Lesinski-Schiedat:** ...und würde vermutlich die Entwicklung der klinischen, nicht wissenschaftlichen Medizin total hemmen und die Dynamik in der Medizin verschlechtern. In der Medizin haben alle die Chance, während ihres Studiums zu promovieren, das sollte man nicht ändern.

*Wie stehen Sie zu der Kritik, dass der Dr. med. oft auch als Dr. Light bezeichnet wird?*

**Lesinski-Schiedat:** Es wird immer wieder kritisiert, dass wir im Gegensatz zu allen anderen Studienrichtungen die Promotion parallel zum Studium machen können. Aber wir sind auch die einzigen, die sich im Rahmen einer Pflichtfortbildung regelmäßig über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse informieren müssen. Ich habe noch nie gesehen, dass mein Mann, ein Rechtsanwalt, jede Woche eine Rechtsanwaltszeitschrift bekommt, in der ein schriftliches Online-Testat angeboten wird.

*Dr. Andreas Voss absolviert aktuell sein viertes Weiterbildungsjahr zum Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum rechts der Isar/Technische Universität München/Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie. Der 35-Jährige hat im Jahr 2015 an der Universität Regensburg promoviert. Thema: „Notfallmaßnahmen auf dem Spielfeld im Juniorenfußball“ (Note: magna cum laude). Aktuelles Forschungsprojekt: Anatomie, Biomechanik und aktuelle Versorgungsstrategien des AC-Gelenks.*

**Voss:** Man darf auch nicht vergessen, dass andere Natur- und Geisteswissenschaftler während ihrer Promotion angestellt sind und neben ihrer Forschung in aller Regel auch für den Lehrstuhl arbeiten müssen. Somit haben sie aber auch weniger Zeit für ihre Promotion. Ein Wort noch zur Qualität: Selbst wenn man ein halbes Jahr im Labor sitzt und in den Semesterferien alles zusammenschreibt, kann man in einem halben Jahr wissenschaftliche Daten generieren, die wertvoll sind. Länge und Dauer einer Promotion sagen nichts darüber aus, ob eine Arbeit qualitativ hochwertig ist oder nicht.

*Wie wichtig ist es aus Ihrer Sicht, zu promovieren? Und haben Sie Tipps?*

**Lesinski-Schiedat:** Ich glaube, den Patienten ist es mittlerweile egal, ob der Arzt einen Dr. med. hat oder nicht. Ich bin der Meinung, dass eine Promotion auch zeigt, dass da eine Persönlichkeit ist, die eigenverantwortlich etwas durchdenken und durcharbeiten kann. Also unbedingt promovieren, weil es eine wichtige und schöne Lebenserfahrung ist. Bei der Themenwahl würde ich allerdings nicht darauf hören, dass man das und das machen soll, um das und das zu erreichen. Das Wichtigste ist, dass man es zu Ende bringt. Mein Tipp: So früh wie möglich anfangen.

**Voss:** Man muss sich aber auch im Klaren sein, worauf man sich einlässt. Das Wichtigste ist, dass man sich mit seinem Thema identifizieren kann, denn es gibt während der Promotion jede Menge Durststrecken. Und es macht keinen Sinn, hochkomplexe Fragen zu stellen, die man am Ende nicht beantworten kann. Und so früh anfangen wie möglich. Sobald man approbiert ist, geht die Zeit flöten. (DA)





Prof. Dr. Matthias Frosch, Vizepräsident des Medizinischen Fakultätentages

## Für gute Versorgung ist die wissenschaftliche Ausbildung wichtiger als der Dokortitel

*Die Medizinischen Fakultäten haben traditionell das Recht zur Verleihung des „Dr. med.“ Die medizinische Promotion wird allerdings von Kritikern – auch im Vergleich zu anderen Fachrichtungen – gerne als „Doktor zweiter Klasse“ bezeichnet. Haben die Kritiker Recht oder ist der „Dr. med.“ besser als sein Ruf?*

In der Medizin hat sich, wie in anderen Fächern auch, eine eigene Promotionskultur herausgebildet. Diese beinhaltet, dass während des Studiums ein wissenschaftliches Projekt bearbeitet wird, das nach dem Studium mit der Promotion zum Dr. med. oder Dr. med. dent zum Abschluss gebracht wird. Die Bandbreite der Qualität ist – wie in anderen Fächern – groß und an der Ausschöpfung des gesamten Notenspektrums erkennbar. Die Ergebnisse vieler Doktorarbeiten, sicherlich nicht aller, finden sich in wissenschaftlichen Publikationen wieder; dies ist aber auch in anderen Fächern genau so. Nicht jede naturwissenschaftliche Doktorarbeit wird veröffentlicht. Daher ist es unredlich, den Dr. med. als „Doktor zweiter Klasse“ zu bezeichnen.

*Auch der Wissenschaftsrat kritisiert die studienbegleitende Promotion zum „Dr. med.“ und hinterfragt das wissenschaftliche Niveau medizinischer Promotionen. Im Gegenzug fordert er ein größeres Maß an wissenschaftlicher Ausbildung. Haben es die Fakultäten verschlafen, ihre Studierenden adäquat wissenschaftlich auszubilden?*

Ich denke, es ist mittlerweile in den Wissenschaftsorganisationen und in den Medizinischen Fakultäten Konsens, dass eine fundierte wissenschaftliche Grundausbildung als Grundlage für eine qualitativ hochwertige Doktorarbeit in das Studium der Medizin integriert werden muss. Unter diesen Voraussetzungen sieht auch die Senatskommission für klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft in ihren Empfehlungen aus dem Jahr 2010 Raum für eine studienbegleitende Promotion. Diese wissenschaftliche Grundausbildung wird in Promotionskollegs und Graduiertenschulen gelebt, findet sich aber auch in den Pflichtcurricula. Daher bezweifle ich sehr, dass derzeit eine adäquate wissenschaftliche Ausbildung nicht statt-

findet und die Fakultäten hier irgendetwas verschlafen haben. Das Problem liegt vielmehr in einem seit der letzten großen Änderung der Approbationsordnung für Ärzte im Jahr 2002 sehr verschulten Medizinstudium, das stark auf die Vermittlung praktischer Fertigkeiten ausgerichtet ist und mit der Fülle an Pflichtveranstaltungen und Prüfungen individuellen Neigungen, einschließlich der Entfaltung wissenschaftlicher Neugierde, nur unzureichend Raum lässt. Es ist zu befürchten, dass sich diese Problematik bei der Umsetzung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ noch verschärfen wird.

*Auch der Medizinische Fakultätentag sieht Verbesserungsbedarf und fordert zur Qualitätssicherung der Promotionen eine stärkere Verankerung wissenschaftlicher Inhalte im Studium. Dazu zählen die Vermittlung medizinisch-wissenschaftlicher Fertigkeiten und der Erwerb von Wissenschaftskompetenz im Kerncurriculum. Wie steht es mit der Umsetzung?*

Im Nationalen Kompetenz-orientierten

Lernzielkatalog (NKLM) ist die Vermittlung von Wissenschaftskompetenz ein wichtiger Bestandteil. Einige Medizinische Fakultäten haben hierzu bereits Ausbildungsmodelle entwickelt, andere befinden sich noch in der Entwicklungsphase. Der Medizinische Fakultätentag wird noch in diesem Jahr ein Positionspapier veröffentlichen und Empfehlungen zur Vermittlung von Wissenschaftskompetenz im Curriculum geben.

*Die medizinische Promotion kann studienbegleitend erlangt werden. Eine aktuelle Hartmannbund-Umfrage hat ergeben, dass das Interesse am „Dr. med.“ zwar weiterhin groß ist, aber die Zeit im streng getakteten Medizinstudium kaum ausreicht, um zu promovieren, in der Weiterbildung wird es noch schwieriger. Müsste an dieser Stelle nicht ein Umdenken einsetzen – auch mit Blick auf die Inhalte des Kerncurriculums?*

Die Empfehlungen des Medizinischen Fakultätentages gehen – in völliger Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Senatskommission für klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft aus dem Jahr 2010 – davon aus, dass sich die Integration einer wissenschaftlichen Projektarbeit in das Medizinstudium nur realisieren lässt, wenn mindestens ein Freisemester genommen wird, um die geforderte

mindestens neunmonatige zusammenhängende Bearbeitung eines Themas sicherzustellen. Als Ausgleich sollen Stipendien gewährt werden. Aber auch unabhängig von diesem finanziellen Aspekt kann ich allen Medizinstudierenden nur raten, sich die Freiheit zu nehmen, das Studium um dieses eine Semester zu verlängern. Niemand muss in Rekordzeiten sein Medizinstudium beenden. Für die Entwicklung der Persönlichkeit und persönlichen Reifung ist auch eine Doktorarbeit sehr wichtig. Diese Chancen werden die Studierenden nie mehr bekommen, wenn sie erst einmal in das Berufsleben eingetaucht sind.

*Von Seiten der Deutschen Forschungsgemeinschaft wurde ebenfalls angeregt, an den Medizinischen Fakultäten eine strukturierte, qualitätssichernde Promotionskultur zu etablieren. Vor diesem Hintergrund hat der MFT den Fakultäten die flächendeckende Einführung strukturierter Promotionsprogramme als regelhafte Voraussetzung für den Erwerb des „Dr. med.“ empfohlen. An wie vielen Fakultäten wurden solche Programme bereits implementiert?*

Nach einer Erhebung des Medizinischen Fakultätentages im vergangenen Jahr gibt es an 23 Medizinischen Fakultäten strukturierte Promotionsprogramme. Wir werden in

diesem Jahr diese Erhebung erneuern und schauen, ob es zu weiteren Verbesserungen der Promotionsstrukturen gekommen ist.

*Nicht jeder angehende Arzt möchte später in der Forschung arbeiten, die Mehrheit der Studierenden strebt eine Tätigkeit in der kurativen Versorgung an. Wie Sie ja bereits angedeutet haben, sollen medizinische Dissertationen künftig in strukturierten Promotionsprogrammen erarbeitet werden. In der Konsequenz dürfte die Anzahl der medizinischen Promotionen zurückgehen. Wie viele Promotionen sind notwendig, um ausreichend Nachwuchs für die medizinische Forschung auszubilden?*

Geschätzt promoviert nur noch die Hälfte der Medizinstudierenden. Es ist nicht auszuschließen, dass die Promotionsquote mit der Einführung strukturierter Promotionsprogramme weiter sinkt. Für die breite gute ärztliche Versorgung ist dies bedeutungslos, sofern sicher gestellt ist, dass eine wissenschaftliche Ausbildung Kern des Medizinstudiums ist, die die Studierenden dazu befähigt, sich kritisch mit den Entwicklungen der Medizin und dem medizinischen Fortschritt auseinanderzusetzen.

*Sehr geehrter Herr Professor Frosch, wir danken Ihnen für das Gespräch.* (DA)



”

**Was ist noch besser als ein gutes Netzwerk? Gemeinsam darin Erfolg zu haben!“**



**Hartmannbund**  
STARK FÜR ÄRZTE.

## Das KV-System versucht den Neuanfang

# Wie der Phönix aus der Asche?

*Klare Mehrheiten. Gute Vorsätze. Ein Augenblick der Ruhe in turbulenten Zeiten. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat ein neues KBV-Führungstrio gewählt und eine neue VV-Vorsitzende bestimmt. Jetzt ist viel von Neuanfang die Rede. Ob das gelingt, bleibt abzuwarten. Denn zu einem Neuanfang gehört auch neues Denken.*



Wer so richtig Spaß daran hat, in seinen Geschichten mit Bildern zu arbeiten, dem haben die gewählten Vertreter der Deutschen Kassenärzte in den letzten Wochen, Monaten und (inzwischen auch) Jahren wirklich viel Freude gemacht. Konnte das Hartmannbund-Magazin im vergangenen Jahr mit Blick auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf seinem Titel effektiv Blitz und Donner auf das brüchige Fundament der Selbstverwaltung herunterschlagen lassen (siehe oben rechts), so fliegt dem Chronisten – nach den Neuwahlen zum KBV-Bundesvorstand – das passende Bild geradezu sprichwörtlich zu. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Phönix aus der Asche. Der mythische Vogel, der am Ende seines Lebenszyklus verbrennt oder stirbt, um aus dem verwesenden Leib oder aus seiner Asche wieder neu zu entstehen. Das Symbol für etwas schon verloren Geglaubtes, das in neuem Glanze wieder erscheint. In der Antike das Symbol der Unsterblichkeit mit der Fähigkeit, sich wieder zu regenerieren, wenn Feinde ihn verwundet hatten. Passender können Bilder kaum sein. Ob das System der Kassenärzte aus diesem Mythos Kraft schöpfen kann oder sich schnell wieder in ganz irdischen Fragen verstrickt und selber vom Himmel holt, bleibt wohl auch in den nächsten Jahren eine spannende Frage. Mit gestutzten Flügeln wird sich der Phönix „KBV“ auf absehbare Zeit so oder so bewegen müssen – auch mit einem einmütig gewählten, nunmehr dreiköpfigen Vorstand. Denn das Selbstverstärkungsgesetz (siehe auch Pro & Contra auf den folgenden Seiten) hat den Kassenärzten nicht nur ein Dreigestirn beschert, sondern ihnen auch die eine oder andere Fessel angelegt.

Dubiose Immobiliengeschäfte, Polizeidurchsuchungen in der KBV-Zentrale, Prozesse gegen ehemalige Mitarbeiter wegen schwer nachvollziehbarer Vergütungen und Ruhestandsgelder, Kündigungsschutzklagen leitender Mitarbeiter sowie ein heillos zerstrittenes Führungsgespann waren ebenso eine freundliche Einladung für Eingriffe des Gesetzgebers, wie Attacken aus der KBV-Führungszentrale gegen die Bundesaufsicht oder wie etwa die Unfähigkeit einer ebenfalls heftig zerstrittenen Vertreterversammlung, die dubiosen Vorgänge in den Griff zu bekommen, oder gar – einigermaßen zeitgerecht und mit erkennbarem Elan – für Aufklärung zu sorgen. „Nachhaltig und zuweilen lustvoll, meist planlos, haben Deutschlands Kassenarztvertreter in den vergangenen Jahren ihre bundespolitische Vertretung

beschädigt“, kommentierte so dann auch die Frankfurter Allgemeine Zeitung noch in den vergangenen Wochen. Um – mit Blick auf den Neustart des Führungstrios – den Finger in die wahre Wunde der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu legen: „Der Neuanfang der KBV kann nur in ihrer Vertreterversammlung beginnen. Solange dort Einzelinteressen oder die Verbände der Fach- und Hausärzte oder Psychotherapeuten an erster Stelle stehen, bestärkt durch den Argwohn, es fließe nicht genügend Kassengeld in das eigene Bundesland, kann daraus nichts werden. Die Addition von Eigennutz ergibt keinen Gemeinnutzen, sondern Chaos.“

### „Wirkliche Aufbruchstimmung“

Nicht umsonst wird nun also allorts besagter „Neuanfang“ beschworen. Von „wirklicher Aufbruchstimmung“ spricht die neue Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung, Dr. Petra Reiskowicz, das Spitzentrio Gassen-Hofmeister-Kriedel hat sich den gemeinsamen Erfolg in die Hand versprochen und die KBV-Vertreterversammlung bekräftigt einmütig den „Willen zur fairen sach-orientierten Zusammenarbeit“. Ob dies gelingt, wird nun vor allem von den handelnden Köpfen (alten und neuen) abhängen, von ihrer Bereitschaft zum Kompromiss und von ihrer Fähigkeit, ihre „Truppen“ davon zu überzeugen, dass man am Ende nur geschlossen etwas für die Ärzteschaft erreichen kann.

Denn die Euphorie des Augenblicks kann nicht darüber hinwegtäuschen: Die Probleme sind im Kern die alten. Es gilt, in einem gedeckelten System begrenztes Geld zu verteilen – zwischen Arztgruppen und Regionen. Es gilt, sich (endlich wieder) konstruktiv und mit eigenen Konzepten den Herausforderungen einer sich rasant verändernden (Berufs-)Welt in der ambulanten, aber eben auch in der sektorübergreifenden Versorgung zu widmen. Einer intelligenten Verzahnung der Sektoren zum Beispiel. Die Jagd auf „teure“ Krankenhäuser zu machen, mag noch im KBV-Vorstandswahlkampf seine Berechtigung gefunden haben, auf Dauer allerdings wird allein das „Horrido“ in Richtung Krankenhauslandschaft nicht entscheidend weiterhelfen. Aber auch andere Baustellen harren neuer Antworten und Konzepte: Immer mehr Angestellte in den Arztpraxen, das Mit- oder Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen, Digitalisierung in den Praxen, die enormen Herausforderungen durch E-Health, die von der Politik forcierte Schaffung neuer Akteure im Gesundheitswesen... All diesen Fragen gilt es ebenso viel Engagement entgegen zu bringen, wie dem „schlichten“ Verteilen von Geld – mag das auch verständlicherweise aus Sicht der Ärzte vorrangige Bedeutung haben.

### Wieder Taktgeber werden

Je mehr es dem KV-System im Sinne von Weitblick und Gestaltungswillen gelingt, die Politik davon zu überzeugen, dass sie in der Lage ist, über pekuniäre Gruppen- und Regionalinteressen

*Schon im vergangenen Jahr sah das Hartmannbund-Magazin düstere Wolken, Blitz und Donner über der KBV zusammenziehen.*



hinweg, jenseits von Haus- und Facharztgerangel und jenseits von FALK- und LAVA-Gräben, ambulante Versorgung intelligent zu organisieren und eigene Impulse zu geben, umso weniger wird man ihm hineinreden und -regieren. Und umso mehr wird dann auch wieder echte ärztliche Interessenvertretung möglich sein. Für alle Ärzte! Dazu gehört dann allerdings zwingend auch, dass das System der Kassenärztlichen Vereinigungen auch nach „innen“ wieder funktioniert und unter Beweis stellt, dass man ihm die Selbstverwaltung eines Berufsstandes wieder uneingeschränkt zutrauen kann. Gelingt dies nicht, werden andere den Takt angeben und die Weichen stellen. Gerade hat die Monopolkommission umfangreiche Vorschläge für die Zukunft des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt – mit mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, mehr Selektivverträgen im Allgemeinen und erleichterten Hausarztverträgen im Besonderen und einem Appell für eine stärkere Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland. In die Reihe dieser „Taktgeber“ müssen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Vertreter wieder einreihen. Im Interesse der Ärzte – und damit auch im Interesse ihrer Patienten. (MR)



*Dr. Thomas Kriedel (Mitglied des Vorstands), Dr. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender) und Dr. Stephan Hofmeister (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender) bilden das neue „Dreigestirn“ bei der KBV. Die für den Außenstehenden geradezu kuriosen Abstimmungsergebnisse (so entfielen zum Beispiel auf Dr. Andreas Gassen 46,34 Stimmen bei 8,44 Nein-Stimmen und 2,14 Enthaltungen) dokumentieren bereits vor geraumer Zeit von der Politik vorgenommene Eingriffe in die „KV-Geschäfte“. Die gesetzlich festgelegte rechnerische Parität zwischen Haus- und Fachärzten und eine daraus resultierende komplizierte Stimmgewichtung – nicht zuletzt eine politische Reaktion auf beklagte Ungleichgewichte zwischen Haus- und Fachärzten.*

# PRO & CONTRA



PRO von Maria Michalk

## Gesetz macht eine effektive Kontrolle möglich

*Maria Michalk ist Mitglied des Deutschen Bundestages und sitzt unter anderem im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages. Sie ist gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.*

In Deutschland ist für die Versorgung von gesetzlich Versicherten eine funktionierende Selbstverwaltung von entscheidender Bedeutung. Mit ihr ist sichergestellt, dass bei der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen detaillierte, fachliche, praxisnahe und eigenverantwortliche Regelungen gefunden und entschieden werden. Das stärkt die Akzeptanz. Deshalb erfolgte die Festschreibung der Stärkung der Selbstverwaltung im Koalitionsvertrag.

Im Laufe der letzten beiden Jahre sind allerdings auch Vorfälle bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekannt geworden, die die Integrität und die Funktionsfähigkeit dieses Selbstverwaltungsorgans ziemlich erschüttert und damit auch Vertrauen beeinträchtigt haben. So gibt es Vorwürfe der zu hohen Versorgungsleistungen, fragwürdiger Immobiliengeschäfte und schwer auflösbarer Konflikte auf Vorstandsebene. Teilweise müssen diese Vorwürfe sogar strafrechtlich aufgearbeitet werden.

Vor diesem Hintergrund war es notwendig, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung in maßvoller Weise weiterzuentwickeln, mehr Transparenz zu schaffen und die Befugnisse der Aufsichtsbehörden zu konkretisieren. Das Gesetz stärkt damit die interne und externe Kontrolle des Verwaltungshandelns und der jeweils wahrgenommenen Kompetenzen sowie die Wirksamkeit der staatlichen Aufsicht für alle Selbstverwaltungsgremien. In der Union haben wir immer darauf

hingewirkt, dass die Rechtsaufsicht nicht in eine Fachaufsicht übergeht. Auf Instrumente, die dieser Entwicklung Vorschub geleistet hätten, haben wir bewusst verzichtet.

Beeindruckend war, welche massive Kritik bis zum Ende des Gesetzgebungsverfahrens gegen das Vorhaben vorgebracht wurde. Der Wunsch, das Gesetz als solches verhindern zu können, war unübersehbar groß. Für die Mitglieder der Selbstverwaltung ist hervorzuheben, dass ihre Kontrollrechte und Überwachungsrechte erheblich präzisiert wurden. So kann zum Beispiel jederzeit ein Bericht über Angelegenheiten der jeweiligen Körperschaft vom Vorstand verlangt werden, wenn sich mindestens ein Viertel der Mitglieder hierfür ausspricht. Darüber hinaus werden stringenteren Vorgaben für das Verwaltungshandeln der Spitzenorganisationen auf Bundesebene geschaffen. Damit sind Instrumente für eine effektivere interne und externe Kontrolle entwickelt worden.

Auch die Vorgaben zu Rücklagen und Betriebsmittelverbänden wurden präzisiert. Außerdem wird vor dem Hintergrund der Entwicklungen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung um ein drittes unabhängiges Vorstandsmitglied erweitert. Das ist inzwischen durch Wahlen umgesetzt. Die neue Zusammensetzung des Vorstandes dient dem Interessenausgleich zwischen Haus- und Fachärzten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein Vorstand, der lediglich aus zwei interessensgeleiteten Mitgliedern besteht, dies nicht optimal leisten kann. Des Weiteren wird die Kooperation der Vorstandsmitglieder gestärkt und damit die Funktionsfähigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Von Vorteil sehe ich ebenso die Klarstel-

lung zur Parität bei den Wahlen in der Vertreterversammlung und das Erfordernis, in der Satzung festzulegen, wann namentliche Abstimmungen zu erfolgen haben. Die staatliche Aufsicht über die Selbstverwaltung erfährt in maßvoller Weise eine Stärkung, indem die bisher uneinheitlichen Regelungen zur staatlichen Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinheitlicht und klarer gefasst wurden. Damit besteht künftig ein rechtssicherer und eindeutiger Anknüpfungspunkt für das Handeln im Rahmen der Rechtsaufsicht.

## Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

CONTRA von Hans-Jochen Weidhaas

## Das Gesetz löst keine Probleme, es schafft neue



Foto: Lopata/axentis.de

wird. Es gewährleistet auf höchstem Niveau eine wohnortnahe medizinische Versorgung, die ihresgleichen sucht und das bei freier Arztwahl für alle Versicherten.

Das sogenannte „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ ist hinderlich und mindert „stärkend“ – ein Euphemismus in sich. Leider scheint die politische Mehrheit in diesem Land der Auffassung zu sein, dass man mit staatlicher Gängelung und Einflussnahme eine bessere Versorgung organisiert bekommt als bisher. Das sehe ich nicht so – und alle unabhängigen Sachverständigen übrigens auch nicht.

Die Anhörung im Bundestag im Vorfeld des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes zeigte, wie breit die Front gegen dieses Gesetz gewesen ist. Ich habe selten erlebt, dass es eine so einhellige, kritische Meinung zu einem Gesetzesvorhaben gab. Wenn Anhörungen einen Sinn haben sollen, dann wäre der Gesetzgeber gut beraten gewesen, sein Vorhaben noch einmal grundsätzlich zu überdenken. Dieses Gesetz beinhaltet Fußfesseln und Stolpersteine, die den Abläufen in der Selbstverwaltung überhaupt nicht förderlich sind.

So schreibt man der KBV nun vor, einen Vorstand mit drei Mitgliedern zu wählen (was mittlerweile umgesetzt wurde, Anmerkung der Redaktion, s. Seiten 14/15). Damit werden meiner Meinung nach jedoch Konflikte zwischen Haus- und Fachärzten heraufbeschworen, die es auf Versorgungsebene gar nicht gibt. Mit dem Programm „KBV 2020“ hat sich die Vertreterversammlung der KBV – also die gemeinsame Vertretung der niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten – positioniert und ein klares und vor allem gemeinsames politisches Programm mit zukunftsweisenden Vor-

schlägen zur Verbesserung der Versorgung der Patienten vorgelegt. Diese starke Handlungsfähigkeit ist der beste Beweis dafür, dass es eines solchen Gesetzes nicht bedarf. Im Übrigen bin ich auch der Meinung, dass man respektvollen Umgang und ein konstruktives Miteinander nicht gesetzlich verordnen kann.

Es gibt sicherlich Aspekte im Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, über die man reden kann. Beispielsweise begrüße ich die Regelungen zu individuellen Einsichtsrechten ausdrücklich. Aber unter dem Strich bleibt das Fazit: Dieses Gesetz löst keine Probleme, es schafft stattdessen neue.

Wir als KBV wissen, dass Fehler passiert sind. Die Problematik, in die wir hineingeraten sind, mit den zum Teil heftigen Auseinandersetzungen, hat gezeigt, welche Mängel und welche Begrenzungen unserer Handlungsfähigkeit es gab. Ja – wir haben in den vergangenen Jahren zu viel Streit produziert und den Eindruck erweckt, über zu wenige Kontrollmechanismen zu verfügen. Das Problem der alten KBV-Satzung, die aus mehr oder weniger überholten Teilbereichen bestand, die je nach Bedarf immer mal wieder umgebaut und erweitert wurden, war dabei auch nicht gerade hilfreich.

Doch wir haben daraus gelernt. Lange bevor die Politik den „Werkzeugkoffer“ hervorholte, hat die Vertreterversammlung gehandelt und eine Reform unserer Satzung auf den Weg gebracht. Die Arbeitsatmosphäre war von konstruktiven Diskussionen auf allen Versorgungsebenen geprägt. Wir haben damit gezeigt, dass unsere Selbstverwaltung lebt und eigene Lösungen entwickelt.

Deshalb sage ich: Wir brauchen dieses Gesetz nicht.

*Hans-Jochen Weidhaas, bis März 2017 Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Vorsitzender des Satzungsausschusses der KBV, auf dessen Vorschläge hin eine Reform der KBV-Satzung beschlossen wurde.*

Selbstverwaltung ist ein Schatz, der unbedingt bewahrt werden muss. Es ist unserer ärztlichen Selbstverwaltung zu verdanken, dass Deutschland auf der ganzen Welt für sein hoch effizientes Gesundheitssystem mit höchsten Standards beneidet

Hartmannbund-Umfrage wirft beunruhigende Schlaglichter auf die Arbeitssituation von Assistenzärzten

# Höher. Schneller. Weiter. Ohne Rücksicht auf Verluste?

Mehr als 1.300 Assistenzärzte haben von Dezember 2016 bis Januar 2017 an der Hartmannbund-Umfrage „Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und Morgen.“ teilgenommen. Die Ergebnisse werfen beunruhigende Schlaglichter auf die Arbeitsbedingungen der Assistenzärzte. Bis zu zehn Überstunden und mehr pro Woche sind die Regel. Mindestens jeder zweite Arzt in Weiterbildung ist von seinem Arbeitgeber bereits aufgefordert worden, Überstunden nicht zu dokumentieren. Pausenzeiten können von der Hälfte der Befragten selten bis nie eingehalten werden. Und mehr als die Hälfte gibt an, dass ihr Privatleben unter der Arbeit leidet.

Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer schätzt ihre aktuellen Arbeitsbedingungen an den Kliniken als maximal befriedigend bis schlecht ein. Bewertet – analog zu Noten – lediglich rund ein Drittel der Befragten die Situation als sehr gut oder gut, so vergeben zwei Drittel der jungen Ärztinnen und Ärzte Zensuren zwischen drei und fünf. Und Gründe für die schlechten Noten liefern sie gleich mit:

Bis zu zehn Überstunden und mehr pro Woche sind unter dem Druck von ökonomischen Zwängen und Personalmangel eher die Regel als die Ausnahme. Mindestens jeder zweite Arzt in Weiterbildung ist von seinem Arbeitgeber schon einmal direkt oder indirekt aufgefordert worden, Überstunden nicht zu dokumentieren. Pausenzeiten können von der Hälfte der Befragten selten bis nie eingehalten werden und 65 Prozent der befragten jungen Ärztinnen und Ärzte sehen ihre Arbeitszeiten vom Arbeitgeber nicht objektiv und manipulationssicher erfasst. Die Folgen: Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihr Privatleben unter der Arbeit leidet. Viele Assistenzärzte empfinden ihre Arbeitsbelastung sogar als so groß, dass sie mit Schlafmangel zu kämpfen haben, gesundheitliche Beeinträchtigungen befürchten oder bereits darunter leiden. Als Belastung empfinden sie es offensichtlich auch, dass sie nicht genug Zeit für die Versorgung ihrer Patienten haben.

### Hilferuf der jungen Ärztegeneration

„Dies ist ganz ohne Frage ein Hilferuf einer jungen Ärztegeneration, die so nicht mehr arbeiten will“, kommentiert der Hartmannbund-Vorsitzende, Dr. Klaus Reinhardt, die Umfrageergebnisse.

Dass stetig steigende ökonomische Zwänge und Personalknappheit an den Kliniken die Arbeitsbedingungen belasten und darunter auch die Patientenversorgung leidet, sei an sich keine neue Erkenntnis. In welchem Ausmaß allerdings junge Ärztinnen und Ärzte ihre daraus resultierende Arbeitssituation als belastend empfinden, sei alarmierend. Offensichtlich gelte im Klinikalltag inzwischen viel zu häufig: „Höher. Schneller. Weiter. Ohne Rücksicht auf Verluste“, so Reinhardt mit Blick auf entsprechende Kommentare von Umfrage-Teilnehmern.

Auch für Theodor Uden, Sprecher des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“, ist klar: „Wer aus Überzeugung und mit viel Idealismus Arzt geworden ist, der muss sich erst einmal damit abfinden, dass ein Krankenhaus vor allem auch ein Wirtschaftsbetrieb ist. Dies in Einklang mit seiner täglichen Arbeit und ambitionierter Patientenbetreuung zu bringen, ist für viele junge Ärzte eine echte Herausforderung.“

Für Klaus Reinhardt hat diese Entwicklung inzwischen bedenkliche Ausmaße angenommen: „Die Ökonomisierung des Medizinbetriebes hat eine Dimension erreicht, die die Rolle des Arztes massiv verändert. Das klassische ärztliche Handeln, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt, steht damit komplett zur Disposition. Wir haben einen der schönsten Berufe der Welt. Aber wenn sich nicht Entscheidendes ändert, dann werden bei vielen unserer jungen engagierten Kolleginnen und Kollegen an die Stelle von Lust und Engagement bald Frust und Ernüchterung treten“, warnt der Vorsitzende des Hartmannbundes.

Dass Druck und Unzufriedenheit nicht nur durch hohe Arbeitsbelastung entstehen, sondern auch Resultat einer offenbar unbefriedigenden Arbeitssituation mit Blick auf die Patientenversorgung sind, machen andere Zahlen deutlich. So hadern 40 Prozent der Befragten mit mangelnder Behandlungszeit für ihre Patienten – häufig verursacht durch zeitaufwändige Dokumentationsarbeiten, die von insgesamt 70 Prozent der Befragten mit „bis zu drei Stunden oder mehr“ angegeben werden.

### Patientenzeit leidet unter zu viel Dokumentation

„Viele Assistenzärzte können nicht begreifen, dass sie gezwungen sind, so viele Stunden ihrer Arbeitszeit nicht am Patienten, sondern an der Akte verbringen zu müssen“, kritisiert Uden. Nicht einmal ein Drittel der Befragten kann angeben, dass sie bei nichtärztlichen Leistungen (Kodieren, Sekretariatsarbeiten etc.) unterstützt werden.

Entlastung durch Hightech am Arbeitsplatz? Eher Fehlanzeige! Nur rund 25 Prozent der Befragten empfinden die technische Ausstattung ihrer Klinik als gut. „Eine an den pflegerischen und ärztlichen Bedürfnissen orientierte Digitalisierung bietet eine riesige Chance, um die Zeit für den Patienten zu erhöhen“, ist sich Uden sicher. Doch vielerorts ist man von derartiger „Chancenverwertung“ offenbar noch weit entfernt. „Ich liebe meinen Job und er ist mehr als ein Beruf, sondern Berufung, und ich bin dankbar, ihn ausüben zu dürfen. Doch die Bedingungen machen auf Dauer Frust“, fasst ein Umfrage-Teilnehmer seinen Ärger zusammen.

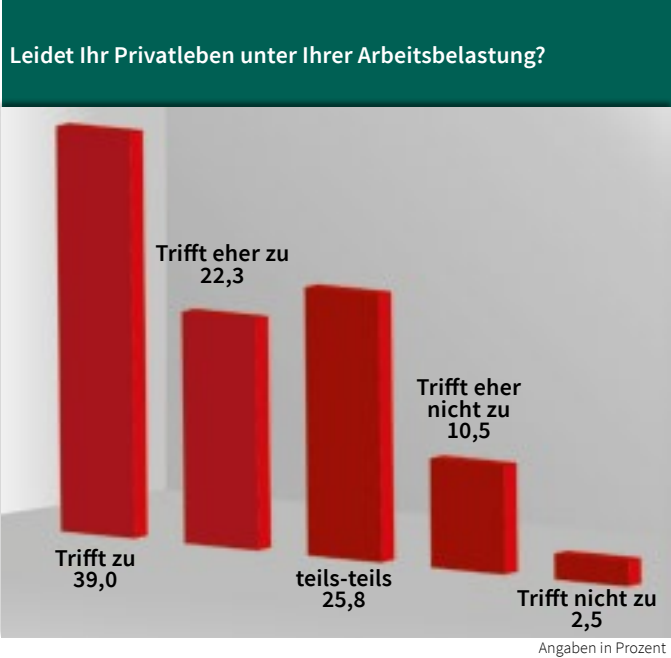
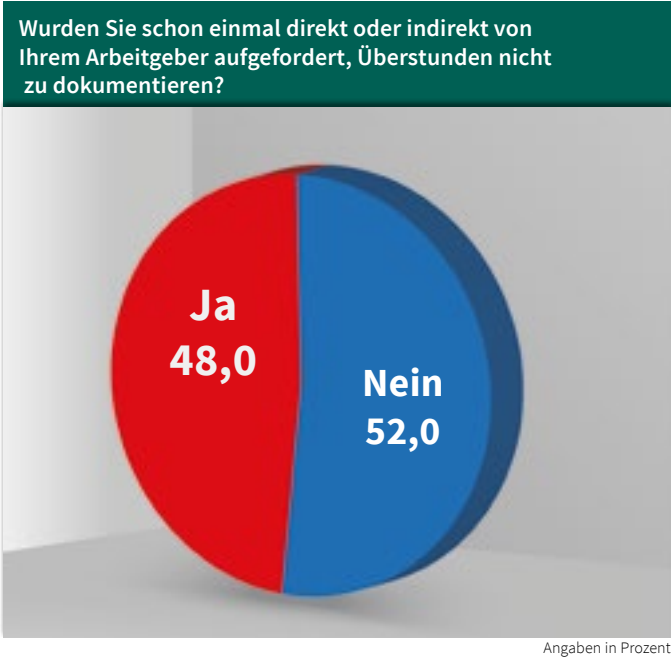
Vergleichsweise noch relativ gute Noten vergeben die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte an ihre „Chefs“ in Sachen Betreuung und Weiterbildung. So fühlen sie sich zu Beginn ihrer Weiterbildung überwiegend „umfangreich in die Arbeit der Weiterbildung“ eingearbeitet, die Mehrzahl der Befragten fühlt sich durch ihren Hintergrunddienst

gut betreut. Mehr als zwei Drittel der Befragten geben an, dass in ihrer Abteilung Chef- und Oberärzte ihren Fragen offen gegenüber stehen. Inakzeptabel allerdings: Eine strukturierte Weiterbildung mit definierten Jahreszielen ist noch immer die Ausnahme. Zwei Drittel der Befragten können nach eigenen Angaben auf ein solches Angebot nicht zurückgreifen!

Großen Handlungsbedarf dokumentiert die Umfrage nach wie vor im Bereich von Arbeitszeitmodellen. So können sich viele der Befragten – Frauen wie auch Männer – vorstellen, einen gewissen Zeitraum zum Beispiel für ihre Familie auszusetzen oder in Jobsharing-Modellen zu arbeiten. Auch hinsichtlich der gewünschten Wochenarbeitszeit haben die jungen Ärzte genaue Vorstellungen: Die Mehrheit kann sich vorstellen, 30 bis 35 Wochenstunden bzw. 35 bis 40 Wochenstunden zu arbeiten. Zweifel an der Leistungsbereitschaft der jungen Ärzte lässt Theodor Uden aber auch in diesem Zusammenhang nicht aufkommen: „Es gibt eine hohe Bereitschaft, im Bedarfsfall auch einmal Überstunden zu leisten. Gleichzeitig besteht aber der Wunsch nach verlässlicher Arbeitszeit, um zum Beispiel ausreichend Zeit für die Familie zu haben“, stellt er klar.

### Hunderte Kommentare zu aktuellen Arbeitsbedingungen

Aber es sind nicht nur die reinen Fakten der Umfrage, die erschrecken, sondern auch die große Anzahl an Kommentaren der jungen Ärzte. Bei der Frage „Wie wirkt sich ökonomischer Zwang am Arbeitsplatz aus?“, haben sich 650 der insgesamt über 1.300 Teilnehmer die Mühe gemacht, zu antworten: „Akkordarbeit. Entlassungen Schlag auf Schlag.“ – „Fließbandarbeit bei der Befundung.“ – „Die Fallzahlen steigen schneller als das Personal.“ – „Verschwendung der Ressource ärztliche Arbeitszeit.“ – „Gesundheitsfabrik Krankenhaus.“ – „Mehr Sekretärin als Arzt.“ – „Masse statt Klasse.“ – „Dokumentations- und



Zertifizierungswahn.“ Diese kleine Auswahl an Zitaten lässt aufhorchen. Ernsthaft ins Grübeln kommt man hingegen zum Beispiel bei folgenden Kommentaren:

„Ich betreue als Anfängerin bis zu 21 schwerstkranke Patienten am Tag, viele präfinal. Ich werde oft aufgefordert, mit Angehörigen nur im Vorbeigehen auf dem Gang zu reden. Die akzeptierte Gesprächsdauer: zwei bis drei Minuten. Manche Kollegen verstecken sich regelrecht vor Angehörigen. Ich tue es nicht, weil ich es für unmenschlich halte.“

„Ein Fluglotse darf auf Grund seiner Verantwortung nicht länger als sechs Stunden am Stück arbeiten, wir 24 Stunden. Wo bleibt da die Logik? Niemand möchte von einem Arzt operiert werden, der bereits 23 Stunden auf den Beinen ist.“

„Wir haben eine Fallmanagerin, die jeden Tag mehrmals zu uns kommt und detailliert fragt, warum der Patient noch da ist.“

„DRG-Mitarbeiter begleiten teilweise die Visiten und vermerken in Kurven, ab wann der Patient Geld kostet anstatt welches einzubringen.“

„Es bleibt keine Zeit für eine patientengerechte Behandlung. Vertrauensbildende Patientengespräche und Angehörigen-gespräche sind eher eine Last. Man dreht sich den ganzen Tag wie ein Hamster im Rad, es ändert sich nichts.“

„Die Patienten fühlen sich oft nicht ausreichend betreut und informiert. Sie fühlen sich allein gelassen, hilflos und abgeschoben.“

„Es ist unbefriedigend, dass die Entlassungen so früh kommen, noch bevor man das Gefühl hat, die Arbeit am Patienten sei vollständig getan.“

„Heutzutage kommt jeder direkt ins Krankenhaus. Wegschicken darf man keinen. So kommt es vor, dass man an einem Sonntag 50 Patienten in der Ambulanz zu versorgen hat. Gleichzeitig ist man für die stationären Patienten allein zuständig, die ja nun wirklich krank sind. Pausen sind da nicht möglich.“

Zu der Frage „Was muss sich ändern, um an den Kliniken von guten Arbeitsbedingungen zu sprechen?“ haben 813 Teilnehmer ein Meinungsbild abgegeben. Hier eine Auswahl an Kommentaren:

„Mehr Personal. Ich habe nichts von mehr Gehalt, wenn ich keine Zeit für meine Familie und mein Kind habe.“

„Objektive und manipulationssichere Erfassung von Arbeitszeiten.“

„Mehr und ausreichend Zeit für Patienten und deren Angehörige.“

„Die gesetzlichen Höchstarbeitszeiten und Pausenregelungen müssen eingehalten werden. Das wäre schon ein Fortschritt.“

„Ein Krankenhaus sollte kein profitorientiertes Unternehmen sein.“

„Nach einem 24 Stunden-Dienst sollte man gehen dürfen und nicht noch am Vormittag die Stationsarbeit erledigen müssen.“

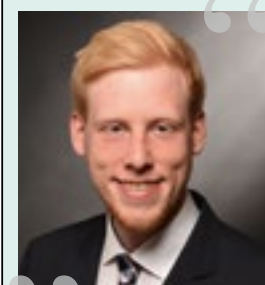
„Akzeptanz bei Chef- und Oberärzten, dass pünktlicher Dienstschluss nicht mit Faulheit gleichzusetzen ist.“

„Entlassmanagement in die Hand der Ärzte.“

Die gesamte Auswertung der Umfrage mit vielen weiteren interessanten Aspekten sowie weiteren Kommentaren der Teilnehmer finden Sie auf der Homepage des Hartmannbundes. (MR/DA) [www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/](http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/)

## Auf ein Wort, Herr Uden...

...der Sprecher des Ausschusses „Assistenzärzte im Hartmannbund“, Theodor Uden, zu den Umfrageergebnissen



Der Hartmannbund weist schon lange auf die schwierige Situation der Assistenzärzte im Berufsalltag hin. Haben Sie die Umfrageergebnisse da noch über-rascht?

Man weiß um die Situation im Grundsatz aus vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, und wir diskutieren diese Erfahrungen in unserer Ausschussarbeit immer wieder und suchen nach Lösungen. So „schwarz auf weiß“ die teilweise

doch recht erschreckenden Antworten von über 1.300 jungen Ärztinnen und Ärzten zu sehen, ist dann allerdings schon noch einmal in vielerlei Hinsicht beeindruckend und bedrückend.

Man könnte den Eindruck gewinnen, die junge Ärztegeneration ist nicht auf den Klinikalltag vorbereitet!?

Ich denke, ein gewisser „Aha-Effekt“ ist auch in anderen Berufsgruppen beim ersten echten Kontakt mit der Arbeitswelt ganz normal. Die Diskrepanz zwischen engagierter Ambition und erlebtem

Alltag auf der Station scheint mir allerdings im Arztberuf besonders frappierend zu sein. Wer aus Überzeugung und mit viel Idealismus Arzt geworden ist, der muss sich häufig erst einmal damit abfinden, dass ein Krankenhaus vor allem auch ein Wirtschaftsbetrieb ist. Das in Einklang mit seiner täglichen Arbeit und ambitionierter Patientenbetreuung zu bringen, ist für uns junge Ärzte eine echte Herausforderung.

Wo sehen Sie denn die entscheidenden Ansatzpunkte, um die Situation an den Kliniken zu verbessern?

Es ist nach meinem Eindruck am Ende vor allem der Zeitmangel – ausgelöst vor allem durch die knappe Personaldecke sowohl in der Medizin, aber auch in der Pflege – der die meisten Probleme schafft. Es muss deshalb unser Ziel sein, intensiver als bisher nicht nur über Gehälter, sondern auch über Arbeitsbedingungen zu sprechen! Das Thema „feste Personalschlüssel“ ist hier nur ein Beispiel von vielen. Im Übrigen: Ein wichtiger Schlüssel, um notwendige Veränderungen zu erreichen, liegt auch in der Hand der Krankenhäuser und Geschäftsführungen, die einen zu starken Einfluss der Zahlen verhindern müssen.



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.

Foto: olegdudko © 123RF

# Symposium für Assistenzärzte „Ärztliches Arbeiten 4.0“ – Samstag, 8. April 2017

Veranstaltungsort:

Hotel Aquino Tagungszentrum Katholische Akademie · Hannoversche Str. 5 b · 10115 Berlin-Mitte

Programm:

10.00 UHR

**Begrüßung**

Dr. med. Klaus Reinhardt,  
Vorsitzender des Hartmannbundes

**Vorstellung Programm und Referenten**

Moderatorenteam Antonia Stahl und  
Dr. med. Fabian Weykamp (Ausschuss  
„Assistenzärzte im Hartmannbund“)

**Hartmannbund-Umfrage**

„Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und Morgen.“  
Theodor Uden (Ausschuss „Assistenzärzte im  
Hartmannbund“)

10.40 UHR

**Impulsvorträge**

„Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitmodelle an den  
Kliniken“  
Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp (Ärztlicher Direktor,  
Unfallkrankenhaus Berlin)

„Aktuelle Situation der ärztlichen Weiterbildung  
und die Rolle der Selbstverwaltung bei deren  
Weiterentwicklung“

Dr. med. Ellen Lundershausen (Präsidentin  
Landesärztekammer Thüringen)

„E-Health – Ärztlicher Arbeitsplatz der Zukunft“

Dr. Sven Meister (Fraunhofer-Institut für Software-  
und Systemtechnik ISST)

11.40 UHR

**Fragerunde „Heißer Stuhl“  
mit den drei Referenten**

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp,  
Dr. med. Ellen Lundershausen,  
Dr. Sven Meister

12.40 UHR

**Mittagspause**

13.20 UHR

**„Wie stellen sich Assistenzärzte ihr  
Arbeiten 4.0 vor?“**

Ines Stenzel (Ärztin in Weiterbildung, Arbeitsgruppe  
Zukunft, Helios Kliniken)

13.35 UHR

**Workshops mit Experten**

Leitthema: „Wie wollen Assistenzärzte in Zukunft  
arbeiten?“

**1. Arbeitszeit/-modelle**

Experten:

Dr. med. Katharina Bednarz (Oberärztin, Universi-  
tätsklinik Heidelberg)

Dr. med. Nina Siedentopf (Oberärztin, Martin-  
Luther-Krankenhaus in Berlin)

Dr. med. Jan-Peter Siedentopf (Oberarzt, Charité  
Berlin)

**2. Weiterbildung**

Experten:

PD Dr. med. Christian Hönemann (Chefarzt,  
Klinikum Leer)

Dr. med. Daniel Peukert (Facharzt, in ambulanter  
Anstellung in Berlin)

**3. E-Health**

Experten:

Dr. med. Anja-Dorothee Sobota (Fachärztin, Univer-  
sitätsklinikum Münster)

Dr. Sven Meister (Fraunhofer-Institut für Software-  
und Systemtechnik ISST)

15.30 UHR

**Abschlussrunde**

Workshop-Ergebnisse & Diskussion

Ende der Veranstaltung ca. 16.30 Uhr



Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen wie Arznei- und Heilmittel wird ab diesem Jahr auf Landesebene geregelt.

## Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen Mehr „regionales“ Gewicht ab 2017

Bereits mit der umfassenden Neuformulierung der Paragraphen 106 bis 106c des SGB V durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) waren neue Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeführt worden, um regionale Gegebenheiten stärker als bisher berücksichtigen zu können. Mit Inkrafttreten des Gesetzes Mitte des Jahres 2015 noch Zukunftsmusik, wird es jetzt also ernst: Ab 2017 erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen grundsätzlich anhand von schiedsamt-fähigen Vereinbarungen auf Landesebene.

Durch den Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen wie Arznei- und Heilmittel in ihrer bisherigen Form entfallen auch die bundeseinheitlichen Richtgrößenprüfungen als Regelprüfmethode: Geprüft wird ab 2017 nach von den regionalen Verhandlungspartnern zu vereinbarenden Regeln. Bereits seit Ende 2015 liegen dafür die entsprechenden Rahmenvorgaben auf Bundesebene vor. Damit haben es – zumindest in der Theorie – die Vertragspartner auf Regionalebene in der Hand, die Prüfungsarten und -kriterien in Prüfvereinbarungen festzulegen und damit die Wirtschaftlichkeitsprüfung so zu gestalten, dass regionale Gegebenheiten berücksichtigt werden und die vertragsärztliche Niederlassung weiterhin attraktiv bleibt.

Seit Beginn dieses Jahres haben nun die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den neuen regionalen Prüfvereinbarungen zu erfolgen, wobei die bisherigen Regelungen bis zu ihrer Ablösung durch neue regionale Prüfvereinbarungen bei fehlender Einigung fortgelten.

Mit der Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist also nunmehr in einem zweiten großen Regelungsbereich nach der Honorarverteilung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Regelungen zu rechnen.

So hat zum Beispiel Baden-Württemberg die Richtgrößen abgeschafft und einen „praxisindividuellen Richtwert“ eingeführt. Dieser werde den Ärzten zu Beginn eines Jahres zugeteilt und soll die „praxisindividuelle Morbidität der Patienten einer spezifischen Praxis“ berücksichtigen und sich bei entsprechender Morbidität in der Praxis mit entwickeln. Je höher der Ordnungsbedarf aus den Erkrankungen der Patienten, desto höher seien die finanziellen Mittel, die dieser Praxis zur Verfügung stehen. Zudem teile die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Arzt innerhalb eines Jahres mehrmals mit, ob er sich im Rahmen seines Richtwertvolumens befinde. Die Morbidität werde nicht über die ICD 10-Codes gemessen, sondern durch den anatomisch-therapeutischen Code, mit dem jedes Medikament gekennzeichnet ist. Für das Jahr 2017 gelte ein garantiertes praxisindividuelles Richtwertvolumen, das dem Arzt auch bei geringer Morbidität seiner Praxis in jedem Fall zur Verfügung stehe.

Auch in Niedersachsen sind die Richtgrößenprüfungen mit Beginn des Jahres 2017 weggefallen. Stattdessen präferiert man Durchschnittsprüfungen, basierend auf den tatsächlichen durchschnittlichen Ausgaben einer Fachgruppe. Bei Überschreitung dieses Fachgruppendurchschnitts um mehr als 50 Prozent erfolgt eine

Prüfung. Daneben gibt es mit den sogenannten Zielquoten eine Möglichkeit, sich von der Durchschnittsprüfung zu befreien. Wer sich nach dem KBV-Medikationskatalog richte und seine fachspezifische Zielquote erreiche, heißt es von Seiten der KV Niedersachsen, könne den Fachgruppendurchschnitt um deutlich über 50 Prozent überschreiten. Für Fachgruppen, die keines der Indikationsgebiete aus dem KBV-Medikationskatalog bedienen, wurden sogenannte Generika-Quoten festgelegt. Ärzte, die eine spezielle Klientel behandeln, haben nach wie vor die Möglichkeit, über Praxisbesonderheiten von der Prüfung befreit zu werden.

In Hamburg löst eine Wirkstoffvereinbarung, die zunächst testweise eingeführt werden soll, die Richtgrößen ab. Der Arzt müsse nach der neuen Vereinbarung nur noch prüfen, ob in den Wirkstoffgruppen Generika, Rabattarzneimittel oder Leitsubstanzen verordnet werden können. Prüfungen entfallen künftig, wenn die KV weit festgelegte Ziele erreicht wurden. Verfehlt die KV insgesamt ihr Ziel, nicht aber die eigene Fachgruppe, bleibt diese Vergleichsgruppe von den Prüfungen ausgenommen.

Die KV Westfalen-Lippe will bei Richtgrößen in Zukunft auf Leitsubstanzen und Zielkorridore setzen. Künftig soll die Qualität der Verordnungen weiter in den Vordergrund rücken, die Richtgrößenprüfungen sollen weiter an Bedeutung verlieren. Diese neue Systematik wird bereits seit Anfang 2016 umgesetzt. Angesichts der zunehmenden Intransparenz im Arzneimittelbereich setze die KVWL auf die qualitative Verantwortung. Die Richtgrößen würden erst wirksam, wenn die Zielvorgaben massiv verfehlt werden.

Berlin ist einer der KV-Bereiche, in denen sich Kassen und KV (noch) nicht auf eine neue Prüfvereinbarung einigen konnten, sodass es in Berlin in diesem Jahr weiterhin Richtgrößenprüfungen geben wird. Die Kassen seien bei der Endformulierung einer neuen Prüfvereinbarung nach Durchschnittswerten vom vereinbarten Konsens wieder abgerückt und hätten ihre Zusage in grundlegenden Punkten zurückgezogen. (PM)

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern eine individuelle und kostenlose Beratung an. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind dies zum Beispiel Fragen zur Niederlassung, zu Honorar- und Abrechnungsfragen sowie zur betriebswirtschaftlichen Beratung. Kontakt: telefonisch unter 030 206 208-0, per E-Mail unter [hb-info@hartmannbund.de](mailto:hb-info@hartmannbund.de).



## Meldungen

### Bürgerversicherung: Einheitliche Honorarordnung ohne Einbußen?

In der Diskussion um die Bürgerversicherung hat Karl Lauterbach, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, erneut die Vereinheitlichung von EBM und GOÄ ins Spiel gebracht. Neuer Tenor: Es sei ausdrücklich nicht das Ziel einer Systemumstellung, „Geld zu sparen oder den hervorragend arbeitenden Ärzten (sic!) Honorar zu entziehen“. „Keine Angst ums ärztliche Honorar“ überschreibt er einen Gastbeitrag für die „Münchener Medizinische Wochenschrift“. Im Gegenteil: Nach Lauterbachs Auffassung würde eine einheitliche Honorarordnung nicht insgesamt zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führen. Stattdessen träfen sich die Honorare in der Mitte, indem sie bei GKV-Versicherten stiegen und bei PKV-Versicherten „auf das gleiche Niveau“ sinken würden. Dem System werde unter dem Strich kein Geld entzogen. Ein Friedensangebot oder Sedierungsstrategie?

Wie immer Karl Lauterbach seine Vorstellungen hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen umsetzen möchte, es bleiben viele Fragen: Zum Beispiel die nach der Gesamtvergütung, die bekanntlich gedeckelt – also endlich – ist, und aus der die dann erhöhten EBM-Honorare gezahlt werden müssten. Will Karl Lauterbach also die Gesamtvergütungen deutlich anheben? Und wenn ja, mit welchen Mitteln? Die Krankenkassen dürften ebenso interessiert an der Beantwortung dieser nicht unwichtigen Frage sein.

Plant Karl Lauterbach, das Geld der PKV anzupapfen, und wenn ja, auf welcher rechtlichen Grundlage? Oder will er lediglich die EBM-Bewertungen anheben, die dann bei gedeckelten Gesamtvergütungen doch nicht vollständig zur Auszahlung kommen? Die Vertragsärzteschaft sollte sich angesichts der vielen offenen Fragen nicht beruhigt zurücklehnen.

### Kodierhinweise durch Praxissoftware künftig unzulässig

Quasi in letzter Minute hat der Gesundheitsausschuss des Bundestages eine Regelung im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) verankert, die KBV, KVen und Softwareanbieter noch beschäftigen wird:

Das vom Bundestag beschlossene HHVG enthält nunmehr nicht nur das Verbot und die nachträgliche Abwicklung der umstrittenen, in vielen KV-Bereichen geltenden Betreuungsstrukturverträge, die Vergütungen indirekt an bestimmte Diagnosen knüpfen. Mit einem fast schon unauffälligen Satz, der an § 305a SGB V anzufügen sei, wird „die Beratung des Arztes ... durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme“ für „unzulässig“ erklärt.

Es bleibt also nicht nur abzuwarten, wie die rechtliche Einordnung diverser Betreuungsstrukturverträge erfolgen wird, sondern auch, ob bzw. in welchem Maße künftig weiter über die Praxissoftware Kodiervorschläge erfolgen dürfen. (PM)

Anzeige

**DIE BESTEN INFOS AUSSERHALB DIESER SEITEN.**

\* Der ETL Gesundheitsbrief – das kostenlose Fachjournal für den Gesundheitsmarkt.



## Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung Unterschiede, Voraussetzungen, Wirkungen

*Wenn Patienten nicht mehr einwilligungsfähig, ansprechbar oder aus anderen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich um ihre gesundheitlichen Angelegenheiten zu kümmern, sollte vorgesorgt sein – mit einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Die begriffliche Unterscheidung und die rechtlichen Unterschiede der einzelnen Instrumente sind auch für den einzelnen Arzt von nicht unwesentlicher Bedeutung, der gegenüber Patienten eine beratende Rolle einnehmen kann.*

Jeder Eingriff in den Körper oder die Gesundheit bedarf zu seiner Rechtfertigung der vorherigen Einwilligung des Patienten (§ 630d BGB). Wirksam ist eine Einwilligung, wenn der Patient ordnungsgemäß über die Bedeutung, Risiken und Folgen einer medizinischen Behandlung aufgeklärt wurde (§ 630e BGB). Zum Schutze des verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrechts kann grundsätzlich nur der aufgeklärte, einwilligungsfähige Patient rechtswirksam einwilligen.

Für den künftigen Fall, dass der Patient nicht mehr einwilligungsfähig, ansprechbar oder aus sonstigen Gründen nicht mehr in der Lage sein sollte, sich angemessen um seine gesundheitlichen Angelegenheiten zu kümmern, hat er die Möglichkeit, noch „in gesunden Zeiten“ vorsorglich seinen Willen für den Ernstfall kund zu tun. Mit solchermaßen vorsorglichen Willensbekundungen kann der Patient sowohl auf die Auswahl einer zu seiner Vertretung befugten Vertrauensperson, als auch auf die Art und Weise (das „Ob“ und „Wie“) der medizinischen Behandlung Einfluss nehmen. Für Ersteres sind die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung, für Letzteres die Patientenverfügung das gesetzlich vorgesehene Instrumentarium. Die begriffliche Unterscheidung und die rechtlichen Unterschiede der einzelnen Instrumente sind auch für den einzelnen Arzt von nicht unwesentlicher Bedeutung. Mitwirkungsmöglichkeiten, (Auf-

klärungs-)Pflichten vor allem aber auch rechtliche Risiken ärztlichen Handelns werden in entscheidender Weise von der gewählten Art der Willensbekundung geprägt. Während der Patient mit der Vorsorgevollmacht eine Person seines Vertrauens direkt als seinen entscheidungsbefugten Vertreter und Ansprechpartner in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt, handelt es sich bei der Betreuungsverfügung um einen grundsätzlich verbindlichen Wunsch, das sodann zuständige Betreuungsgericht möge die vorgeschlagene Person als seinen vertretungsberechtigten Betreuer bestellen. Mit der Patientenverfügung hingegen trifft weiterhin der Patient selbst eine antizipierte Entscheidung, indem er für zukünftige, nicht unmittelbar bevorstehende Behandlungssituationen festlegt, ob und unter welchen Umständen er in eine – oder auch mehrere – bestimmte, medizinische Behandlungsmaßnahme(n) einwilligt oder sie ablehnt (§ 1901a BGB).

### Bestimmtheit durch Beratung

Bei der Vorbereitung einer vorsorglichen Willensbekundung kann der Arzt im Hinblick auf medizinische Fragen und Behandlungsdetails eine beratende Rolle einnehmen und den Patienten bei seiner Entscheidungsfindung über Reichweite und Inhalt einer vorsorglichen Willensbekundung mit seinen Fachkenntnissen unterstützen.

Im Rahmen einer Patientenverfügung kann eine eingehende, auf den einzelnen Krankheitsfall bezogene, medizinische Beratung in erheblichem Maße dazu beitragen, sie rechtswirksam zu gestalten. Denn je genauer und präziser der Patient bestimmte medizinische Maßnahmen unter Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheits- oder Behandlungssituationen benennt und damit hinreichend genau umschreibt und festlegt, was er in welcher Situation will und was nicht, desto eher ist gewährleistet, dass seine Erklärung rechtlich überhaupt als verbindliche Verfügung zu werten ist. Nur dann kann sein verfügter Wille auch rechtskonform vom behandelnden Arzt umgesetzt werden. Auch bei der Auswahl eines Bevollmächtigten oder Betreuers kann ärztlicher Rat und Sachverstand dem Patienten helfen, den Rahmen der Entscheidungsbefugnisse oder die Art und Weise der übertragenen Aufgaben durch entsprechende Handlungsanweisungen näher zu bestimmen.

### Form der „Patientenwünsche“ ist wichtig

Generell sollten vorsorgliche Patientenwünsche nicht nur aus Gründen der Rechtswirksamkeit, sondern schon aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft nur auf Grundlage schriftlicher Erklärungen beachtet und umgesetzt werden. Insbesondere die Patientenverfügung ist nur dann rechtlich wirksam, wenn sie schriftlich verfasst und durch eigenhändige Namensunterschrift unterzeichnet ist. Frühere mündliche Äußerungen sind deshalb aber nicht generell wirkungslos, sondern bei der Auslegung oder Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zu berücksichtigen, z.B. wenn die Patientenverfügung die betreffende Maßnahme nicht oder nur unzureichend abdeckt. Eine eigenhändig handschriftliche Abfassung, wie bei einem Testament, ist generell nicht erforderlich, sodass auch entsprechende Muster verwendet werden können. Die Angabe von Zeit und Ort der Erstellung ist zwar keine Voraussetzung für die Gültigkeit, kann aber bei der stets zu beantwortenden Frage, ob eine Willensbekundung noch auf den aktuellen Willen oder die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutrifft, eine Rolle spielen. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit einer Vorsorgevollmacht, besteht prinzipiell die Möglichkeit, ein betreuungsgerichtliches Verfahren anzuregen. Der Widerruf einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung hingegen ist grundsätzlich jederzeit formlos möglich.

### Volljährigkeit und Inhalt

Um Bindungswirkung zu entfalten, muss eine Patientenverfügung weitere, auch inhaltliche Voraussetzungen erfüllen. Nur wer einwilligungsfähig und volljährig ist, kann wirksam eine Patientenverfügung errichten (§ 1901a BGB). Inhaltlich verlangt die Patientenverfügung konkrete Entscheidungen des Betroffenen über Einwilligung und Nichteinwilligung in bestimmte medizinische Maßnahmen. Lediglich allgemein gehaltene Vorgaben, wie z.B. allein der Wunsch, für ein würdevolles Sterben Sorge zu tragen, sind nicht ausreichend. Gleiches gilt für Pauschalverbote, wie etwa die Untersagung von „künstlichen lebensverlängernden Maßnahmen“, ohne diese nach der Art, verfolgten Zielvorstellungen (z.B. die Vermeidung eines bestimmten Zustands oder bestimmter körperlicher Einschränkungen) oder den Umständen, unter denen das Verbot gelten soll, näher zu beschreiben. Vor allem widersprüchliche Festlegungen können die Bindungswirkung einer Patientenverfügung erheblich schmälern oder – je nach Auslegung – gar ganz entfallen lassen, etwa wenn der Patient einerseits erklärt, möglichst lange leben zu wollen, andererseits aber verfügt, dass bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen sind. Erforderlich ist ein Mindestmaß an inhaltlicher Übereinstimmung zwischen der erklärten Einwilligung bzw. Untersagung und der in Frage stehenden medizinischen Maßnahme.

Die regelmäßige Aktualisierung bzw. Bestätigung einer Patientenverfügung (z.B. im Jahresintervall) ist für ihre rechtsverbindliche Fortgeltung zwar nicht erforderlich, wird Patienten aber empfohlen, um zu überprüfen, ob die einmal getroffenen Festlegungen noch gelten sollen oder ob sie aufgrund veränderter Umstände oder Vorstellungen angepasst werden sollten. Neben der Frage nach dem Bestehen einer Patientenverfügung sollte daher stets auch abgefragt werden, ob es sich um die aktuellste Version einer Patientenverfügung handelt. Konkrete Angaben über das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen können Patienten in das „Zentrale Vorsorgeregister“ bei der Bundesnotarkammer eintragen lassen. (FT)

Weitere Informationen und eine individuelle Beratung zu diesem und anderen Themen bietet die Rechtsabteilung des Hartmannbundes allen Mitgliedern an. Die Rechtsabteilung erreichen Sie telefonisch unter 030 206 208-58 oder per Mail: [recht@hartmannbund.de](mailto:recht@hartmannbund.de).

Anzeige

WWW.PRAXISSTART.INFO

# PRAXISSTART

Für zukünftige Haus- & Fachärzte

Attraktive Fördermöglichkeiten & Stipendien  
Organisation von Seminaren & Workshops für Einsteiger  
Persönliche Beratungsangebote & Hilfestellungen  
Begleitung durch Patenschaftsprogramme für Einsteiger  
und vieles mehr

**KVWL** Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe





# Förderung der Weiterbildung für fachärztliche Gebiete Bis zu 1.000 Stellen im Jahr werden gefördert

Bei Hausärzten ist es bereits seit längerem möglich, dass diese Fördermittel erhalten, wenn sie Ärztinnen und Ärzte einstellen, die sich ambulant weiterbilden wollen. Seit Ende 2016 gilt dies nun auch bei grundversorgenden Fachärzten. Bundesweit sollen bis zu 1.000 Weiterbildungsstellen im Jahr gefördert werden. Ein Überblick.

|                        | HNO | Haut | Psychologie | Kinder-<br>psychologie | Neurologie | Nerven-<br>heilkunde | Physikalische<br>Medizin | Chirurgie | Orthopädie | Urologie |
|------------------------|-----|------|-------------|------------------------|------------|----------------------|--------------------------|-----------|------------|----------|
| Baden-Württemberg      | x   | x    | x           |                        |            | x                    |                          | x         | x          |          |
| Bayern                 | x   | x    |             | x                      |            |                      |                          |           |            |          |
| Berlin*                | x   | x    | x           |                        | x          | x                    |                          |           |            |          |
| Brandenburg            | x   | x    | x           | x                      | x          | x                    |                          |           |            |          |
| Hessen                 | x   |      |             | x                      | x          |                      |                          |           |            | x        |
| Mecklenburg-Vorpommern | x   | x    | x           |                        | x          | x                    |                          | x         | x          | x**      |
| Niedersachsen          |     |      | x           |                        |            |                      |                          |           |            |          |
| Nordrhein***           |     |      | x           |                        | x          |                      |                          |           |            |          |
| Rheinland-Pfalz        | x   | x    |             | x                      |            |                      |                          |           |            |          |
| Saarland               | x   | x    |             |                        |            | x                    |                          |           |            |          |
| Sachsen****            | x   | x    | x           | x                      | x          |                      |                          |           |            |          |
| Sachsen-Anhalt         | x   | x    | x           | x                      | x          |                      | x                        |           |            |          |
| Schleswig-Holstein     | x   | x    |             |                        |            | x                    | x                        | x         |            |          |
| Thüringen              | x   | x    | x           |                        | x          |                      |                          |           |            |          |
| Westfalen-Lippe        | x   | x    | x           |                        |            | x                    |                          |           |            |          |

Förderfähige Fachgebiete ohne Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin (\*ohne Kinder- und Jugendmedizin, \*\*vorbehaltlich der notwendigen Anpassung der Weiterbildungsordnung im Gebiet Urologie, das heißt mindestens 24 Monate fakultative ambulante Weiterbildung, \*\*\*ohne Frauenheilkunde und Geburtshilfe, \*\*\*\*Kontingente in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO und Kinder- und Jugendmedizin sind bereits erschöpft)

Seit Herbst vergangenen Jahres können neben Hausärzten auch grundversorgende Fachärzte in der ambulanten Versorgung Fördermittel erhalten, wenn sie Ärztinnen oder Ärzte einstellen, die sich ambulant weiterbilden wollen. Die gesetzliche Grundlage dafür hatte der Gesetzgeber mit dem bereits im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffen. Demnach sollen bundesweit bis zu 1.000 ambulante Weiterbildungsstellen jährlich gefördert werden.

Die entsprechende Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband, die unter anderem die Verteilung der Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) regelt, kam erst ein Jahr später zustande. Zum Oktober 2016 sollten dann die KVen mit den Kassen erstmals regional vereinbaren, welche Gebiete mit wie vielen Stellen förderfähig sind. Künftig soll die regionale Feststellung der Förderfähigkeit von Facharztgruppen dann jährlich überprüft werden. In KV-Bezirken,

in denen eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, sollten automatisch Stellen in der Augenheilkunde, in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie in der Kinder- und Jugendmedizin als förderfähig gelten. Da diese in den meisten KV-Bezirken auch zu den förderfähigen Gebieten zählen – Ausnahmen sind Berlin, wo keine Stellen für die Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen sind, sowie Nordrhein und Sachsen, wo die Frauenheilkunde nicht dazu zählt –, stellt der Hartmannbund lediglich eine Übersicht über die darüber hinausgehenden förderfähigen Fachgebiete zur Verfügung (siehe Tabelle). In Hamburg und Bremen sind ausschließlich die Augenheilkunde, die Frauenheilkunde und die Kinder- und Jugendmedizin förderfähig. Beide KV-Bezirke sind deshalb nicht in der Tabelle aufgeführt.

Praxen oder MVZ, die diese Fördermittel

zur Beschäftigung einer Ärztin oder eines Arztes in Weiterbildung in Anspruch nehmen wollen, müssen dies bei ihrer zuständigen KV beantragen. Das Verfahren läuft analog zur Förderung in der Allgemeinmedizin, und auch die Förderbedingungen und -bestimmungen sind weitgehend ähnlich. Die Kontingente für das Jahr 2017 sind allerdings teilweise bereits ausgeschöpft. Das liegt in der Natur der Sache: Von den 1.000 bundesweit geförderten Stellen entfallen zum Beispiel auf Baden-Württemberg knapp 132 Stellen, auf Hamburg hingegen nicht einmal 22 und auf Mecklenburg-Vorpommern sogar weniger als 20.

Weitere Informationen, Förderrichtlinien, Stellenaufschlüsselung, Antragsformulare, Ansprechpartner etc. finden Sie auf den Internetpräsenzen der KVen. (SP)



## MWBO-Novelle kommt frühestens 2018

Nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) soll auf dem 121. Deutschen Ärztetag (DÄT) 2018 in Erfurt eine beschlussfertige Fassung für eine neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorgestellt werden. Derzeit arbeitet man noch intensiv an Abschnitt B, den Fach- und Gebietsbezeichnungen. Dieser soll bis zum diesjährigen DÄT in Freiburg in der konsentierten Entwurfsfassung als sogenannte Version 3 vorliegen. Noch zu bearbeiten seien den Informationen der BÄK zufolge die Zusatzbezeichnungen einschließlich der Frage, welche berufsbegleitenden Möglichkeiten vorgesehen sein sollten, diese zu erwerben.

Zur Diskussion steht hier vor allem die vorgeschlagene Trennung des bisherigen Abschnitts C („Zusatzweiterbildungen“) in zwei neue Abschnitte, wobei Abschnitt C diejenigen Bezeichnungen enthalten soll, die nach wie vor in hauptberuflicher Stellung abzuleisten sind, und Abschnitt D jene Bezeichnungen, die berufsbegleitend erworben werden können.

Der Hartmannbund hat sich hierzu bereits klar positioniert. In einem Beschluss der Hauptversammlung von 2016 forderte er, den Erwerb von Zusatzbezeichnungen grundsätzlich auch in nebenberuflicher Tätigkeit zu ermöglichen. Dazu sei der Grundsatz der ganztägigen Durchführung in hauptberuflicher Stellung zu streichen oder derart anzupassen, dass auch Nebentätigkeiten anerkennungsfähig sind. Der in der aktuellen Novellierung der MWBO vorgesehene zusätzliche Abschnitt D für nebenberuflich erwerbbare Zusatzbezeichnungen stelle für diese Problematik keine adäquate Lösung dar, heißt es in dem Beschluss. (SP)

Anzeige



STÄATLICH  
ANERKANNT  
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 – The Mobile University 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 – The Mobile University  
Telefon +49 (0) 7371 9315-0 | info@mobile-university.de



WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG

# Moritz Völker zu aktuellen Aktivitäten der Medizinstudierenden – unter anderem zum „MM2020“ Uneingeschränktes Glücksgefühl sieht anders aus

Der „Masterplan Medizinstudium 2020“ war in den vergangenen zwei Jahren das bestimmende Thema der Arbeit des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Nun steht der Masterplan kurz vor seiner Veröffentlichung. Das ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses jedenfalls der letzte Kenntnisstand. Vor diesem Hintergrund sprach die Redaktion des Hartmannbund-Magazins mit dem Vorsitzenden der Medizinstudierenden, Moritz Völker.



Moritz Völker ist seit Oktober 2015 Vorsitzender des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“. Der 26-Jährige studiert Medizin in Witten.

Der „Masterplan Medizinstudium 2020“ – so die bisherigen Ankündigungen – stand bei Redaktionsschluss kurz vor der Veröffentlichung. Klar schien bereits, dass es PJ-Quartale, ein ambulantes PJ-Pflichtquartal und eine M3-Pflichtprüfung Allgemeinmedizin geben soll. Die Medizinstudierenden des Hartmannbundes haben sich intensiv dagegen eingesetzt. Wie bewerten Sie den aktuellen Stand?

Wir können leider nicht uneingeschränkt glücklich über den vermuteten End-Zustand sein. Enttäuscht sind wir vor allem über die einseitige Bevorteilung der Allgemeinmedizin gegenüber sinnvoller Maßnahmen, die auch wir vorgeschlagen haben. Die überproportionale Überwertung eines Faches halten wir für falsch und wissen, dass unsere Kommilitonen das genauso sehen. Immerhin haben sich 80 Prozent der 8.300 Teilnehmer unserer Blitzumfrage im vergangenen Jahr genau gegen solche Maßnahmen ausgesprochen. Auch den Weg hin zum Masterplan müssen wir rückblickend als „steinig“ kritisieren. Nach einem sehr konstruktiven Start, den auch wir Studierende begleiten durften, fanden zu viele Gespräche hinter verschlossenen Türen statt. Das Resultat müssen nun die kommenden Studierenden-Generationen ausbaden. Wir sind weiterhin der Meinung, dass die Suche nach Praxen für ein ambulantes PJ-Quartal, die den Qualitätsanforderungen der Fakultäten entsprechen, eine enorme Herausforderung sein wird. Auch glaube ich nicht, dass viele Allgemeinmediziner auf Dauer diesen „Durchlauf“ an Studierenden mitmachen werden. Und nicht zu vergessen die langen Anfahrten der PJler. Nichtsdestotrotz verstehen wir unsere zukünftige Rolle im Umsetzungsprozess nicht in der Opposition. Von der Problembeschreibung müssen wir nun zu konkreten Lösungen finden. Wir werden versuchen, die Maßnahmen so zu begleiten, dass eine Nachjustierung an der einen oder anderen Stelle noch gelingen kann.

Ganz aktuell wurden die Ergebnisse der Hartmannbund-Umfrage zum Thema medizinische Promotion veröffentlicht, die Ergebnisse zu den Prüfungsfragen folgen zu einem späteren Zeitpunkt. Vor welchem Hintergrund wurde diese Umfrage durchgeführt?

Die Umfrage hat es geschafft, mit über 2.000 studentischen Teilnehmern einen bisher eher am Rande beachteten Bereich in den Fokus zu rücken. Durch die Arbeit vieler Beteiligten am Masterplan sind andere ebenfalls wichtige Themen ins Hintertreffen geraten. Das wollten wir ändern – vor allem vor dem Hintergrund, dass der Druck auf die

Art und Weise, wie wir den Dr. med. erlangen, in den letzten Jahren immer weiter gestiegen ist. Davon bekommen die meisten Studierenden nicht viel mit, aber wir stehen in diesem Bereich womöglich vor großen Veränderungen. Damit diese auch im Sinne der Studierenden und nicht an den Bedürfnissen und der Realität vorbei beschlossen und umgesetzt werden, wollten wir mit dieser Umfrage offene Fragen beantworten. Wir haben nun unter anderem den Beleg, dass zwar viele Medizinstudierende promovieren möchten, aber die Rahmenbedingungen für einen fundierten und reibungslosen Ablauf der wissenschaftlichen Arbeit an vielen Fakultäten noch nicht gegeben sind.

Das zweite Thema der aktuellen Umfrage beschäftigt sich mit den Prüfungen. Nicht unbedingt ein Winner-Thema, oder doch?

In diesem Bereich gab es in den letzten Jahren viel Bewegung, die aus unserer Sicht zu einem undurchschaubaren Sammelsurium an Prüfungsformaten geführt hat. Durch unsere Univertreter vor Ort an den Fakultäten waren wir in der Lage, die vielen verschiedenen Formate zu sammeln und zu analysieren, um daraus „best practice“-Modelle zu filtern und deren Sinnhaftigkeit abzufragen. Das ist natürlich nicht ganz leicht und alle Formate haben klare Vor- und Nachteile. Nichtsdestotrotz arbeiten wir daran, die Prüfungen zu homogenisieren, um die Vergleichbarkeit des Medizinstudiums auch über die Fakultäten hinweg besser zu gewährleisten. Dazu sehen wir in erster Linie die Notwendigkeit, dass Prüfungen nicht dem Selbstzweck dienen, sondern eigentlich einen pädagogischen Sinn erfüllen müssen. Der ist vielerorts abhandengekommen. Viele Studierende sehen kaum noch den Zusammenhang zwischen Lernen und späterer Tätigkeit. Heute steht zu oft der Zweck des Abprüfens im Vordergrund. Das sollte so nicht sein.

Ein bestimmendes Thema der vergangenen Jahre war die PJ-Aufwandsentschädigung. Gibt es hier neue Pläne?

Mit unserer PJ-Liste haben wir vor drei Jahren für großes Aufsehen gesorgt. Es handelte sich um eine in dieser Form erstmalige Zusammenstellung der bundesweiten Situation, wo wie viel PJ-Aufwandsentschädigung gezahlt wird. In den letzten Monaten haben wir neu recherchiert und stehen kurz vor der Veröffentlichung einer aktualisierten PJ-Liste. Zu viele Standorte zahlen nach wie vor nichts. Sehr viele eine eher symbolische Summe. Dabei wird es bei steigenden Mieten und Lebenshaltungskosten für viele Studierende richtig eng. Dass wir Studierende auf vielen Stationen aus den Arbeitsabläufen nicht mehr wegzudenken sind, kann auch niemand ernsthaft bestreiten. Durch unsere Liste werden wir wieder den Finger in die Wunde legen, um die Situation für die Studierenden zu verbessern.

Sie selbst sind aktuell im PJ? Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht? Erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung?

Für mich war die Zahlung einer Aufwandsentschädigung ein wesent-

licher Faktor. In meinem ersten Tertial (Chirurgie) gab es 300 Euro im Monat und kostenfreies Mittagessen. Ich bin mit viel Enthusiasmus gestartet, musste aber erfahren, wie wenig Wertschätzung einem oft zu Teil wird. Als größtes Problem sehe ich die Selbstverständlichkeit, mit der viele Arbeiten eingefordert wurden. Gerade vor dem Hintergrund, dass auf meiner Station keine Assistenzärzte waren und dadurch viele Tätigkeiten anfielen, die erledigt werden mussten, waren wir PJler ein nicht unwesentlicher Faktor der Patientenversorgung. Ich nehme gerne zusätzliche Arbeit an, um im Gegenzug einen gewissen Anspruch auf Lehre zu haben. Wenn aber dieses eigentlich selbstverständliche und einfache Prinzip des gegenseitigen Respekts nicht gewährleistet ist, gerät jede Motivation an Grenzen. Da das reine „Herbeisehnen“ des Tertial-Endes jedoch noch kein chirurgisches Wissen vermittelt, habe ich angefangen, in einer anderen Klinik im chirurgischen Bereitschaftsdienst zu arbeiten. Hier habe ich erlebt, wie gut man trotz Notfallsituationen eingelernt und motiviert werden kann, wenn nur der Wille vorhanden ist.

Sie sind seit Oktober 2015 Vorsitzender der „Medizinstudierenden im Hartmannbund“. Welche Highlights würden Sie herausgreifen?

Die Zeit war bestimmt durch den „Masterplan Medizinstudium 2020“. An diesem haben wir uns regelrecht „abgearbeitet“ und versucht, durch viele Maßnahmen, Gespräche, Stellungnahmen und Kooperationen, wo diese sinnvoll erschienen, auf die Entstehung des Masterplans positiv einzuwirken. Hier erinnere ich mich gern an unseren bundesweiten Aktionstag „Richtig gute Ärzte werden“ mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden vor einem Jahr. Die Resonanz war enorm und hat gezeigt, dass die Meinungen der Studierenden bei der Gestaltung ihres Medizinstudiums nicht außen vor gelassen werden sollten. Zwar sind wir mit den Ergebnissen nicht vollends zufrieden, aber wer weiß, auf welche Resultate wir ohne unser Engagement blicken würden. (DA)



## Und sonst noch?

Immer auf der Suche nach Mitstreitern

Man mag es kaum glauben, aber die Univertreter des Hartmannbundes gibt es bereits seit den siebziger Jahren. Seitdem setzt sich der Hartmannbund für die Belange der Medizinstudierenden ein. Im Mittelpunkt der bundesweiten Arbeit steht der Ausschuss „Medizinstudierende im Hartmannbund“, in dem sich aktuell 72 Univertreter in ganz Deutschland engagieren.

Aktuell beschäftigt sich der Ausschuss mit den Themen Promotion und Prüfungsfragen. Haben auch Sie Lust, sich zu engagieren und von einem großen Netzwerk aus Studierenden und Ärzten zu profitieren? Dann schreiben Sie uns: [medizinstudium@hartmannbund.de](mailto:medizinstudium@hartmannbund.de).

Aktuell sind an sechs medizinischen Fakultäten keine HB-Univertreter vertreten: Düsseldorf, Erlangen, Halle, Oldenburg, Münster, Heidelberg. Aber auch die anderen Fakultäten freuen sich auf weitere Mitstreiter.



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](http://www.niederlassen-in-niedersachsen.de)



DELEGIERTENVERSAMMLUNGEN

In den kommenden Wochen und Monaten finden die Delegiertenversammlungen der Landesverbände des Hartmannbundes statt.

**LV Baden-Württemberg:** 6. Mai 2017 in Nürtingen. Gast: Manfred Lucha, Minister für Soziales und Integration B-W

**LV Bayern:** 13. Mai 2017 in Bamberg. Gast: Melanie Huml, Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Bayern

**LV Berlin:** 1. April 2017 in Berlin

**LV Brandenburg:** 3. Mai 2017 in Potsdam

**LV Bremen:** 3. Mai 2017 in der KV Bremen

**LV Hamburg:** 7. Juni 2017. Als Gast konnte Prof. Dr. Kai Zacharowski gewonnen werden. Dieser wird einen Vortrag zum Thema „Patient Blood Management – Ein Muss für unsere Patienten!“ halten.

**LV Hessen:** 22. April 2017 in Frankfurt

**LV Mecklenburg-Vorpommern und LV Schleswig-Holstein:** 10. Juni 2017 in Schwerin. Gast: Nobelpreisträger Prof. Dr. Harald zur Hausen. Übergreifendes Thema der Veranstaltung: Prävention

**LV Niedersachsen:** 10. Juni 2017, Hannover

**LV Nordrhein:** 24. Juni 2017 in Düsseldorf

**LV Rheinland-Pfalz:** 29. April 2017 in Mainz

**LV Saarland:** 8. April 2017 in Kirkel

**LV Sachsen/LV Sachsen-Anhalt und LV Thüringen:** 12.-13. Mai 2017 in Jena, Thema öffentlicher Teil: „Gesundheitsversorgung 2030 – Wege zu einer intelligenten Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“

**LV Westfalen-Lippe:** 13. Mai 2017 in Münster. Podiumsdiskussion: „Ökonomische Zwänge in der stationären Versorgung“. Unter anderem mit dabei: Dr. Christof Veit, Institutsleiter IQTIG

Alle Hartmannbund-Mitglieder sind herzlich eingeladen, an den Delegiertenversammlungen ihrer Landesverbände teilzunehmen. Weitere Informationen finden Sie auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de).



Trafen während der Messe zusammen (v.l.n.r.): Dr. Norbert Metke (Vorsitzender Vorstand KVBW), Dr. Friedrich Gagsteiger (Vorstand HB LV B-W), Wolfgang Bachmann (Vorstand Gesundheitsnetz Süd), Dr. Michael Lang (Nervenfachärztliche Gemeinschaftspraxis Ulm), Klaus Rinkel (Vorsitz HB LV B-W), Andreas Vogt (Leiter TK B-W), Jochen Haußmann (MdL B-W), Prof. Dr. Marco Halber (SRH Fernhochschule Riedlingen)

## Der Hartmannbund auf der Messe Medizin in Stuttgart

Der Hartmannbund war auch in diesem Jahr auf der Messe Medizin in Stuttgart vertreten. Vom 27. bis zum 29. Januar lud der Landesverband Baden-Württemberg zu interessanten Aktionen ein. In Kooperation mit der Notfallinitiative der Universität Heidelberg und der Firma Ambu konnten die Besucher mit Hilfe von Reanimationspuppen das Einmaleins der Wiederbelebung erlernen. Medizinstudierende konnten kostenfrei an den Hartmannbund-Seminaren aus der Reihe „Karriere in Weiß“ teilnehmen. Großer Nachfrage erfreute sich auch der Workshop für Ärztinnen und Ärzte zur Thematik Digitalisierung. Die Referenten griffen hierbei die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheitsversorgung

in Baden-Württemberg auf. Im Mittelpunkt der Diskussion stand unter anderem die Frage, ob diese zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führe.

Einig waren sich die Teilnehmer darin, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen ein enormes Potential in sich birgt. Es könne zu Kosteneinsparungen führen und neue Therapieansätze ermöglichen. Allerdings werde das enorme Wachstumspotential des digitalen Gesundheitsmarktes hierzulande nicht ausgeschöpft, was auch an der fehlenden rechtlichen Sicherheit von innovativen Unternehmen liege. Hier müsse die Politik in Deutschland schnell nachbessern, um nicht den Anschluss an führende Nationen zu verpassen. (SB)

## DRK-Ehrenzeichen verliehen

Dem früheren Bundesvorsitzenden des Hartmannbundes Dr. Hans-Jürgen Thomas wurde zum Ende seiner aktiven ehrenamtlichen Mitarbeit im Deutschen Roten Kreuz das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuz' verliehen. Der Vizepräsident des Landesverbandes Westfalen-Lippe Heinz-Wilhelm Uphoff überbrachte den Orden zur letzten von Dr. Thomas als Vorsitzender geleiteten Kreisversammlung. Laudator Uphoff begründete die Ehrung unter anderem mit der 45-jährigen erfolgreichen Vorstandstätigkeit. Nach dem Eintritt in das DRK 1972 als Rotkreuzarzt gehörte Dr. Thomas dem Vorstand des Ortsvereins Erwitte-Anröchte an und wurde 1992 zum Vorsitzenden gewählt. Nach der Insolvenz des damaligen Kreisverbandes Lippstadt 2006 ergriff Dr. Thomas gemeinsam mit den Vorsitzenden der anderen Ortsvereine die Initiative zur Gründung des Kreisverbandes Lippstadt-Hellweg e. V. und wurde zum

ersten Vorsitzenden gewählt. Dr. Thomas hat die Geschicke des Ortsvereins und des Kreisverbandes maßgeblich mitgestaltet und das Ansehen des DRK positiv geprägt.



Dr. Hans-Jürgen Thomas (l.), Heinz-Wilhelm Uphoff

## Neu: Hartmannbund-Stipendium

### Gesucht werden besonders engagierte Medizinstudierende

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes hat – ganz aktuell – ein Stipendium in Höhe von monatlich 250 Euro (für die Dauer eines Jahres) ausgeschrieben. Das Stipendium wird an zwei Medizinstudierende (m/w) vergeben. Bewerbungsschluss in diesem Jahr ist der 30. Juni 2017.

Seit vielen Jahren unterstützt die Friedrich-Thieding-Stiftung die Förderung von Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung. Aus diesem Grund wird ab diesem Jahr jährlich ein Stipendium für Studierende der Humanmedizin mit besonders guten Leistungen und einem nachweisbar berufspolitischen- oder sozialpolitischen Engagement in der Studienausbildung ausgeschrieben. Das Stipendium wird in jedem Jahr an zwei Medizinstudierende vergeben – jeweils eine Frau und einen Mann.

Das Stipendium umfasst eine monatliche Zahlung von 250 Euro für ein Jahr (12 Monate). Beginn der Förderung ist jeweils der November des Jahres nach der feierlichen Stipendienvergabe. Die Bewerber, die sich aktuell im Medizinstudium befinden müssen, sollten sehr gute Studienleistungen vorweisen können sowie ein aktuelles berufs- oder sozialpolitisches Engagement während des Studiums.

Verpflichtungen der Stipendiaten sind die Teilnahme an der Berufspolitischen Seminarreihe der Friedrich-Thieding-Stiftung



in Berlin sowie ein aktueller Bericht über berufspolitisches- oder sozialpolitisches Engagement in Publikationen des Hartmannbundes.

**Für die Bewerbung reichen Sie bitte ein:** schriftlicher formloser Antrag (Motivationsschreiben), Kopien von Studienzeugnissen, Bescheinigungen/Empfehlungen, die Leistungen belegen, Nachweis über berufspolitisches- oder sozialpolitisches Engagement, aktuelle Studienbescheinigung. Ihre Bewerbung richten Sie an:

Den Vorsitzenden der Friedrich-Thieding-Stiftung, Klaus Rinkel, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, oder per E-Mail an [johanna.heinrichs@hartmannbund.de](mailto:johanna.heinrichs@hartmannbund.de).

Einsendeschluss ist der 30. Juni 2017. Weitere Informationen zu den Voraussetzungen und zum Bewerbungsverfahren erhalten Sie im Referat Stiftungen und Seminare telefonisch unter 030 206 208-53. Die Friedrich-Thieding-Stiftung wird bei der Vergabe des Stipendiums von der Bank Alpinum (Lichtenstein) unterstützt.

## HB-Akademie: Vielfältige Seminare für Mitglieder

Seit vielen Jahren bietet der Hartmannbund unter dem Dach der Hartmannbund-Akademie Seminare für Ärzte und Medizinstudierende an. Die Auswahl ist sehr vielfältig. Die Seminare finden bundesweit statt.

Seit einiger Zeit mit im Programm ist die Seminarreihe „Ab morgen Arzt“. In dieser werden Studierenden am Ende ihres Medizinstudiums sowie Assistenzärzten, die sich am Anfang ihrer ärztlichen Tätigkeit befinden, Grundlagen zum Berufsstart vermittelt. Sichern Sie sich Wissen, dass in keinem Lehrplan steht. Und Informationen, die jede Ärztin/jeder Arzt haben sollte. Referenten aus Medizin und Wirtschaft stehen

Ihnen im Rahmen des Seminars zur Verfügung. Lernen Sie Fallen und Stolpersteine beim Abschluss eines Arbeitsvertrages kennen – auch mit Blick auf die Weiterbildung. Leitende Ärzte berichten, worauf es bei einer Bewerbung ankommt und welche Chancen sich in einem Krankenhaus bieten.

Ebenfalls auf großes Interesse stößt die Seminarreihe „Seit gestern Arzt – Überlebenstipps fürs Krankenhaus“, die sich an alle jungen angestellten Ärztinnen und Ärzte richtet, die ihre Rechte und auch Pflichten kennenlernen und gestärkt allen Herausforderungen des Berufsalltags begegnen möchten. Der erste Seminarteil widmet sich dem Thema Arzthaftung mit

Beispielen aus dem Klinikalltag. Dieser Vortrag wird von einem Rechtsanwalt (Fachanwalt für Medizinrecht und approbiertem Arzt) gehalten. Der zweite Teil gestaltet sich als „Get-Together“ und wird von einem Assistenzarzt moderiert, der aus eigener Erfahrung über die Stolpersteine berichtet sowie über Aktuelles aus dem Ausschuss „Assistenzärzte im Hartmannbund“.

Weitere spannende Seminarthemen: zwischen Arzt und Patient, Antikorruptionsgesetz, Kommunikation Zeitmanagement etc. – und nicht zu vergessen die Berufspolitische Seminarreihe der Friedrich-Thieding-Stiftung. Mehr Informationen auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de).

## Berufsunfähigkeitsschutz mit FamilyPlus Mehr Freiheit bei der Lebensplanung



Der Autor: Karl-Heinz Silbernagel  
Deutsche Ärzteversicherung  
Kontakt für weitere Informationen: 0221 148 22700,  
Mail: service@aerzteversicherung.de

**Einhaltung der Arbeitszeiten, Teilzeit-Modelle, die Vereinbarkeit von Karriere, Familie und Kindern – besonders die jüngere Ärztegengeneration fordert stärker eine ausgewogene Balance zwischen Arbeit und Privatleben. Die Deutsche Ärzteversicherung hat hierfür eine besondere Leistung entwickelt: FamilyPlus.**

Die junge Ärztegengeneration, die Generation Y, also die nach 1980 Geborenen, hat sehr konkrete Vorstellungen davon, wie ihr Berufsleben aussehen soll: Teamarbeit und Flexibilität bei der Arbeitszeit sind neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wichtige Aspekte für die Berufszufriedenheit. Kurz gesagt: Die jungen Ärzte und Ärztinnen wollen eine gute „Work-Life-Balance“. Dieser Wertewandel setzt ein Umdenken in Gang – in den Kliniken wie auch in den Arztpraxen. Flexiblere Arbeitszeitmodelle wie Teilzeitarbeit, planbare Arbeitszeiteinsätze, soziale Services wie zum Beispiel Kitas und damit ein Mehr an Familienfreundlichkeit stehen in der Rangordnung der Wünsche oft über Karriere und Geld.

Auch die Deutsche Ärzteversicherung (DÄV) trägt ihren Teil zu einer besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie bei. „Als führender Standesversicherer der akademischen Heilberufe haben wir eine exklusive Leistung entwickelt, die im Rahmen des Be-

rufsunfähigkeitsschutzes die Eltern finanziell entlastet. Wir nennen es FamilyPlus und übernehmen während der Elterngeldzeit für bis zu sechs Monate den Beitrag der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung“, so Nina Henschel, verantwortlich für die Produktentwicklung im DÄV-Vorstand. FamilyPlus verbindet die Sicherheit eines umfassenden Berufsunfähigkeitsschutzes samt Altersvorsorge mit mehr finanzieller Freiheit während der Inanspruchnahme der Elterngeldzeit. Selbstverständlich können nicht nur Mütter, sondern auch Väter FamilyPlus beantragen. Vorausgesetzt, sie haben einen eigenen Vertrag bei der DÄV. Bereits nach einem Jahr Vertragsdauer übernimmt die DÄV die Versicherungsbeiträge während der Elterngeldzeit. Die Beiträge sinken für bis zu sechs Monate auf 0 Euro

– bei voller Leistung im Versicherungsfall. Das gibt jungen Familien nötige Sicherheit und einen größeren finanziellen Spielraum. Genau zu dem Zeitpunkt, wenn das Haus-

haltseinkommen in der Regel sinkt und die Ausgaben steigen. Ein Beispiel: Eine 30-jährige Ärztin schließt einen Vertrag mit Altersvorsorge und Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) mit einem Renteneintrittsalter von 67 Jahren ab. Der Betrag teilt sich auf in 93 Euro für die Altersrente und 107 Euro für eine BUZ mit 2.000 Euro monatlich garantierter BU-Rente. Im Alter von 32 Jahren bekommt die Ärztin ein Kind und bezieht sechs Monate Elterngeld. In dieser Zeit übernimmt die DÄV ihre Beiträge für den Berufsunfähigkeitsschutz. So spart die Ärztin insgesamt 642 Euro.



**Auf einen Blick:** Beitragsübernahme für bis zu sechs Monate während des Elterngeldbezugs bei vollem Versicherungsschutz; gültig für beide Elternteile, wenn sie einen eigenen Vertrag haben, der seit mindestens einem Jahr besteht; kann für jedes Kind genutzt werden; seit 2017 fester Bestandteil jeder Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Altersvorsorge der DÄV.

Monatsbeitrag gesamt: 200 €

107 € Anteil BUZ

93 € Anteil Altersvorsorge

6 Monate beitragsfrei = 642 €  
Mit jedem Kind gespart!

## Hotellerie made in Germany Die Deutsche Hospitality begeistert weltweit



**Seit fast 87 Jahren steht die Steigenberger Hotels AG für europäische Spitzenhotellerie, für Gastlichkeit und erstklassigen Service. Unter der Dachmarke „Deutsche Hospitality“ stehen den Gästen nicht nur die Steigenberger Hotels and Resorts zur Verfügung, sondern auch IntercityHotel und Jaz in the City.**

Damit bieten die Häuser der Deutschen Hospitality durch ihre Vielfältigkeit vielleicht genau das, was Sie suchen – auch über die Grenzen Deutschlands hinaus.

So begrüßen wir Sie gerne in unseren Hotels in der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Spanien, Belgien, Ägypten, in der Türkei, Dubai oder im Oman. Sollte es Sie beruflich ins Reich der Mitte ziehen, freuen wir uns sehr, Sie im Hotel Maximilian (managed by Steigenberger) in Peking oder in unserem IntercityHotel Qingdao willkommen zu heißen.

Die insgesamt 41 IntercityHotels sind direkt an den Verkehrsknotenpunkten ICE-Bahnhof und Flughafen gelegen. IntercityHotels bieten eine zentrale Lage, optimale Verkehrsanbindungen und eine moderne Business-Ausstattung zu moderaten Preisen. Bereits im Zimmerpreis enthalten ist

das „FreeCityTicket“, das zur kostenlosen Nutzung des Nahverkehrs berechtigt.

Die Steigenberger Hotels and Resorts mit insgesamt 58 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. Im Frühjahr 2017 eröffnet das zweite Hotel der Marke in Stuttgart.

### In vier Schritten online buchen

Als Mitglied des Hartmannbundes haben Sie den Vorteil, dass Sie auf die Deutsche Hospitality Verbandsrate zugreifen und somit in nahezu allen unseren Häusern Zimmer zu Vorteilspreisen buchen können. Dies

ist auch ganz einfach und bequem in nur vier Schritten über die Webseiten der Hotelmarken möglich:

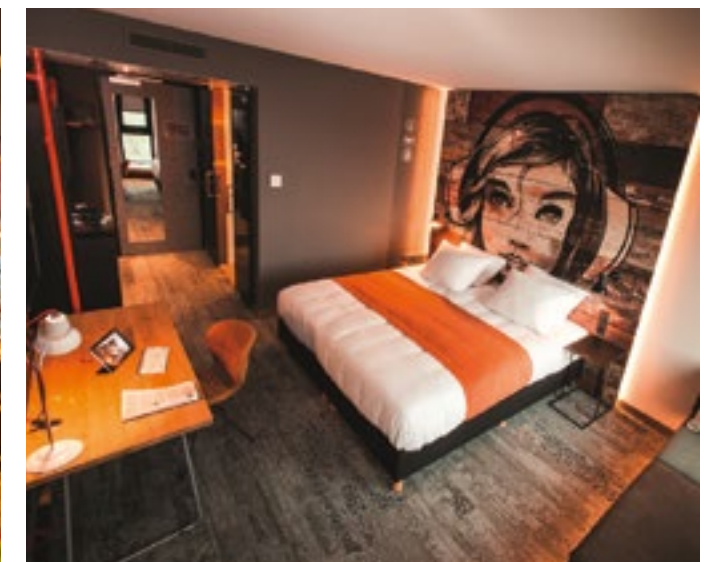
**Schritt 1:** Melden Sie sich im Mitgliederbereich auf der Homepage des Hartmannbundes unter [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de) an und rufen Sie die Deutsche Hospitality Sonderpreise auf. Gehen Sie auf den Deutsche Hospitality Buchungscode und Sie gelangen direkt zur Buchungsmaske der Deutschen Hospitality.

**Schritt 2:** Nun sind Sie gefragt – wann soll es wo hingehen? Geben Sie Ihre Wunschdestination und das Reisedatum sowie den „Promotioncode“ CINV55 ein.

**Schritt 3:** Anschließend bekommen Sie alle Steigenberger Hotels and Resorts, IntercityHotels und Jaz Hotels in dieser Destination vorgeschlagen. Die Wahl, ob es das IntercityHotel 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, Sie in einem unserer Steigenberger Hotels and Resorts, IntercityHotels oder in unserem Jaz in Amsterdam und bald auch Stuttgart begrüßen zu dürfen.



Blick in den Restaurantbereich des IntercityHotels in Braunschweig (links im Bild) und das Jaz Amsterdam (rechts), das als erstes Hotel der Marke Jaz in the City eröffnet hat. Im Frühjahr folgt bereits das zweite Hotel der Marke in Stuttgart.

## Praxiskauf in der Praxis

# Berücksichtigung der Vertragsarztzulassung umstritten



Der Autor Klaus Günter Regener (Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

Kontakt: ETL ADVISA FBS Dortmund  
www.advisa-dortmund.de  
E-Mail: [advisa-dortmund@etl.de](mailto:advisa-dortmund@etl.de)  
Telefon: 0231 97055

**Mediziner, die sich nach Studium und Facharztausbildung niederlassen möchten, stehen vor der Frage, ob sie ihre Praxis selbst aufbauen wollen oder lieber in die Fußstapfen eines ausscheidenden Kollegen treten möchten.**

Meist ist dabei der Kauf einer Praxis die erste Wahl, da man hier bereits feste Strukturen übernimmt. Denn die Praxisorganisation in technischer und bürokratischer Hinsicht will gelernt sein. Dies hat natürlich seinen Preis. Der ausscheidende Arzt hat nichts zu verschenken und wird daher einen Kaufpreis verlangen, der über den materiell sichtbaren Praxisgegenständen liegt, schon allein, um sich seine Aufbauleistung honorieren zu lassen. Dabei sind insbesondere der Patientenstamm, der Ruf und die Lage der Praxis sowie die Praxisorganisation als Ganzes von Bedeutung.

Rechnerisch ergibt sich dies aus dem gezahlten Kaufpreis abzüglich aller materiellen Verkehrswerte für Empfangstresen und Mobiliar, technische Praxiseinrichtung etc. Der Praxiswert kann bei einer Einzelpraxis in den ersten drei bis fünf Jahren abgeschrieben werden, bei einer Berufsaus-

übungsgemeinschaft in den ersten sechs bis zehn Jahren. Möglich ist dies, weil unterstellt wird, dass sich ein erworbener Praxiswert im Laufe der Zeit verflüchtigt.

### Vertragsarztzulassung beachten

In der Regel ist die Vertragsarztzulassung untrennbarer Bestandteil des immateriellen Praxiswertes und wird mit diesem abgeschrieben. Doch im Ausnahmefall kann die Vertragsarztzulassung auch ein selbständig zu bewertendes immaterielles Wirtschaftsgut sein. Hier ist allerdings derzeit noch nicht höchstrichterlich geklärt, ob es sich ebenfalls um ein abnutzbares und damit abschreibbares Wirtschaftsgut handelt oder eher um ein Wirtschaftsgut, das keiner Abnutzung unterliegt, weil der Wert in der Regel nicht sinkt – im Ergebnis also vergleichbar mit dem Grund und Boden.

Brisant ist dies insbesondere dann, wenn im Praxiskaufvertrag für die Kassenzulassung ein gesonderter Kaufpreis vereinbart ist oder wenn die Praxis offensichtlich ausschließlich wegen der Kassenzulassung erworben wurde. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Nachfolger eine Praxis erwirbt, ohne diese Praxis dann tatsächlich zu übernehmen bzw. fortzuführen und die vertraglichen Vereinbarungen darauf schließen lassen, dass es vordergründig um den Erwerb der Kassenzulassung geht.

### Rechtslage ist noch ungewiss

Eine nicht unerhebliche eigene wirtschaftliche Bedeutung kommt dem Erwerb der Vertragsarztzulassung beispielsweise zu, wenn ein Vertragsarztsitz verlegt werden soll oder es beabsichtigt ist, den Erwerber als weiteren Gesellschafter in eine bestehende freiberufliche Personengesellschaft aufzunehmen. In diesen Fällen kann es passieren, dass das Finanzamt den Standpunkt einnimmt, die Kassenzulassung ist nicht abzuschreiben, sondern erst bei der viel späteren Praxisveräußerung durch den Praxiserwerber selbst vom Veräußerungspreis abzuziehen. Denn die Rechtslage hierzu ist derzeit noch ungewiss, wie die unterschiedlichen Entscheidungen der Finanzgerichte (FG) in Bremen

und in Nürnberg zeigen. Das FG Nürnberg kam beispielsweise zu dem Schluss, dass die Vertragsarztzulassung ein abnutzbares Wirtschaftsgut ist, da der Zulassungsausschuss den Nachfolger ausgewählt hat und der aufgebende Arzt den Vertragsarztsitz gar nicht direkt auf den Erwerber übertragen kann. Das FG Bremen entschied hingegen, dass die Vertragsarztzulassung nicht abschreibbar ist. Denn ein Erwerber könne bei der Aufgabe seines Vertragsarztsitzes die Zulassung in der Regel zu einem höheren Preis separat verkaufen.

### Verfahren offenhalten

Seit 1. Januar 2013 gibt es hierbei jedoch eine Einschränkung. Denn der Zulassungsausschuss kann die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn die Praxis nicht an einen Ehe-/Lebenspartner, ein Kind oder einen bisher angestellten Arzt oder Mitgesellschafter des Vertragsarztes übergeben werden soll oder der Erwerber nicht bereit ist, die Praxis in ein unterversorgtes Gebiet zu verlegen. Wird eine Praxis aber nicht nachbesetzt, hätte auch die Zulassung bei der Praxisaufgabe keinen Wert mehr. Insoweit könnte dies eher dafür sprechen, dass die Zulassung sehr wohl abnutzbar und damit auch abschreibbar ist.

Da die Rechtslage derzeit noch nicht abschließend geklärt ist, sollte Einspruch eingelegt und Ruhen des Verfahrens beantragt werden, wenn ein erworbener Praxiswert als nicht abschreibbares immaterielles Wirtschaftsgut eingestuft wird. Wir helfen Ihnen dabei gern.

**Weitere Informationen zum Thema erhalten Sie auch von Ihrem Hartmannbund. Dieser berät Sie individuell zu berufsbezogenen, rechtlichen und auch steuerrechtlichen Fragen. Die Rechtsabteilung des Hartmannbundes erreichen Sie telefonisch unter 030 206 208-58 oder über die Mailadresse [hb-info@hartmannbund.de](mailto:hb-info@hartmannbund.de).**

**Bei steuerrechtlichen Fragen können Sie telefonisch die Nummer 030 206 208-46 wählen. Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de).**

**ETL | ADVISION**  
Steuerberatung im Gesundheitswesen

## praktischArzt ist seit 2014 Kooperationspartner

# Die Suchmaschine für ärztliche Positionen

**praktischArzt**

**Das medizinische Karriereportal für Ärzte und Medizinstudierende praktischArzt ist seit dem Jahr 2014 Partner des Hartmannbundes. Durch ein umfassendes Stellenangebot und reichweitenstarke Möglichkeiten für die Stellenplatzierung von Arztpraxen und Kliniken etablierte sich praktischArzt in den vergangenen Jahren als eine erste Anlaufstelle für Mediziner im Bereich der Jobsuche.**

„Das Google für Ärztstellen“ macht es arbeitssuchenden Mediziner einfach: Auf praktischArzt finden arbeitssuchende Mediziner Stellen, die direkt auf praktischArzt platziert wurden, als auch interessante Stellen von weiteren Stellenbörsen. Dadurch müssen arbeitssuchende Mediziner nicht mehr mühsam mehrere Stellenbörsen besuchen, um ihre passende Stelle zu finden, sondern können dies in einem gewohnten Umfeld auf nur einem einzigen Portal erledigen.

„praktischArzt kann man sich wie das Google für Ärztstellen vorstellen“, erklärt Timo Krasko, einer der Gründer von praktischArzt, da Google ebenfalls eine große Zahl von Internetseiten nach passenden Treffern durchsucht. Viele Mediziner nutzen praktischArzt daher als erste Anlaufstelle für ihre Stellensuche oder um sich über ihre Karrieremöglichkeiten zu informieren.



**Große Reichweite für Stellen- und Praxisangebote:** Ganz im Gegensatz zu klassischen Stellenbörsen, die wie ein Anzeigenblatt inserierte Stellen lediglich auf ihrem Medium platzieren, greift praktischArzt auf ein großes Partnernetzwerk zurück. So wird ermöglicht, dass direkt bei praktischArzt platzierte Stellen auf zahlreichen weiteren Kanälen wie dem Hartmannbund, führen den Stellenbörsen oder den sozialen Netzwerken parallel veröffentlicht werden.

Über diesen Weg erreicht das platzierte Praxisangebot oder die ausgeschriebene Facharztstelle auch die Mediziner, die nicht auf praktischArzt gesucht haben, sondern beispielsweise gerade auf der Stellenbörse Indeed, der Homepage des Hartmannbunds oder in Facebook unterwegs waren.

**Die Angebote von praktischArzt erreichen Sie über [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de) unter Netzwerke/Stellenbörse oder direkt unter [www.praktischarzt.de](http://www.praktischarzt.de).**

## CarFleet24 – es wird Zeit für ein neues Auto

Sie haben bereits konkrete Vorstellungen von Ihrem Neuwagen, aber noch kein passendes Modell gefunden? Die markenunabhängigen Verkaufsberater von CarFleet24 finden mit Ihnen gemeinsam anhand Ihrer konkreten Vorstellungen heraus, welcher Neuwagen am besten zu Ihnen passt und wie Sie beim Autokauf sowie von einer günstigen Finanzierung oder Leasing profitieren können.

Über die Internetseite [www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de) können Sie rund um die Uhr auf die Top-Angebote von allen gängigen Marken zugreifen. Dabei handelt es sich ausschließlich um Fahrzeuge, die für den deutschen



Markt vorgesehen sind und von zertifizierten Markenhändlern verkauft werden. Das bedeutet für Sie: Bei CarFleet24 bekommen Sie keine EU-Importe, sondern ausschließlich Autos mit kompletter Serienausstattung, wie vom Hersteller angegeben und mit voller europaweiter Werksgarantie! Das ist Autokauf, so wie er sein soll: günstig, übersichtlich und ohne Risiko. Dank eines intuitiven Fahrzeug-Konfigurators kommen Sie mit wenigen Klicks zum

gewünschten Modell von allen Herstellern. Von A bis Abarth bis V wie Volvo ist alles mit dabei – und das zu unschlagbaren Preisen. Verhandeln Sie nicht lange, sondern profitieren Sie von vorteilhaften Rabatten für Neuwagen. Die jeweiligen Modelle sowie die aktuellen Rabattwerte finden Sie im Internet auf [www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de).

**Kontakt: CarFleet24, [www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de), Passwort: hartmannbund, Telefon: 01805 717107\*, Fax: 01805 – 717108\*, E-Mail: [kundenbetreuung@carfleet24.de](mailto:kundenbetreuung@carfleet24.de), \*[0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]**

# Ansprechpartner für Mitglieder

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

**Ärztliche Niederlassung und Kooperationen**

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

**Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand**

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

**Ärztliche Weiterbildung**

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

**Ausbildung/Medizinstudium**

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-11

**Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten**

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

**Berufsbezogene Rechtsberatung**

Reinhard H. Liedgens / 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**

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

**GKV-Vertragsrecht**

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

**Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)**

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31



© burak cakmak - fotolia.com

**Praxisbewertung und Praxisanalyse**

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

**Rechtsberatung Krankenhaus**

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

**Rechtsberatung Niederlassung**

Reinhard H. Liedgens / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

**Regionalreferat Nord**

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

Patrik Benzler

Tel.: 030 206208-56

**Regionalreferat Ost**

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-65

**Regionalreferat West**

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Ruth Hüttermann

Tel.: 030 206208-56

**Regionalreferat Süd**

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

Sebastian Bauknecht

Tel.: 030 206208-65

# Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos\*

**PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR**

**Ertragreiche Privatpraxis in Düsseldorf abzugeben**

Exklusive, ertragreiche Privateinzelpraxis für Orthopädie in Düsseldorf, Spitzenlage aus Altersgründen abzugeben. Ambulante und stationäre Operationen, chiro- und physikalische Therapie, Osteoporoseschwerpunkt, internationaler Patientenstamm. Bei Interesse bitte melden unter Chiffre 078004.

**Hausärztlich-internistische Praxis sucht Nachfolger/in**

Hausärztlich-internistische Praxis in Stadtrandgebiet von 73037 Göppingen mit guter Anbindung an den ÖPNV abzugeben; Abgabezeitraum offen, geplant im zweiten Halbjahr 2017; ausreichende Parkplätze vorhanden. Kontakt unter Chiffre 201247.

**Interesse an alteingesessener Hausarztpraxis?**

Alteingesessene Hausarztpraxis im Ortskern Steinbergkirche/Flensburger Außenhöfe abzugeben. Ansprechende Lage der Praxis im Grünen, kein Durchgangsverkehr, sehr gute Parkmöglichkeiten direkt vor dem Geschäftsgebäude, gute Anbindung an öffentlichen Verkehr, Einkaufsmöglichkeiten, Verwaltung, Schule/Sportplatz, Kindergarten sowie Altenwohnanlagen. Ausbaufähiger Patientenstamm, da aus gesundheitlichen Gründen nur eingeschränkt Sprechzeiten angeboten worden sind, guter Privatpatientenstamm. Abgabetermin: 1.8.2017, Respektive: 2.1.2018. Es ist der Erwerb des Hausarztsitzes inklusive des Geschäftsgebäudes möglich. Vorstellbar wäre auch eine alleinige Abgabe des Hausarztsitzes. Kontakt unter Chiffre 082491.

**Hausärztlich-internistische Praxis abzugeben**

Erfolgreiche konservativ-orthopädische Praxis im Raum Kassel mit angeschlossenem Rückentherapiezentrum abzugeben. Nach über 25-jähriger intensiver und sehr engagierter Tätigkeit an diesem Standort möchte ich gerne das Wohl meiner geschätzten Patienten und loyalen Mitarbeiter in die verantwortungsvollen Hände eines/r jüngeren Kollegen/in übergeben, der/die anschließend an meiner Stelle die Praxis und somit „mein Lebenswerk“ weiterführen möchte. Ich würde mich ganz besonders freuen, wenn diese/r Kollegin/e den Wert meiner jahrelangen Bemühungen im Bereich der konservativen und präventiven Orthopädie wertschätzen und diesen Weg weiterführen würde. Die Praxis verfügt über eine kassenärztliche Zulassung für Orthopädie. Neben der orthopädischen Grundversorgung werden momentan folgende Leistungen angeboten: Akupunktur, Allgemeine Röntgendiagnostik, Chirotherapie, Medizinische Rehabilitation, Physikalische Therapie, Psychosomatische Grundversorgung, Rheumatologie, Sonographie, Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin. Besonders hervorzuheben ist das an die Praxis angebundene orthopädische Präventionszentrum (OPZ), in dem seit 1994 Patienten mit dem Behandlungsschwerpunkt Rückenschmerz im Rahmen der „FPZ Therapie“ erfolgreich behandelt werden. Die Anzahl dieser Patientengruppe wächst kontinuierlich und hat seit 2013 jeweils um fünf Prozent p.a. zugenommen. Das OPZ trägt nicht zuletzt maßgeblich zum durchweg sehr positiven betriebswirtschaftlichen Gesamterlös der Praxis bei.

Die gesamte Einrichtung ist in der Region allgemein bekannt und bei unserem treuen Patientenstamm besonders durch den freundlichen Service der qualifizierten Mitarbeiter (Praxis: fünf MA; OPZ: fünf MA) und die fachkundige Behandlung allseits beliebt und geschätzt. Beide Einrichtungen verfügen über eine zeitgemäße, integrierte Internet-Präsenz, welche über eine für die Region allgemein gültige Domain erreichbar ist. Diese Webseite ist zu allen relevanten Suchbegriffen in den organischen Suchmaschinenenergebnissen hervorragend positioniert. Die Übernahme kann zeitnah und nach Absprache absolut flexibel erfolgen. Anschließend ist eine langfristige Anmietung der gesamten Einrichtungsfläche (Praxis: 230 qm; OPZ: 180 qm) angedacht. Bei Interesse oder Rückfragen sprechen Sie mich bitte jederzeit sehr gerne unter [r-h-uhlig@t-online.de](mailto:r-h-uhlig@t-online.de) an.

**Allgemeinmediziner/in für Nachfolge gesucht**

Die Praxis befindet sich in 16761 Hennigsdorf bei Berlin. Gewünschte Übergabe aus Altersgründen zum 1. Juli 2017. Übernahme der Praxisräume ist nicht möglich (Privathaus), aber Unterstützung bei Raumbeschaffung wird zugesagt. Kontakt bitte über: [r.giermann@web.de](mailto:r.giermann@web.de).

**Inventar aus Allgemeinarztpraxis preisgünstig abzugeben**

Aus Allgemeinpraxis preisgünstig abzugeben: Ulmer NF-Koffer mit Inhalt und zwei L O2Flasche für 200 Euro; Akupunktur-Seirin-Suchstift für 75 Euro; OP-Standleuchte (schwenkbar) mit fahrbarem Fuß für kleine chirurgische Eingriffe für 60 Euro; fahrbares O2 Flaschengestell (10 L) mit Schmutzmantel (weiß) für 75 Euro; Arzttaschen-Notfall-EKG (Fukuda HM-100 A) einschließlich Abl.-Kabel für 125 Euro; modernes, kombiniertes Reizstrom- u. Ultraschall-Therapiegerät (Fa. Zimmer – Soleo Vaco S-Soleoline) zur Schmerzbehandlung, Muskelentspann./-stimulation; Nervenstimulat mit übersichtlichem Farbdisplay und Darstellung aller therapielev. Parameter sowie moderner Touch-Bedienung; fahrbares, neuwertiges Gerät incl. ausführl. Bedienungsheft (ehem. VK 8.200 Euro jetzt 2.450 Euro). Bei Interesse Kontakt über 06659 4210 (9-11 bzw. 13-15 Uhr) oder gerne auch per SMS an 01578 5556792; ich rufe zurück, schicke gern auch Bilder der angebotenen Geräte über Whats-App.

**STELLENANZEIGEN**

**Allgemeinmediziner/in gesucht**

Allgemeinmediziner (in) zur Anstellung in MVZ/Praxis im Raum Erlangen ab Juli 2017 gesucht. Diabetische Erfahrung sowie Sonographie-Kenntnisse bevorzugt. Familienfreundliche Arbeitszeiten werden geboten. Kontakt telefonisch unter 0172 8659946.

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](mailto:andrea.reich@hartmannbund.de). \*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

IMPRESSUM

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

**Redaktion:**  
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 123rf.com

**Titelfoto:** ©sonyaillustration/123rf.com

**Icons:** © venimo – Fotolia.com



# Kurz vor Schluss

## Ein Drittel der Klinikärztinnen arbeitet nicht in Vollzeit

33,8 Prozent der etwa 80.000 Ärztinnen, die im Jahr 2015 in Krankenhäusern ange-  
stellt waren, arbeiteten in Teilzeit oder waren geringfügig beschäftigt. Zehn Jahre  
zuvor lag ihr Anteil noch bei einem Viertel. Das entspricht einem Anstieg um mehr  
als acht Prozent. Die Zahlen hat das Statistische Bundesamt anlässlich des Welt-  
frauentages bekanntgegeben. Absolut betrachtet hat sich der Anteil der teilzeitbe-  
schäftigten Ärztinnen von 12.829 im Jahr 2005 auf 27.232 im Jahr 2015 sogar mehr  
als verdoppelt. 2005 arbeiteten lediglich 50.000 Ärztinnen in Krankenhäusern.

## Bundestag beschließt AMVSG

Ärzte erhalten künftig über ihre Praxissoftware Informationen über den Nutzen  
neuer Medikamente. Das sieht das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz  
(AMVSG) vor, dass der Bundestag kürzlich beschlossen hat. Damit sollen innova-  
tive Präparate schneller bei den Patienten ankommen. Das AMVSG sieht des Weiteren  
Anpassungen bei der Preisfindung neuer Medikamente, geänderte Vorgaben  
für Rabattverträge und die Herstellung und Ausgabe von Zytostatika sowie für die  
Entwicklung von Medikamenten speziell für Kinder vor.

## Wahltarife und Digitalisierung sollen Anreize schaffen

Das derzeitige Krankenversicherungssystem in Deutschland nehme den Kran-  
kenkassen Anreize, nach Wegen für die optimale Versorgung der Patienten und  
Kosteneinsparungen zu suchen. Das diagnostiziert die Monopolkommission in  
einem Sondergutachten und empfiehlt mehr Wettbewerb über Wahltarife und  
Selektivverträge. „Die Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der Kranken-  
versicherungssysteme ist Voraussetzung, um eine bessere Versorgung für die  
Versicherten zu gewährleisten und die Kosten zu senken“, so der Vorsitzende der  
Monopolkommission, Achim Wambach.



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

Anzeige

**Abfall-Entsorgung**

**UDO HEISIG GMBH**  
THE DISPOSABLES COMPANY

Hermann-Oberth-Str.17 | 85640 Putzbrunn | Tel.: +49 89 46 23 92-0  
info@heisig.de | [www.heisig.de](http://www.heisig.de)

Weil ausgezeichnete  
Leistungen überzeugen.

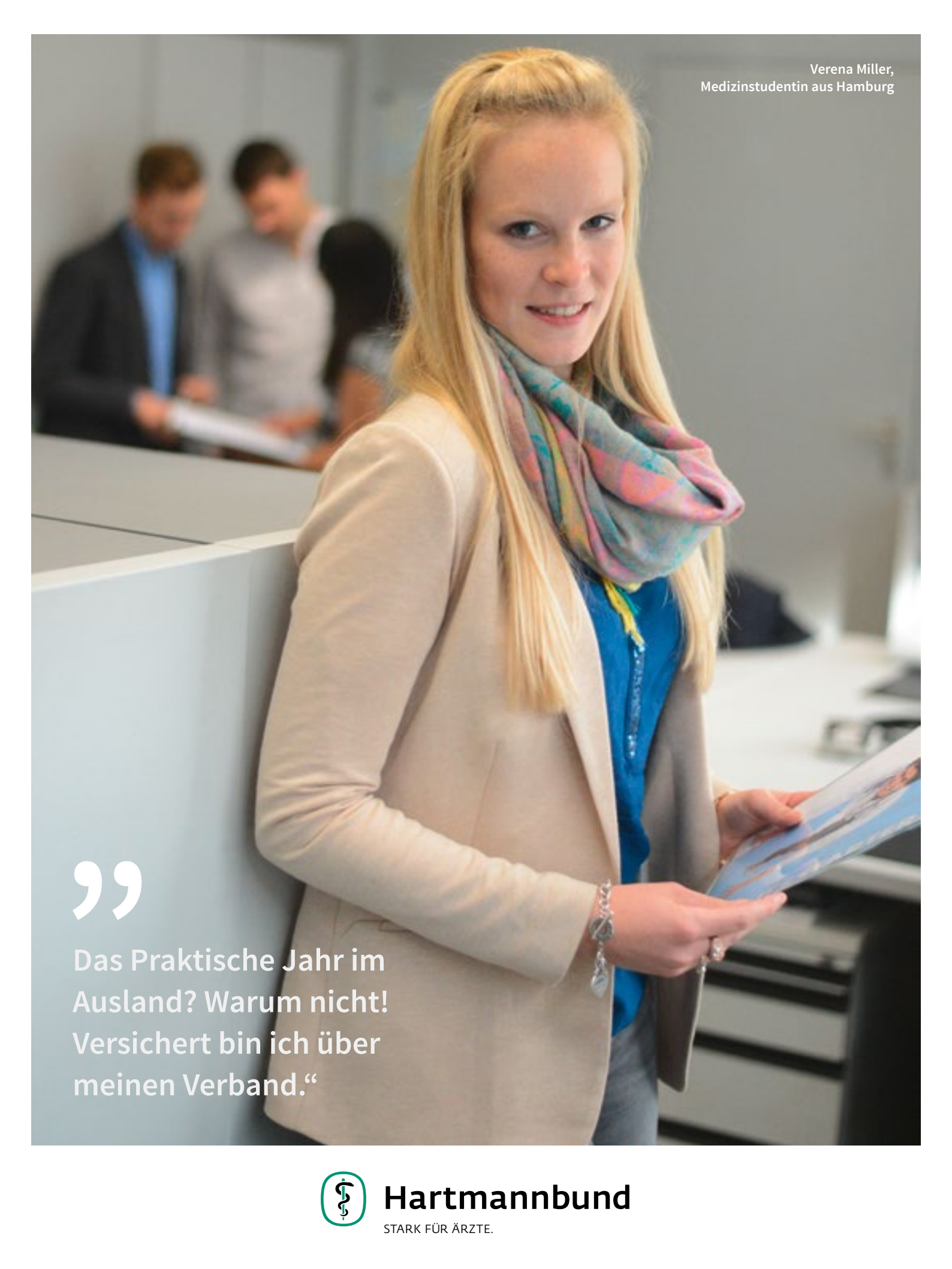
Unsere Vermögensverwaltung.

8x  
in Folge

Mehr unter [apobank.de/  
vermoegensverwaltung](http://apobank.de/vermoegensverwaltung)

Weil uns mehr verbindet.





Verena Miller,  
Medizinstudentin aus Hamburg

”

Das Praktische Jahr im  
Ausland? Warum nicht!  
Versichert bin ich über  
meinen Verband.“



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTE.