

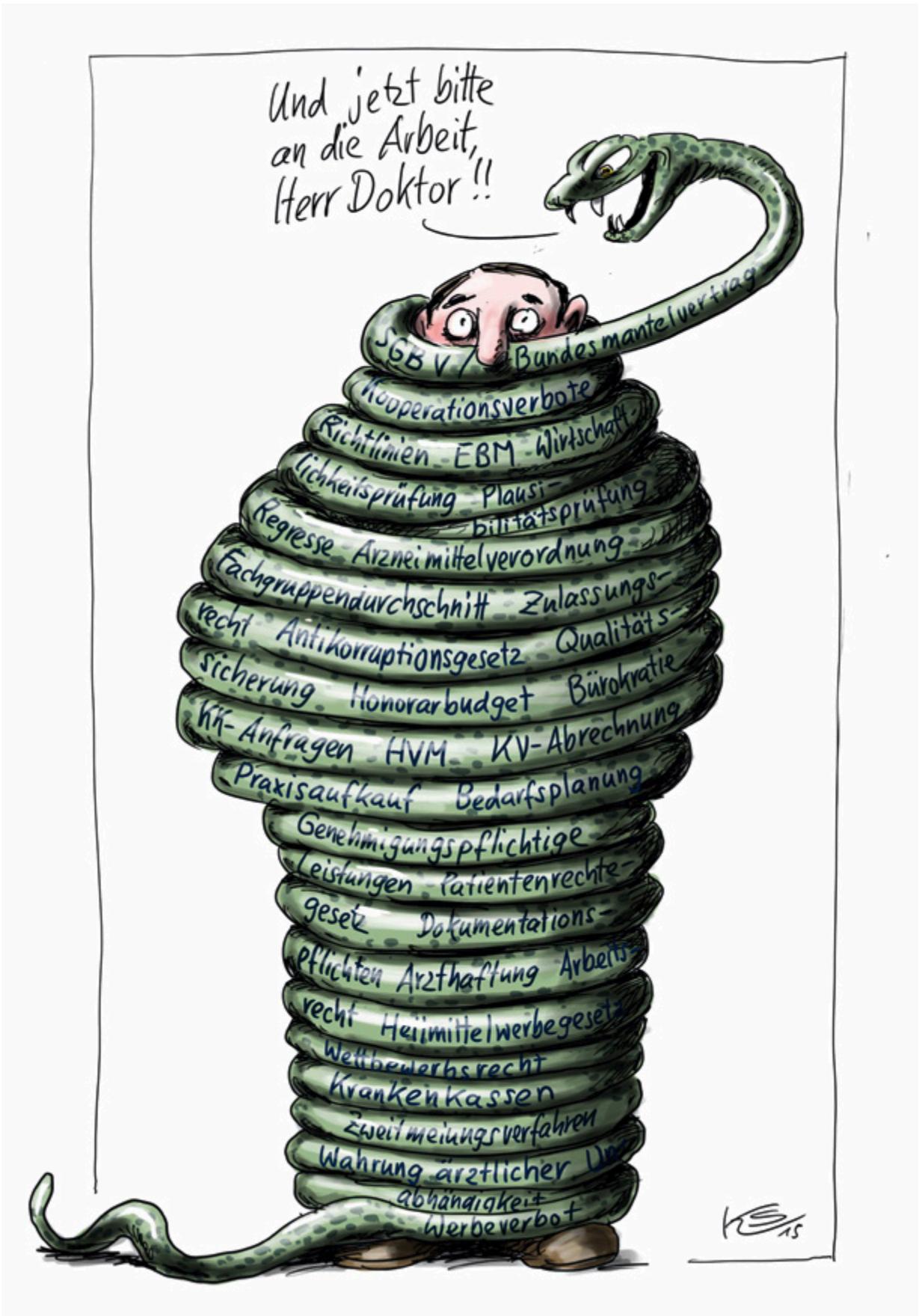
02/2015

 **Hartmannbund**
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



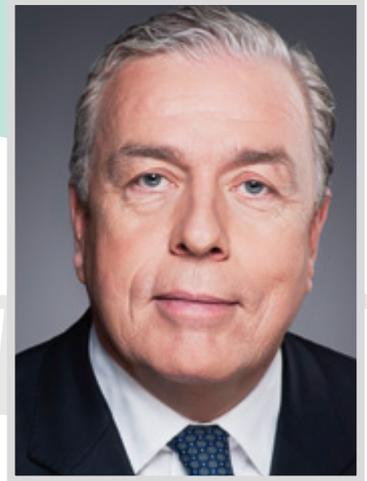
Rückblick auf die „Stunde Null“
25 Jahre gesamtdeutsches Gesundheitssystem



Hartmannbund

Stark für Ärzte.

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

es war mehr ein lapidar in den Raum geworfener Halbsatz als ein wirkliches Statement – aber gesagt ist gesagt! Ihm, so ließ ein Delegierter in der Auftaktdebatte des Deutschen Ärztetages in Frankfurt die versammelte Ärzteschaft wissen, wären die Begriffe Freiheit und Freiberuflichkeit in dem einen oder anderen Beitrag „zu sehr aufgeblasen“. Man täte besser daran, die Debatte etwas nüchterner zu führen. Das waren nur fünf Sekunden Deutscher Ärztetag, längst überrollt von Hunderten beschlossener Anträge, von Vorstandswahlen und Debatten über Ebola und ärztliche Kommunikation. Bei mir ist dennoch dieser eine Moment hängen geblieben. Natürlich muss die Ärzteschaft sich den Herausforderungen von ärztlicher Berufsausübung und Versorgung von Patienten nüchtern und sachlich widmen, aber doch auch weiterhin und unverzichtbar auf der Basis von Freiberuflichkeit und Freiheit!

Manche Werte werden uns leider erst richtig bewusst, wenn sie uns verloren gehen. Dies träfe insbesondere für eine der wesentlichsten Voraussetzungen unserer ärztlichen Berufsausübung, für die Freiberuflichkeit zu. Diese ist – ebenso wie die freie Arztwahl – auch für unsere Patienten ein unschätzbare Wert. Wir dürfen und werden unsere Augen nicht davor verschließen, dass die freiheitliche Ausübung des Arztberufes und auch die Souveränität der ärztlichen Selbstverwaltung immer stärker durch staatliche Reglementierungen bedroht sind. Deshalb werden wir uns alle weiterhin Tag für Tag dafür einsetzen müssen, dass die Politik Freiheit und Individualität wieder als Grundsätze unserer Berufsausübung anerkennt und wahrt. Dies gilt, und wer wüsste dies besser als der Hartmannbund, für jeden Arzt – ob stationär, ambulant oder in anderer Form tätig. Auch unter steigendem Kostendruck darf die Politik an diesem Fundament nicht rütteln. Der Hartmannbund hat auf dem Deutschen Ärztetag mit einer viel beachteten Karikatur (*siehe links*) auf diese Bedrohung aufmerksam gemacht. Über die enorme Resonanz haben wir uns sehr gefreut.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in meiner neuen Funktion als Mitglied des Bundesärztekammervorstandes werde ich mich dafür einsetzen, dass ärztliche Selbstverwaltung nicht nur reaktiv die regulierenden, stattdoch reglementierenden Sozialgesetzgebungsverfahren kritisiert, sondern in einer konzertierten Bemühung Lösungsvorschläge für zukunftsfähige Strukturen eines arztzentrierten Gesundheitswesens anbietet.

Wir müssen wieder aktive Gestalter im Gesundheitswesen werden.

Klaus Reinhardt

IHRE VORTEILE ALS HARTMANNBUND MITGLIED



Der persönliche Kontakt zählt:

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern zu allen rechtlichen Fragestellungen eine individuelle und kostenlose Beratung. Dieses Mal stellen wir die Beratungsangebote für alle in der Niederlassung tätigen Ärzte vor, in der nächsten Ausgabe für alle in Kliniken tätigen Ärzte.

Rechtsberatung Niederlassung

Vertragsarztrecht

Zulassung allgemein, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ, Anstellung, Fortbildung, Notdienst etc.

Berufsrecht

Kooperationsmöglichkeiten, Patientenunterlagen, Werbung, ärztliche Unabhängigkeit, Anstellungsvoraussetzungen, Schweigepflicht etc.

Arbeitsrecht

Befristung, Arbeitszeit, Mutterschutz/Elternzeit, Betriebsübergang, Kündigung, Weiterbildung, Tarif MFA, Zeugnis etc.

Prüfung von Verträgen

Gesellschaftsverträge, Mietverträge, Anstellungsverträge, Praxisübernahmeverträge etc.

Honorar- und Abrechnungsfragen

Vertrags- und Vergütungssysteme in der ambulanten Versorgung

Abrechnungs- und Honorarfragen (EBM, BEMA-Z, GOÄ, GOZ), Kollektivvertragliche Regelungen etc.

Abrechnungsprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung

KV-Regelwerke

Bundesmantelverträge, Qualitätssicherungsvereinbarungen, Richtlinien, Honorarverteilungsmaßstäbe, RLV, QZV, Prüfvereinbarungen

Betriebswirtschaftliche Beratung

Praxisabgabe und -übernahme

Rechtliche Rahmenbedingungen, Praxisbewertung, materieller/immaterieller Wert, Kassenarztsitz, bilanzielle Aspekte, Existenzgründung, Finanzierungsfragen, steuerliche Aspekte beim Praxisübergang etc.

Steuern

Umsatzsteuer, Gewerbesteuer, Betriebsausgaben, Freibeträge etc.

Versicherungen

Berufshaftpflicht, Berufsunfähigkeit, Inhalt, Praxisausfall, Rechtsschutz etc.

Vorsorge

Weitere Beratungsangebote

Rechtsberatung Krankenhaus

Ärztliche Weiterbildung

Medizinstudium

Auslandstätigkeit

Internationale Angelegenheiten

Kontakt

zu den Rechtsberatern:

030 206208-0

info@hartmannbund.de

www.hartmannbund.de



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Inhalt

6



© niyazz - fotolia.com

25 Jahre deutsch-deutsches Gesundheitssystem

Die Redaktion schaut zurück auf das Jahr 1990, in dem nicht nur zwei Gesundheitssysteme vereinigt werden mussten, sondern auch der Hartmannbund eine „Wiedervereinigung“ feierte.

10

Das Interview

Ehemaliger KBV-Chef
Rainer Hess im Gespräch

14 Politik

Der 118. Deutsche Ärztetag –
ein Rückblick aus HB-Sicht

17 Politik

Dr. Klaus Reinhardt in
BÄK-Vorstand gewählt



22

ASV in aller Munde

Ein Stein des Anstoßes

Verstoß gegen Arbeitszeitgesetz

Zwei Beispiele aus dem Alltag **24**

HB-Votingaktion

Arbeitszeiten an Kliniken **26**

28

Medizinstudierende

Univertreter trafen sich in Berlin
HB im Gespräch mit der KBV

HB-Intern

Delegiertenversammlungen **30**

32

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner **36**

Impressum **38**

18

Pro & Contra

Brauchen wir eine
bundesweite Impfpflicht?

20

Recht aktuell

Was wird aus dem
Antikorruptionsgesetz?



25 Jahre deutsch-deutsches Gesundheitssystem

Die „Stunde Null“ – wie 1990

Die Freude über den Mauerfall war noch allgegenwärtig, als sich beide deutsche Staaten bereits intensiv Gedanken darüber machten, wie es weitergehen sollte. Schneller als erwartet wurden die bundesdeutschen Strukturen auf die neuen Bundesländer übertragen – auch im Gesundheitsbereich. In nur wenigen Monaten wurde die staatlich regulierte Gesundheitsversorgung der DDR zu den Akten gelegt und der Wechsel vollzogen. Was im Einzelnen passierte, darüber sprachen wir mit Protagonisten, die am Umgestaltungsprozess beteiligt waren. Eine wichtige Rolle spielte damals auch der Hartmannbund, der in den neuen Bundesländern die DDR-Ärzte unterstützte.

Einer, der früh den Kontakt zum Hartmannbund suchte und als einer der ersten DDR-Ärzte dem ältesten deutschen Ärzteverband beitrug, war Dr. Claus Vogel. Der Facharzt für HNO-Heilkunde nahm an der großen Informationsveranstaltung des Hartmannbundes teil, die bereits drei Monate nach der Wende im Februar 1990 in Leipzig stattfand (S. 12/13). „Diese und viele weitere Veranstaltungen westlicher Berufsverbände, aber auch der ärztlichen Selbstverwaltung waren sehr wichtig, um die DDR-Ärzte über die bundesdeutschen Strukturen zu informieren und ihnen Mut für die bevorstehenden Aufgaben zu machen“, erinnert sich der heute 69-jährige an die große Umbruchzeit – auch für ihn selbst.

Dabei hatte der Leipziger gegenüber vielen seiner Ostkollegen einen Vorteil. Er war einer von etwa 390 in eigener Praxis tätigen Ärzten in der DDR. 1980 durfte er die HNO-Praxis seines Vaters auf Grund einer damaligen gesetzlich fixierten Erbfolgeübernahme übernehmen, betreute etwa 3.000 Patienten im Quartal und rechnete gegenüber einer DDR-Abrechnungsstelle (*damals beim Freien Deutschen Gewerkschaftsbund der DDR angesiedelt*) nach Preußischer Gebührenordnung (*modifiziert*) ab.

„In Leipzig waren wir sieben oder acht niedergelassene Kollegen“, so Vogel. Alle anderen Ärzte (*Ende 1988 waren es DDR-weit rund 41.500*) arbeiteten angestellt – in der ambulanten Versorgung (*etwa 20.000 Ärzte*) in Polikliniken, Ambulatorien und betrieblichen Gesundheitseinrichtungen und stationär in Kreis-, Bezirks-, Regierungs- und Spezialkrankenhäusern. Für die ambulante Versorgung der DDR standen 1989 ca. 14.000 medizinische Einrichtungen – darunter rund 600 Polikliniken und 5.500 Gemeindefachpraxen sowie Ambulatorien und ambulante betriebliche Einrichtungen – zur Verfügung. Dazu kamen 540 Krankenhäuser mit rund 165.000 Betten (*in der BRD waren es 1989 über 3.000 Krankenhäuser mit fast 700.000 Betten*).

Zur Wendezeit war das staatlich gelenkte DDR-Gesundheitswesen – stationär wie ambulant – gekennzeichnet von einer chronischen Unterfinanzierung und defizitären Missständen. „Das jährliche Defizit wies 1988 mehr als zwei

Milliarden Mark auf“, erinnert sich Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch – der letzte DDR-Gesundheitsminister (*s. Gastbeitrag auf Seite 9*), der vor seinem Amtsantritt nach der ersten freien Volkskammerwahl im März 1990 als Arzt und Lehrbeauftragter an der Medizinischen Akademie Dresden tätig war.

Eine Folge der finanziellen Defizite sei laut Kleditzsch eine nicht immer bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gewesen – durch zum Beispiel Begrenzung der Arznei- und Heilmittelbereitstellung oder fehlende Bereitstellung von Diagnostik- und Behandlungsverfahren (*z.B. bildgebende Verfahren, Dialysekapazitäten, Hüftgelenks- oder Herzschrittmacherimplantationen, zahnärztliche Medizintechnik*). Der Bauzustand zahlreicher

Krankenhäuser und der Servicefunktionen (*Wäschereien, Küchen, Wärmeversorgung*) sei besorgniserregend gewesen, es fehlten eine sinnvolle Gestaltung der Bettenverteilung auf die einzelnen Fachgebiete sowie Fachkräfte im OP- und Intensiv-Bereich.

Diese Situation, die überraschend schnell voranschreitende deutsche Einheit und die drohende Schließung vor allem der Polikliniken und Ambulatorien veranlasste Tausende Ärzte nach der Wende zur Abwanderung nach Westdeutschland. Bei den zurückgebliebenen Ärzten herrschte die große Unsicherheit, was aus ihren Jobs werden würde.

Innerhalb weniger Monate setzte ein Umdenkungsprozess ein, sich in eigener Praxis niederlassen zu wollen. Bereits im April 1991 überstieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte die der Kollegen in poliklinischen Einrichtungen. Nach den einsetzenden Auflösungs- und Kündigungswellen an den Polikliniken arbeiteten Ende 1994 nur noch drei Prozent aller ambulant tätigen Ärzte in den neuen Bundesländern in Polikliniken, dabei stand anfänglich eine große Mehrheit der DDR-Ärzte einer zeitnahen Transformation der ambulanten Versorgung skeptisch gegenüber und plädierte die Mehrheit für den Erhalt der Polikliniken, Ambulatorien und betrieblichen Versorgungseinrichtungen.

Warum der schnelle Sinneswandel, fragten wir den damaligen Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und späteren ersten unparteiischen Vorsitzenden

31. Januar 1990
Hartmannbund
befürchtet
Zersplitterung der
DDR-Ärzte

28. Februar 1990
Hartmannbund
gegen Beschränkung
der freien Nieder-
lassung in der DDR

7. Februar 1990
Hartmannbund:
Mehr als 10.000
DDR-Ärzte planen
freie Niederlassung

alles begann



11. April 1990
**Hartmannbund-Appell an
 DDR-Regierung: Staat-
 liche Bevormundung darf
 Leistungswillen im
 Gesundheitswesen nicht
 länger hemmen**

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess: „Aus meiner Sicht lag es in erster Linie an dem Willen der meisten

Ärzte selbst, das alte System zu verlassen. Gezwungen wurde dazu im ersten Jahr nach der Wiedervereinigung niemand. Der zum 31. August 1990 in Kraft getretene Einigungsvertrag sah allerdings vor, dass die staatlichen poliklinischen Einrichtungen zunächst nur bis zum 31. Dezember 1995 weiterhin zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sein würden. Das hat die Entscheidung für die Niederlassung mit Sicherheit befördert.“

Innerhalb weniger Monate wurde 1990 der Fahrplan zum Wechsel des DDR-Gesundheitswesens ausgehandelt und vorbereitet – wesentliche Elemente des bundesdeutschen Systems wie das Krankenhaussystem unter freier Trägerschaft, die gegliederte Krankenversicherung, das Kammersystem für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker oder die Niederlassungsfreiheit für Ärzte und andere Heilberufe sollten übernommen werden.

So weit die Theorie. In der Praxis bedurfte es vieler engagierter Ärzte auf beiden Seiten, um das „System West“ auf die neuen Bundesländer zu übertragen.

Einer, der von Beginn an mit anpackte, war Dr. Andreas Crusius, erster Präsident der Landesärztekammer (LÄK) Mecklenburg-Vorpommern (M-V), Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie für Pathologie an der Universität Rostock. „Von ärztlicher Selbstverwaltung wussten wir damals nichts – wir fingen bei Null an“, erinnert sich Crusius. Unterstützung kam damals unter anderem von der benachbarten Kammer Schleswig-Holstein, mit deren Hilfe bereits im Juni 1990 die erste ordentlich gewählte Kammer im Osten Deutschlands (*damals noch als Verein*) aufgebaut werden konnte. Die Geschäfte der LÄK M-V wurde fürs Erste in Crusius Rostocker Wohnung erledigt, später zog die Kammer in das Büro der ehemaligen DDR-Bezirksstelle des DDR-Gesundheitswesens, organisierte von dort die ersten Fortbildungsveranstaltungen sowie Seminare zu Haftungsfragen oder formulierte die LÄK-Positionen zur Landeskrankenhausplanung. „Wir hatten viel Unterstützung von unseren Kollegen aus den

alten Bundesländern, was dazu beitrug, dass wir schnell in ruhigeres Fahrwasser kamen“, bilanziert Crusius, bis heute LÄK-Präsident.

24. April 1990
**Hartmannbund lehnt
 Einheitskasse
 kategorisch ab**

Diesen Posten hatte 1990 auch Dr. Roger Kirchner inne, Facharzt für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin und Mitbegründer der Ärztekammer Brandenburg. Per Zufall erreichte ihn 1990 die Einladung, ein Krankenhaus im Saarland zu besuchen. Vor Ort fand zeitgleich der Saarländische Ärztetag statt, dem Kirchner ebenfalls einen Besuch abstattete. Auf der Heimfahrt im Zug machte er sich Gedanken darüber, wie eine ärztliche Selbstverwaltung in Brandenburg aussehen könnte. „Ich bin da eher zufällig reingerutscht. Da ich mich aber bereits zu DDR-Zeiten für die Gesundheitsversorgung engagiert habe, habe ich diese neue Aufgabe mit Freude übernommen.“ Wieder zu Hause in Cottbus, lud Kirchner, der selbst nach der Wende eine eigene Praxis in Cottbus gegründet hat, Ärzte ein, um einen Verein zu gründen. Im Juni 1990 fand mit 50 Ärzten die Gründungsversammlung der LÄK Brandenburg (*damals wie M-V noch als Verein*) statt. Analog dazu gab es Initiativen in Potsdam, Brandenburg, Neuruppin und Frankfurt/Oder. Die fünf Gruppen führte Kirchner im September 1990 zur LÄK Brandenburg zusammen, deren erster Präsident er wurde. Da Kirchner in Cottbus zu Hause war, wurde sein damaliges Sprechzimmer die erste Kammergeschäftsstelle, in der zugleich Niederlassungs- und Finanzierungsberatungen stattfanden. Bis heute ist Cottbus Sitz der LÄK Brandenburg.

2. Juli 1990
**Hartmannbund sieht
 Niederlassungsfrei-
 heit der DDR-Ärzte
 behindert**

Auch Dr. Claus Vogel, heute stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen, engagierte sich früh in der ärztlichen Selbstverwaltung, war Gründungsmitglied der KV Sachsen und gehört seit 1991 der dortigen Ver-

treterversammlung an. „Ich war von Anfang an ein Verfechter des KV-Systems. Es war damals der einzig richtige Weg, in die Niederlassung zu gehen, und es gab auch keine Alternative.“ Bis heute habe er diesen Schritt nicht bereut. Und er kenne auch keinen Kollegen, der dies tue, auch wenn viele für ihre neuen Praxen hohe Kredite aufnehmen mussten und dadurch sicherlich unzählige schlaflose Nächte hatten. Vogel fiel der Übergang in die bundesdeutschen Strukturen etwas leichter, da er bereits über seine Praxis verfügte. „Ich hatte die Räumlichkeiten, die Patienten, eine halbwegs passable Technik und konnte später in Ruhe investieren.“ Die Zeit nutzte der Arzt dafür, sich für seine Kollegen zu engagieren und das KV-System in Sachsen mit aufzubauen. „Wir haben unzählige Fortbildungsveranstaltungen organisiert, was nicht ohne die Unterstützung der westdeutschen Kollegen gegangen wäre“, lobt Vogel noch heute das Engagement der westdeutschen Krankenhausgesellschaften, Ärztekammern und KVen.

„Diese Solidarität gab es im hohen Maße beim Aufbau handlungsfähiger Selbstverwaltungsstrukturen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern“, bestätigt Rainer Hess. „Insoweit haben Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen der alten Bundesländer jeweils Patenschaften übernommen und nicht nur Know-how, sondern auch EDV-Ausstattung zur Verfügung gestellt.“ Die KBV habe als gesetzlich bestimmte Rechtsnachfolgerin der

Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands deren in den neuen Bundesländern gelegenen Immobilien, insbesondere die Verwaltungsgebäude der ehemaligen Verwaltungsstellen, eingefordert und deren Übergabe an die Kammern und KVen erreicht. „Mit der Lastenausgleichsbank wurde die Gewährung von Praxisaufbau-Darlehen und deren Konditionen vereinbart“, so Hess.

Dies alles mit vorzeigbarem Erfolg: Bereits anderthalb Jahre nach dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik stellte die Bundesgesundheitsbank

desregierung mit Blick auf die ambulante ärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern fest, dass deren Aus- und Umbau so gut wie abgeschlossen sei. Die Polikliniken und Ambulatorien, deren Zulassung durch den Einigungsvertrag zunächst bis zum 31. Dezember 1995 begrenzt worden war, gehörten nach der Aufhebung der Befristung zu einem der wenigen Elemente, die die DDR in den deutschen Sozialstaat einbrachte. Allerdings spielten sie in der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern nur noch eine sehr geringe Rolle, da die Entwicklung die Zeit lange überrollt hatte und die Niederlassungswilligkeit der DDR-Ärzte bereits 1990 nicht mehr aufzuhalten war.

Vom Umbruch im DDR-Gesundheitswesen war die stationäre Versorgung besonders betroffen. Auch hier gab es umfassende Unterstützung der westdeutschen Krankenhausgesellschaften, aber auch der Industrie, um den Krankenhäusern der DDR das wichtigste Hintergrundwissen – auch in Sachen Vergütung und Budgetierung – zu vermitteln. Ein weiteres Problem: Eine Bestandsaufnahme nach der Wende hatte schnell gezeigt, dass die stationären Einrichtungen der DDR denen Westdeutschlands weit hinterher hinkten – auf Grund des maroden Zustandes der Krankenhäuser (das Durchschnittsalter der DDR-Krankenhäuser lag 1989 bei 60 Jahren) und der seit Jahren vernachlässigten Investitionen vor allem beim Aufbau von Funktionseinheiten und der Ausstattung mit modernen Großgeräten. Nach damaliger grober Schätzung gab es zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung einen Investitionsbedarf von 25 bis 30 Milliarden DM. Mit erheblichen finanziellen Mitteln, die für die Sanierung der Bausubstanz, die Modernisierung der Medizintechnik, die Einführung eines neuen Finanzierungssystems, aber auch für die Reorganisation der Verwaltungsstrukturen eingesetzt wurden, konnte es gelingen, die stationäre Versorgung in den neuen Bundesländern der westdeutschen anzugleichen.

Heute verfügen die Krankenhäuser im Osten Deutschlands über eine zum Teil modernere Bausubstanz und Infrastruktur als die Kliniken in den westlichen Bundesländern. Nur hinsichtlich des Budgets haben beide Seiten den selben „Rucksack“ zu tragen, sind die Budgets bis heute gedeckelt. Auch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Gesundheitssysteme bleibt die Krankenhausfinanzierung angespannt. (DA)

Lesen Sie auch die Rückblicke von Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch im nebenstehenden Gastbeitrag und dem früheren KBV-Geschäftsführer Dr. Rainer Hess auf den Seiten 10/11. An dieser Stelle danken wir der Leipziger Historikern Dr. Heidi Roth, auf deren Recherchematerial die Redaktion bei der Erstellung dieses Artikels zurückgreifen durfte.

12. September 1990
Hartmannbund:
Ärzte-Entlassungen
bedrohen medizinische
Versorgung im Ostteil
Deutschlands

29. Oktober 1990
Hartmannbund:
Ambulante Versorgung in
Ostdeutschland vor dem
Zusammenbruch?

10. Juli 1990
Hartmannbund:
Gesundheitssysteme in
der DDR und in der
Bundesrepublik driften
auseinander



Dr. Andreas Crusius, erster Präsident der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern: „Wir hatten 1990 keine andere Chance als die beschriebene. Es musste alles sehr schnell gehen. Rückblickend halte ich die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär für nicht patientenfreundlich. Es gibt heute zu viele Grabenkämpfe zwischen Kliniken und Praxen. Außerdem hätte damals die allgemeine Impfpflicht übernommen werden sollen.“



Dr. Roger Kirchner, erster Präsident LÄK Brandenburg: „Die Mehrzahl der DDR-Ärzte ist nicht gerne in die Niederlassung gegangen. Aus meiner Sicht hätten die Polikliniken erhalten werden müssen, damit die ambulant tätigen Ärzte auch angestellt arbeiten konnten. Wir waren damals der BRD 25 Jahre voraus. Heute gibt es überall MVZ mit den alten poliklinischen Strukturen. Gut wäre es, wenn die Ärzte die Kliniken leiten würden, da sehe ich Potential.“



Dr. Claus Vogel, Gründungsmitglied der KV Sachsen und deren heutiger stellvertretender Vorsitzender: „Wir haben 1990 genau richtig gehandelt. Im Nachhinein hätte man die poliklinischen Strukturen erhalten und unter marktwirtschaftlichen Bedingungen weiter entwickeln sollen. Es musste damals aber alles sehr schnell gehen, für längere Prozesse blieb keine Zeit. Nichtsdestotrotz: Ich würde alles wieder genau so machen.“



Gastbeitrag Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch

Das geflügelte Wort im deutschen Sprachgebrauch „später weiß man alles besser“ trifft beim Thema „25 Jahre deutsche-deutsche Gesundheitspolitik“ und einem Resümee nach 25 Jahren meines Erachtens nicht so ganz und vollinhaltlich zu. Mit der Vereinigung Deutschlands war eine Umstrukturierung des Gesundheits- und Sozialwesens der ehemaligen DDR notwendig und Entsprechendes wurde mit der Einführung der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion bzw. dem Einigungsvertrag vereinbart. Dem gut funktionierenden demokratischen Gesundheitswesen der „alten“ BRD galt es, das der ehemaligen DDR anzupassen, aber auch Positives zu integrieren und nicht zu annullieren. Auf dem 93. Deutschen Ärztetag 1990 in Würzburg formulierte ich unter dem Beifall der Delegierten unter anderem: „Keine Experimente, die zu Lasten hilfsbedürftiger Menschen gehen“. Klare Prioritäten seien erforderlich, damit der Umbau gründlich und sicher erfolge. Mit dieser einmaligen historischen Chance sollte ein neues, gemeinsames, besseres Gesundheitswesen entstehen.

Durch die Errichtung des gegliederten Krankenkassen-Systems in den neuen Bundesländern, durch die Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, durch die Etablierung von Körperschaften des öffentlichen Rechtes, die Bildung der Arbeitsämter und Übernahme bzw. Teilübernahme wesentlicher Inhalte von Gesetzlichkeiten war die Abkehr von der damaligen zentralistischen Planwirtschaft und die Einführung einer sozialen Marktwirtschaft möglich geworden und wurde die vorläufige Fortführung von Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung fixiert. Diese sollte schrittweise in Richtung des Versorgungsangebotes in der alten BRD mit privaten Leistungserbringern erfolgen. Dies bedeutete auch die Zulassung niedergelassener Ärzte und Zahnärzte.

Besonders positiv war gerade für die komplizierte Anfangszeit das großartige Engagement und die Hilfe – personell wie materiell – der westdeutschen Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzteverbände, Krankenkassen und der Politik einzuschätzen. Hervorragend wirkte sich zum Beispiel dabei das Entstehen gemeinsamer Kommissionen in allen Lebensbereichen aus, bis hin zu Krankenhauspartnerschaften mit Hilfe von zum Beispiel Medizintechnik, Medikamenten und Betriebswirtschaft. Alle haben geholfen und angepackt.

Komplizierte Probleme entstanden in der Nachwendezeit nicht nur durch Tarifprobleme, sondern auch durch eine ständig wachsende Fluktuation von qualifizierten Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern. Tausende Fachkräfte wanderten in dieser Zeit aus vielfältigsten Gründen gen Westen. Wie kompliziert der Prozess der Umwandlung eigentlich war und mit welchen dramatischen Hürden er verbunden war, zeigte sich zum Beispiel in der von vielen Kommunalpolitikern im September 1990 ausgelösten flächendeckenden Kündigungswelle für medizinisches Personal in Polikliniken und Ambulatorien, besonders in Brandenburg, Thüringen und Sachsen – mit negativen Auswirkungen nicht nur auf das medizinische Personal, sondern besonders für die zu betreuenden Patienten. Dies erschwerte extrem die Umwandlung bzw. die Strukturangleichungen.

Praktisch alle Ärzte und Zahnärzte, die sich niederlassen wollten, mussten hohe Kredite aufnehmen oder mussten, trotz

großer Erfahrungen, beruflich aufgeben, da sie die Kredite im Vorrentenalter nicht mehr bekamen, um ihre Praxiseinrichtung zu finanzieren. Zusätzlich dazu kam für die Ärzte und Psychologen in den neuen Bundesländern noch der so genannte Abschlag Ost in der Honorarvergütung hinzu.

In der Entstehungsphase zum Einigungsvertrag wurde von Seiten der DDR der Gedanke diskutiert, ehemalige Polikliniken mit neuen Strukturen und neuen Arbeitsinhalten zu versehen und so vernetzte, intensiv kooperierende Praxen mit betriebswirtschaftlichen Vorteilen entstehen zu lassen. Politik und ärztliche Funktionäre hatten damals aus meiner Sicht einen gedanklichen Kurzschluss: Poliklinik = staatlich verordnetes Gesundheitswesen; freie Niederlassung = Selbstverwaltung. Heute gehören große Praxisnetze und Kooperationen in Gesundheitszentren wie selbstverständlich in das Gesundheitssystem und entwickeln sich zu einem wahren Wirtschaftsfaktor.

Unabhängig davon zeigen sich aus meiner Sicht heute Defizite, die vor 25 Jahren eigentlich nur der restriktiven Planwirtschaft bzw. dem System der ehemaligen DDR zugeschrieben worden wären, wie wochenlange Wartezeiten gesetzlich Versicherter Patienten auf Facharzttermine, „Mangelsituation“ von Ärzten in ländlichen Gebieten, unterschiedliche Ärztedichte in den verschiedenen Bundesländern mit Auswirkung auf die Betreuungssituation, fehlende Medikamente in Kliniken. Nach wie vor fehlt ein wirksames Präventionsgesetz, denn das Auftreten von „Volks- und Zivilisationskrankheiten“ ist im Prinzip das Ergebnis einer mangelnden oder fehlenden Prävention.

Bereits 1989/90 wurde der demografische Wandel mit den finanziellen Folgen auf die sozialen Sicherungssysteme deutlich. 1988 waren in der DDR 16 Prozent der Bevölkerung im Rentenalter (etwa zwei Millionen Frauen und 700.000 Männer). Im Einigungsprozess fand aber diese Situation zum Beispiel mit Ausrichtung auf Prävention und gut auszubildendem Personal zur Altenbetreuung und späteren Pflege viel zu wenig Beachtung.

Trotz aller Gegensätze und Widersprüche, die wir alle miteinander erlebt haben, ist letztlich eine positive Bilanz zu ziehen. Es existiert heute mehr denn je ein gemeinsames deutsches Gesundheits- und Sozialwesen mit einer hohen Qualität.

Trotzdem: Das Jahr 1990 barg eine historisch einmalige Gelegenheit für einen Neuanfang im Gesundheitswesen, die nicht genutzt wurde, da die Zeit begrenzt war und Politik, Funktionäre und Lobbyisten diesen Weg nicht konsequent gehen wollten oder konnten.



Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch wurde in den ersten freien Wahlen der DDR im März 1990 zum Mitglied der Volkskammer gewählt und war ab April bis zum 2. Oktober 1990 Minister für Gesundheitswesen und ab August auch Minister für Arbeit und Soziales. Ab dem 3. Oktober 1990 gehörte er dem 11. Deutschen Bundestag an. Zu DDR-Zeiten arbeitete Kleditzsch 20 Jahre an der Medizinischen Akademie Dresden. Er ist Facharzt für Orthopädie/Physikalische Medizin und heute privatärztlich niedergelassen in Bayern tätig.



Dr. Rainer Hess, im Wendejahr 1989 Hauptgeschäftsführer der KBV Vom „Überstülpen“ der bundesdeutschen Strukturen konnte keine Rede sein

Sehr geehrter Herr Dr. Hess, ab wann hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aktiv an der „Verschmelzung“ beider deutscher Gesundheitssysteme beteiligt?

Wir haben unmittelbar nach dem Mauerfall Kontakt mit dem damaligen Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Bundesverbänden der Krankenkassen aufgenommen, um die Auswirkungen der Wende auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in der DDR und mögliche Unterstützungen durch die KBV für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung zu erörtern. Die KBV war auch an Gesprächen im DDR-Gesundheitsministerium und der staatlichen Sozialversicherung der DDR über die Neuausrichtung der dortigen Versorgungsstrukturen beteiligt. Von vornherein bestand Übereinstimmung, dass die Niederlassung in eigener Praxis gefördert werden sollte und der Anteil der Versorgung durch die staatlichen Polikliniken entsprechend zurückzuführen war. Diese politische Willensbildung der bis zur Wiedervereinigung fortbestehenden Or-

gane der DDR findet ihren Niederschlag im unmittelbar vor Abschluss des Einigungsvertrages von der Volkskammer der DDR am 13. September 1990 beschlossenen Krankenkassen-Vertragsgesetzes, das auch die Errichtung von KVen und die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf diese beinhaltete.

Welche Rolle spielte die KBV bei der „Vereinigung“? Und wie groß war die Unterstützung, in den neuen Bundesländern zeitnah die bundesdeutschen Strukturen zu errichten?

Die KBV hat bereits vor der Herstellung der deutschen Einheit mit den Bundesverbänden der Krankenkassen Verhandlungen aufgenommen über eine bundesvertragliche Übergangsregelung, die mangels handlungsfähiger Selbstverwaltungseinrichtungen in den neuen Bundesländern die ambulante Versorgung zu Lasten der Krankenkassen regeln sollte. Im Deutschen Ärzteblatt vom 17. Januar 1991 sind diese zum 1. Januar 1991 in Kraft getretenen Anhänge zum Bundesmantelvertrag und ein Rahmengesamtvertrag

für die neuen Bundesländer veröffentlicht worden. Für die vertragsärztliche Versorgung wurde darin ein Punktwert von 6,1 Pfennigen ohne Mengenbegrenzung vereinbart. Für die Vergütung der Polikliniken wurde eine Berechnungsgrundlage für eine Behandlungsfallpauschale vereinbart, die auf der Zahl und fachlichen Ausrichtung der in einer Poliklinik angestellten Ärzte und dem um 50 v. H. abgesenkten arztgruppenbezogenen Fallwert West basierte. Beginnend mit dem 1. Januar wurde für 1991 diese Vergütung in Köln durch die KBV jeweils in bar an einen durch Vorlage einer Bescheinigung des Trägers ausgewiesenen Vertreter der Poliklinik aus den von den Krankenkassen West bereitgestellten Vorschüssen quartalsweise ausbezahlt. Nach Abschluss der Übergangsphase ergab die Endabrechnung ein Minus von drei Millionen DM, das durch die Verzinsung der Krankenkassengelder ausgeglichen werden konnte.

Wie schwierig war aus Ihrer Sicht damals der Übergang in die bundesdeutschen Strukturen,

hier vor allem der ambulanten ärztlichen Versorgung – Stichwort „Überstülpen“ des West-Systems und Honorarabschluss von 55 Prozent? Den Vorwurf eines „Überstülpens“ kann ich vor dem Hintergrund der aufgezeigten vertraglichen Absicherung der Poliklinikvergütung nicht akzeptieren. Die Polikliniken waren nach der Auflösung der staatlichen Sozialversicherung der DDR dringend auf die Finanzierung durch die in deren Funktion eintretenden Krankenkassen angewiesen. Diese Krankenkassen mussten aber für die neuen Bundesländer ebenso wie die KVen erst aufgebaut werden. Nur durch den Abschluss der genannten Verträge und den vorübergehenden Eintritt der Selbstverwaltungsstrukturen West konnte die zeitnahe Übernahme von Vergütungsverpflichtungen gewährleistet werden.

Die DDR-Strukturen fanden im gemeinsamen Gesundheitssystem trotz ursprünglich anderer Pläne (ambulante Versorgung sollte zwischen niedergelassenen Ärzten und Polikliniken geteilt werden) keine Berücksichtigung, die Zulassung von Polikliniken und Ambulatorien wurde zeitlich bis zum 31. Oktober 1995 befristet. War dieses Vorgehen im Sinne der neu „formierten“ gesamtdeutschen Ärzteschaft?

Soweit es die damalige Einstellung der KBV zum Polikliniksistem betrifft, möchte ich aus einem von mir damals verfassten und mit allen Beteiligten abgestimmten Informationsblatt für Ärzte in den neuen Länder vom 1. Oktober 1990 zitieren: „Als Folge der zunächst auf fünf Jahre befristeten Zulassung und des im Einigungsvertrag erteilten Auftrages, nach Möglichkeit ambulante Gesundheitseinrichtungen in freiberufliche Organisationsformen umzuwandeln, muss unbeschadet des Fortbestandes (auch in der Bundesrepublik ermächtigungsfähiger Spezialeinrichtungen wie Universitätspolikliniken, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren) jede zugelassene Gesundheitseinrichtung der ambulanten Versorgung prüfen, ob, wann und in welchen Teilschritten eine Umstrukturierung in freiberufliche Organisationsstrukturen zweckmäßig ist. Dabei sind die Belange der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter der zugelassenen Gesundheitseinrichtung zu berücksichtigen, um soziale Härten soweit als möglich zu vermeiden. Dem Bedürfnis angestellter Ärzte, wegen fortgeschrittenen Alters oder wegen familiärer Verpflichtungen weiterhin in einem Angestelltenverhältnis auszuüben, muss

soweit wie möglich Rechnung getragen werden.“ Es folgen konkrete Hinweise zu einer Teilumstrukturierung in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen, der Bildung von Betriebsgesellschaften zur Ablösung der staatlichen Trägerschaft, zur Weiterbeschäftigung angestellter Ärzte in freiberuflich geführten Praxen, Einbringung in die Treuhand und schließlich die folgende Aussage: „insgesamt (ist) die Gewähr dafür zu bieten, dass vorhandene Gesundheitseinrichtungen, die zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, nicht durch Aufgabe der Trägerschaft untergehen, sondern mit der Maßgabe einer den Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Umstrukturierung der Bevölkerung erhalten bleiben.“ Es hat in 1991 durchaus derartige Umstrukturierungen gegeben und es gab auch Polikliniken, die durch Neustrukturierung mit den Behandlungsfallpauschalen ihren Bestand langfristig sichern konnten und heute noch bestehen. Die Polikliniken, die sich nicht von der Personallast, z.B. angestellte Gärtner, Fahrer, Pflegekräfte, befreien konnten oder sich als Folge der Abwanderungen auf wenige ältere Ärzte stützen mussten, sind bereits 1991 weitgehend geschlossen worden. Ausschließlich daraus sind Härtefälle entstanden, die insbesondere ältere Ärzte betrafen, die bei der Schließung ihrer Poliklinik in die Niederlassung gezwungen wurden.

Wann nach den Wendewirren ist der „Alltag“ eingetreten und konnten sich die neuen Strukturen in Ostdeutschland etablieren?

Im Verlauf des Jahres 1992 waren die neu geschaffenen Strukturen der Selbstverwaltungen von Ärzten und Krankenkassen weitgehend in der Lage, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln. Für den stationären Bereich gab es wegen der gesetzlichen Zuständigkeit der Bundesländer zur Krankenhausplanung unterschiedliche Entwicklungen.

Nach Beendigung des Strukturprozesses wurde die Auffassung vertreten, es habe kaum einen anderen gesellschaftlichen Bereich gegeben, in dem die Umstrukturierung der DDR so reibungslos von statten ging wie im Gesundheitswesen. War das tatsächlich so?

In keinem anderen Bereich war die Umstrukturierung so gut abgesichert wie im Gesundheitsbereich. Dies lag daran, dass jedenfalls in der ambulanten Versorgung durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes-

ebene die ärztliche Versorgung über die abgeschlossenen Verträge und mit Hilfe des Know-hows der KVen und Ärztekammern auf Landesebene ein abgesicherter Umstrukturierungsprozess erfolgte. Die Patienten behielten ihre Ärzte, hatten den Anspruch auf eine weitgehend zahlungsfreie umfassende Versorgung, und die Ärzte konnten, durch die Vergütungsregelungen und seriöse Angebote einer Praxisfinanzierung abgesichert, zunächst eine freie Entscheidung über ihre Zukunft in freier Praxis, der Poliklinik oder im Krankenhaus treffen. Nachteilig war der sehr bald entstehende Druck auf ältere Ärzte, sich wegen Aufgabe der Poliklinik ebenfalls niederlassen zu müssen, und der wilde Westen unseriöser Firmenvertreter, die den in dieser Beziehung unerfahrenen Ärzten unnötige und teure Investitionen aufgeschwätzt haben.

Wurde – rückblickend – in der Wendezeit alles richtig gemacht oder hätte einiges auch anders gemacht werden müssen?

Ich habe mich als Geschäftsführer der KBV sehr für eine Verwendung der Treuhandklausel im Einigungsvertrag zur vorübergehenden Übernahme als bedarfsnotwendig angesehener Polikliniken eingesetzt, um mehr Zeit für die aufgezeigte Umstrukturierung zu haben. Damit bin ich aber sowohl bei den Bundesverbänden der Krankenkassen als auch bei der KBV und den KVen der neuen Bundesländer gescheitert. Die Entwicklung ist leider darüber hinweggerollt und wäre nach meiner Überzeugung auch nicht aufzuhalten gewesen.

Heute gibt es, in ihrer Grundkonzeption, die „Polikliniken“ unter dem Namen „MVZ“ wieder. Sie gelten als ein Baustein, dem Versorgungsmangel zu begegnen. Kann dies gelingen oder welche Instrumentarien müssten greifen?

In strukturschwachen Gebieten benötigen wir eine sektorenübergreifende Versorgung unter Einschluss des dortigen Krankenhauses ggf. mit geriatrischer Ausrichtung auch der hausärztlichen Versorgung, pflegerischer Kompetenz und Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung über Zweigsprechstunden und telemedizinische Möglichkeiten zur Zuziehung von Experten. Das kann natürlich ganz oder teilweise auch in der Rechtsform eines MVZ geschehen. (DA)

Dr. Rainer Hess war von 1988 bis 2003 Hauptgeschäftsführer der KBV und von 2004 bis 2012 erster unparteiischer Vorsitzender des G-BA.

Jeder vereint

sorgungsmonopols durch Verankerung folgender Grundsätze: Freie Arztwahl, Freiberuflichkeit des Arztes, Niederlassungsfreiheit, ärztliche Selbstverwaltung, Vertragsfreiheit mit den Krankenkassen, Sicherstellungsauftrag durch die KVen.

Der Hartmannbund hatte damals wie heute ein großes politisches Gewicht und konnte sich durch viele Gespräche in die „Vereinigung“ beider deutscher Gesundheitssysteme einbringen. So wurde unter anderem mit dem für die „Verschmelzung“ verantwortlichen Dr. Norbert Blüm (*damals Minister für Arbeit und Soziales*) sowie Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch (*letzter DDR-Gesundheitsminister*) gesprochen. Im Juli 1990 war der Weg frei für Veränderungen, verabschiedete die Volkskammer der DDR ein Gesetz über die Berufsvertretung und die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Damit konnten Körperschaften des öffentlichen Rechts geschaffen werden, die ein Pendant zu den westdeutschen Ärztekammern bilden sollten – und das alles gerade acht Monate nach dem Mauerfall.

„Die Schnelligkeit, mit der die Wiedervereinigung vor sich ging, hat uns alle überrascht“, so Thomas. Auch der Hartmannbund sei davon überzeugt gewesen, dass das DDR-Gesundheitssystem nicht gut mit dem Anspruch auf die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte vereinbar gewesen wäre. Vielleicht, so Thomas rückblickend, hätte man die Polikliniken teilweise erhalten sollen, aber 1990 konnten sich solche Überlegungen nicht durchsetzen. Für den Hartmannbund war die Wendezeit eine bedeutende Zeit. Bis zum Juni 1990 hatten sich überall in den neuen Bundesländern Landesverbände gegründet und im Oktober 1990 fand die erste gemeinsame Hauptversammlung statt. „Wir haben damals sehr viel gearbeitet, hatten aber auch jede Menge Spaß“, erinnert sich Thomas mit Freude und Stolz zurück. (DA)



Rückblick in Zahlen

Der Hartmannbund im Jahr 1990

- **20. Februar:**
Informationsveranstaltung des Hartmannbundes am Gründungsort Leipzig
- **3. März:**
Gründung des Landesverbandes Sachsen (Vorsitzender: Dr. sc. Med. Peter Leonhardt)
- **10. März:**
Gründung des Landesverbandes Thüringen (Vorsitzender: Dr. med. Wolfgang Müller)
- **28. April:**
Gründung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzender: Dr. med. Wolfgang Weidig)
- **29. April:**
Gründung des Landesverbandes Brandenburg (Vorsitzender: Dr. med. Wilfried Neun)
- **6. Mai:**
Gründung des Landesverbandes Ost-Berlin (Vorsitzender: Prof. Dr. sc. med. Johannes Staudt)
- **16. Juni:**
Gründung des Landesverbandes Sachsen-Anhalt (Vorsitzender: Dr. sc. med. Hans Runge)
- **6./7. Oktober:**
Erste gemeinsame Hauptversammlung in Baden-Baden; zentrale Themen: Angleichungsprozesse der Gesundheitssysteme in West und Ost, HB-Konzept eines Kostenerstattungssystems mit Selbstbeteiligung

Wie war das damals? Zum Beispiel in M-V?

Dr. Wolfgang Weidig war angestellter Facharzt für Radiologie im damaligen DDR-Kreiskrankenhaus Güstrow, als die Mauer fiel. Bereits seit 1988 hatte er über seinen Bruder in Düsseldorf Kontakt zum Hartmannbund in Bonn, der sich mit dem Fall der Mauer schnell intensivierte. Da es in der damaligen DDR keine Interessenvertretung für Ärzte gab und der Hartmannbund ein traditionsreicher Ärzterverband war, entschied sich Wolfgang Weidig Ende 1989, den Hartmannbund um Unterstützung bei der Gründung eines Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern zu bitten (*seit Inkrafttreten des Ländereinführungsgesetzes am 3. Oktober 1990 gibt es das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern offiziell*). Da die Initiative für eine Landesverbandsgründung von Wolfgang Weidig ausging, dieser aber in Güstrow lebte und arbeitete, fiel die Wahl des Gründungsortes eben-



falls auf Güstrow und nicht auf die Landeshauptstadt Schwerin. Nach mehreren Besuchen und Gegenbesuchen war es dann am 28. April soweit. Der LV Mecklenburg-Vorpommern wurde in Anwesenheit von rund 60 Ärzten, dem Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Hans-Jürgen Thomas und vielen anderen Vertretern des

Ärzteverbandes im Ernst-Barlach-Theater in Güstrow gegründet. Zum Landesverbandsvorsitzenden wurde Dr. Wolfgang Weidig gewählt. Allein in der Gründungszeit traten rund 400 DDR-Ärzte dem LV Mecklenburg-Vorpommern bei.

„Ich fühlte mich von Anfang an gut beim Hartmannbund aufgehoben“, lobt Wolfgang Weidig auch rückblickend die damalige umfangreiche Unterstützung, die schnell dazu führte, dass der Hartmannbund auch in Mecklenburg-Vorpommern ein gewichtiges Wort mitzureden hatte.

Der 118. Deutsche Ärztetag zwischen Querelen, Sieg im Herzschlag-



Der Vorstand der Bundesärztekammer besteht aus den Präsidenten der 17 Ärztekammern sowie aus zwei weiteren Vorstandsmitgliedern. Auf dem 118. Deutschen Ärztetag wurden der Präsident, dessen zwei Stellvertreter und die zwei weiteren Vorstandsmitglieder neu gewählt. Alter und neuer Präsident ist Dr. Frank Ulrich Montgomery, Stellvertreter bleiben Dr. Martina Wenker und Dr. Max Kaplan. Weiteres Vorstandsmitglied bleibt Dr. Ellen Lundershausen. Zum zweiten weiteren Vorstandsmitglied wurde der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt (S.v.r.), gewählt. Fotos (3): Helliwood media & education

Als eher unspektakulär und ohne inhaltliche Brisanz galt der 118. Deutsche Ärztetag (12.-15. Mai) bereits vor seiner Eröffnung. Auch wenn man dazu geteilter Meinung sein konnte, so bleibt doch festzuhalten: Die inhaltliche Arbeit stand diesmal im Schatten von Personalentscheidungen und einem im Umfeld des Ärztetages öffentlich zelebrierten Selbsterfleischungsprozesses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Für den Hartmannbund war es ein überaus erfolgreicher „DÄT“.

Aus Hartmannbund-Sicht war es der wohl spannendste Augenblick des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main. Am Himmelfahrtstag um genau 17.26 Uhr gab der Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar, das Ergebnis der Stichwahl um den zweiten sogenannten „weiteren Arzt“ in den Vorstand der Bundesärztekammer bekannt. Mit 123 zu 121 Stimmen setzte sich der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, gegen seine Mitbewerberin Dr. Susanne Johna durch. Damit stand endlich

fest: Erstmals seit 20 Jahren ist wieder ein renommierter Vertreter des Hartmannbundes Mitglied im höchsten Führungsgremium der Deutschen Ärzteschaft. Zuvor war der amtierende Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, mit rund zwei Drittel der Delegiertenstimmen in seinem Amt bestätigt worden. Bis kurz vor Beginn des Ärztetages war immer wieder über einen möglichen Gegenkandidaten für den nicht immer unumstrittenen Facharzt für Radiologie aus Hamburg spekuliert worden. In diesem Zusammenhang war auch wiederholt der Name des Hartmannbund-Vorsitzenden genannt worden. Die Stellvertreter Montgomerys, Dr. Martina Wenker und Dr. Max Kaplan, wurden mit überzeugenden Ergebnissen in ihren Ämtern bestätigt.

Dr. Klaus Reinhardt hatte bereits an den davor liegenden Tagen deutlich gemacht, wo er Schwerpunkte seiner Arbeit – nicht nur im Verband –, sondern künftig auch in der Bundesärztekammer sieht (s. Interview auf S. 17): Die Ärzteschaft müsse wieder aktiver Gestalter des



Politik und Wahl(erfolg)en

-Finale

Gesundheitssystemen werden. „Wir müssen der Politik verstärkt Lösungen anbieten, die wir in einer konzertierten Anstrengung von Kammern, KVen und Verbänden über Sektorengrenzen hinaus entwickeln“, bekräftigte der Hartmannbund-Vorsitzende so denn auch nach seiner Wahl. Reinhardt betonte zudem die Bedeutung der ärztlichen Freiberuflichkeit als Grundpfeiler ärztlichen Handelns. „Hier stehen wir vor einer Daueraufgabe, denn unsere Freiberuflichkeit ist permanent durch politische Eingriffe bedroht“, sagte Reinhardt. Dementsprechend war der Hartmannbund unter anderem mit einer vielbeachteten Postkartenaktion auf dem Deutschen Ärztetag unterwegs, die sich dem Thema der (aktuell durch das Versorgungstärkungsgesetz) bedrohten Freiberuflichkeit widmete. „Und jetzt bitte an die Arbeit, Herr Doktor!“ fordert dort eine Schlange den bereits fest im Würgegriff von Reglementierungen, Gesetzen und Pflichten befindlichen Doktor auf (Motiv siehe Seite 2).

Mit einer zweiten Aktion nahm der Hartmannbund das Thema Arbeitszeiten an den deutschen Kliniken ins Visier. Unter der provokativen Überschrift „Überstunden? Das ist doch kostenlose Fortbildung...“ forderte der Verband die Ärztetagsdelegierten zum Voting für eine objektive Arbeitszeitdokumentation und eine Einhaltung der verbindlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes auf (Mehr dazu auf Seite 26).

Dass der Ärztetag medial und atmosphärisch von dem überschattet werden könnte, was sich zuvor bereits über Wochen und Monate in den Reihen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgespielt hatte und am Montag vor der feierlichen Eröffnung des Ärztetages in einem „High-Noon“ auf der KBV-Vertreterversammlung endgültig zu eskalieren drohte, war vor allem von Ärztekammerstrategen schon lange befürchtet worden. Und so war denn auch sowohl das Medieninteresse als auch der Ansturm interessierter Delegierter und Ärztetagsbesucher voraussehbar, als sich die KBV-Vertreter am Vortag des „DÄT“ in Frankfurt versammelten. Dort ging es dann zwar hart zur Sache, die (Doppel-)Rolle des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen als Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und als (formal) gleichzeitiger Chef des Spitzenverbandes der Fachärzte (SpiFa) im Zusammenhang mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung wurde zum wiederholten Male kontrovers diskutiert (siehe Seite 22/23), das von manchem erwartete Frankfurter Finale blieb allerdings aus. Fortsetzung folgt!

Ach so, gesundheitspolitisch gearbeitet wurde dann vom 12. bis zum 15. Mai natürlich auch noch. Einige hundert Anträge wurden von den Delegierten diskutiert und beschieden, darunter auch viele über den Hartmannbund eingebrachte Anträge wie beispielsweise zum Versorgungstärkungsgesetz, zur Krankenhausreform, zum Thema Arbeitszeit, zur Weiterbildung oder zur Zukunft des Medizinstudiums (siehe auch Newsletter „hb-direkt“ vom 19. Mai). (MR)



„Unser gemeinsames Ziel ist eine gute medizinische Versorgung der Patienten. Damit das auch künftig überall in Deutschland möglich ist, schaffen wir mehr Anreize für die Niederlassung von Ärzten in strukturschwachen und ländlichen Gebieten und für eine hohe Qualität im Krankenhaus“, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf dem 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt.



„Freiberuflichkeit ist für Ärzte viel mehr als wirtschaftliche Unabhängigkeit oder Garantie für die Versorgungswerke. Freiberuflichkeit sichert freie medizinische Entscheidungen. Sie sichert die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnis. Sie sichert damit Patientenrechte.“ Das sagte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, während der DÄT-Eröffnung.

Eindrücke vom 118. Deutschen Ärztetag



Foto: Hellwood media & education

250 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland kamen vom 12. bis zum 15. Mai zum 118. Deutschen Ärztetag in das Congress Center Messe Frankfurt.



Foto: Hellwood media & education

Hier wurden während des Ärztetages die zahlreichen Anträge der Delegierten eingereicht und bearbeitet.



Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, wählte den BÄK-Vorstand mit und wurde selbst gewählt.



HBler als DÄT-Delegierte in Aktion: Links Dr. Bernd Lücke (LV-Vorsitzender Niedersachsen) und oben Dr. Thomas Lipp (LV-Vorsitzender Sachsen).



Oben: Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery (2.v.r.), erhielt vom Hartmannbund druckfrisch die Postkarte zum Thema „Bedrohte Freiberuflichkeit“. Rechts: Uni-vertreter aus Frankfurt und Essen (v.l.: Christina Haß, Stephanie Sender, Raymond Ho) trafen den HB-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt und dessen Stellvertreter Klaus Rinkel.



Dr. Klaus Reinhardt in den BÄK-Vorstand gewählt

Die Ärzteschaft muss wieder stärker zum Gestalter von Gesundheitspolitik werden

Herr Dr. Reinhardt, Sie hatten im Vorfeld des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main ein ganz klein wenig die fehlende inhaltliche Substanz der Tagesordnung kritisiert. Wie haben Sie letztendlich den diesjährigen Deutschen Ärztetag erlebt?

Mir hatte vor allem die thematische Auseinandersetzung mit wichtigen Zukunftsthemen gefehlt, die vor dem Hintergrund anstehender Gesetzgebungsverfahren von aktueller Brisanz für die Kolleginnen und Kollegen sind. Dazu zählt zum Beispiel die Diskussion zum Thema Qualität oder auch eine klare Positionierung des Ärztetages zur geplanten Krankenhausreform. Ich glaube nach wie vor, dass dem Deutschen Ärztetag eine inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen Themen gut zu Gesicht gestanden hätte – ganz ungeachtet der Tatsache, dass sowohl die Berichte als auch die Diskussionen zu den Themen Ebola und Kommunikation beeindruckend und interessant waren. Ganz grundsätzlich wünsche ich mir, dass aus der deutschen Ärzteschaft, sei es aus den Verbänden, aber eben auch von so wichtigen Institutionen wie dem Deutschen Ärztetag, wieder verstärkt ganz konkrete Lösungsvorschläge und Konzepte zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen des Gesundheitssystems und des Arztberufes diskutiert und geliefert werden. Wir müssen als Ärzteschaft wieder viel stärker den Anspruch als Gestalter des Gesundheitssystems formulieren.

Gerade letztgenanntes Anliegen haben Sie als eines Ihrer zentralen Ziele als neu gewähltes Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer formuliert. Was haben Sie sich noch vorgenommen?

Um an letzterem anzuknüpfen, nämlich die Frage, wie die Ärzteschaft wieder stärker aktiv Gesundheitspolitik gestalten kann, ist es ganz sicher eines meiner Anliegen, die ärztlichen Kräfte wieder stärker zu bündeln. Wir müssen der Politik wieder als Einheit gegenüberreten und das über Verbands-, und Sektorengrenzen hinweg und – mindestens in zentralen Fragen – auch Bundesärztekammer und KV-System Hand in Hand oder an einem Strang, wie immer Sie es formulieren wollen. Dabei gilt es neben ganz konkreten politischen Zielen vor allem auch, gemeinsam Angriffe auf unsere ärztliche Freiberuflichkeit abzuwehren. Mindestens dieses Ziel sollte die Ärzteschaft immer wieder einen. Ich denke, hier hat die Selbstverwaltung durchaus Nachholbedarf.

Nehmen wir diesen Ball doch gleich einmal auf: Wie beurteilen Sie denn die derzeitige Situation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung?

Da mache ich mir tatsächlich ernsthafte Sorgen. So wie sich die ärztliche Selbstverwaltung momentan an dieser Stelle präsentiert, können wir nun wirklich keinen Anspruch mehr darauf erheben, von der Politik als relevanter Gesprächspartner ernstgenommen zu werden. Mir kommen manchmal Zweifel, ob Appelle an Vernunft und Verantwortung hier noch fruchten, trotzdem darf man nichts unversucht lassen. Ich könnte mir deshalb vorstellen, die Kontrahenten einmal an einen Tisch mit einem respektierten und erfahrenen Kenner des Systems wie beispielsweise mit Manfred Richter-Reichhelm, dem früheren ehrenamtlichen KBV-Vorsitzenden, oder dem früheren KBV-Ge-



Dr. Klaus Reinhardt wurde auf dem 118. Deutschen Ärztetag als weiterer Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt. Der 55-jährige Allgemeinmediziner ist bereits stellvertretender Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe und seit 2012 Vorsitzender des Hartmannbundes.

schaftsführer und langjährigen unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rainer Hess, zu setzen – und den Raum solange nicht zu verlassen, bis man sich endlich verständigt hat. Die Hoffnung stirbt zuletzt! (MR)

Anzeige

ETL | Medizinrecht

WIR MACHEN
MEDIZINRECHT

Schnelle und unkomplizierte Hilfe: Tel.: (0800) 724 17 76
Weitere Infos finden Sie unter www.etl-rechtsanwaelte.de/medizinrecht

PRO & CONTRA



PRO „Bundesweite Impfpflicht“ von Dr. Christian Schamberg-Bahadori Zum Schutz des Einzelnen und der Gesamtheit

Dr. Christian Schamberg-Bahadori ist Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes Rheinland-Pfalz. Der 52-jährige ist niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg, Belegarzt und Lehrbeauftragter an der Universität Mainz.

In Deutschland ist die Diskussion um eine Impfpflicht nach dem aktuellen Ausbruch der Masern erneut entfacht. Die nachfolgenden Aspekte sind aus meiner Sicht dabei zu berücksichtigen:

Wissenschaftliche Erkenntnisse: Sicherlich ist vollkommen unstrittig, dass es gerade die Impfungen sind, welche einige der gefürchtetsten Infektionskrankheiten eingedämmt bzw. – wie die Pocken belegen – sogar ganz verschwinden lassen. Ein Restrisiko (*Komplikationen*) bleibt beim Impfen. Ferner haben nicht alle Impfungen dieselbe Effizienz (*s. Masern/Grippe*).

Medizinisch-ethische Erkenntnisse: Bei Infektionskrankheiten, die von Mensch zu Mensch übertragen werden können, ist eine Impfung in der Regel (*Ausnahme Tetanus*) hervorragend geeignet, die Krankheitsübertragung zu unterbinden. Die Übertragungswege sind sehr unterschiedlich. Eine Bewertung dieser Übertragungswege ist für jedes einzelne Krankheitsbild zu erstellen. Die Übertragung von Masern ist grundsätzlich eine ganz andere wie die Übertragung einer Papilloma Virus Infektion (*Cervix Carcinom*). Der Einzelne kann sich im letzteren Fall sehr gut auch ohne Impfung (*zum Beispiel durch seine Lebensführung*) schützen. Der Einzelne kann sich

hingegen nicht gegen Masern schützen, da der Aufenthalt in einem öffentlichen Raum (*Bahn, Bus, Büro, Schule, Arbeitsplatz etc.*) ausreicht, um sich zu infizieren. Es muss auch berücksichtigt werden, welche Bevölkerungsgruppen in „typischer Weise“ geimpft werden sollten. Sind es primär Minderjährige und Säuglinge, also Menschen, für die andere Personen entscheiden, oder sind die Betroffenen in der Lage, für sich Entscheidungen zu treffen (*z.B. Grippeimpfung im Altersheim*)?

Eine Gesellschaft hat die moralische Verpflichtung, alle Menschen und ihre Grundrechte (*Recht auf Unversehrtheit und Gesundheit*) zu schützen, im Besonderen die der hilfsbedürftigen Menschen. Deshalb sollten zum Beispiel Säuglinge konsequent gegen Masern geimpft werden, ebenso deren Umfeld, um damit das Virusreservoir zu zerstören. Diese ethische Verpflichtung ergibt sich aus der Morbidität/Mortalität und des Übertragungsweges. Die Entscheidung für eine Grippeimpfung im Altersheim kann man hingegen sehr wohl und in der Regel den Betroffenen überlassen.

Im Zeitalter der Globalisierung und des weltweiten Reisens sollte in die Erwägungen der Impfpflicht natürlich auch ein potentieller Kollateralschaden (*Hohe Morbidität/Mortalität durch Infektion mit Tuberkulose und Masern*) von Impfverweigerern auf die Bevölkerung des Ziellandes berücksichtigt werden.

Juristische Erwägungen: Rechtssicherheit ist ein wichtiges Gut. Klarheit und Übernahme der Verantwortung spielen eine entscheidende Rolle. Impfpflicht heißt: Die Gesellschaft übernimmt diese Verantwortung – für den Impfling/Ver-

treter und den Arzt. Dies illustriert auch hier das Beispiel der Masern-Impfung: Eltern, die aus Sorge um die Nebenwirkungen eine notwendige Impfung verweigern – lieber „schicksalhaft“ infizieren, als dass sie die Verantwortung für den iatrogenen Schaden einer Impfung tragen und ertragen müssen! In Folge eines iatrogenen Schadens wird bei der Impfpflicht dann auch eine gesellschaftliche Verantwortung. Eine Sozialisierung des Nutzens bei gleichzeitiger Privatisierung der Risiken unterbleibt.

Resümee: Es geht darum, für jede Impfung ein individuelles Profil, unter den oben genannten Kriterien, zu erstellen. Eine Gesellschaft, welcher der Schutz des Einzelnen, aber auch der Gesamtheit wichtig ist, und von sich behauptet, dass die individuelle Freiheit an der Stelle aufhört, wo die Grundrechte eines anderen Menschen beginnen, wird nicht umhin kommen, nach umsichtiger Güterabwägung (*oben genannte Kriterien*) für einige Infektionskrankheiten eine allgemeine Impfpflicht (*der Impffähigen*) einzuführen.

Bundesweite Impfpflicht

CONTRA „Bundesweite Impfpflicht“ von Prof. Dr. Lothar H. Wieler
Es gilt der Grundsatz der Freiwilligkeit



Foto: Fix-Foto Berlin

Prof. Dr. Lothar H. Wieler ist Präsident des Robert Koch-Instituts, des nationalen Public-Health-Instituts, bei dem auch die Ständige Impfkommission angesiedelt ist. Sein Forschungsgebiet sind Zoonosen.

Schutzimpfungen sind bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten von überragender Bedeutung, da sie vorbeugend schützen. Das Robert Koch-Institut (RKI) unterstützt Impfungen gegen Infektionskrankheiten vorbehaltlos. Das Infektionsschutzgesetz hat das Ziel, übertragbare Krankheiten vorzubeugen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Das bedeutet aber nicht, dass dafür jedes Mittel recht ist. Aus verfassungsrechtlichen Gründen (*Selbstbestimmungsrecht, Recht auf körperliche Unversehrtheit*) gilt in Deutschland der Grundsatz der Freiwilligkeit der Impfungen. Es gibt daher eine hohe Schwelle für eine Impfpflicht. Unabhängig von der Einschätzung der rechtlichen Möglichkeit für

eine Impfpflicht gemäß § 20 (6,7) IfSG (*die nicht Sache des RKI wäre*) sehen wir keine nennenswerten Vorteile, sondern im Gegenteil auch Nachteile – zum Beispiel im Falle einer Masern-Impfpflicht.

Maßgeblicher Grund der Masern-Ausbrüche der vergangenen Jahre sind die großen Impflücken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Nach Ergebnissen der DEGS-Studie des RKI hatten unter den 18- bis 44-Jährigen nur 56,9 Prozent mindestens eine Masernimpfdosis erhalten. Diese Gruppe wird bei Forderungen zur Impfpflicht praktisch nie erwähnt. Vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) gar nicht bekannt. Diese Altersgruppen gehen auch selten zum Arzt. Hier wären aufsuchende Impfangebote z.B. in Schulen und anderen Ausbildungseinrichtungen sowie entsprechende Informationskampagnen die dringend erforderlichen Schritte.

Skepsis gegenüber dem Impfen gibt es bei einem nennenswerten Teil der Bevölkerung, wie Befragungen der BZgA zeigen. Die Skepsis ist aber nicht das Hauptproblem. Es würde sonst keine Impfquote von fast 97 Prozent im Bundesdurchschnitt für die erste Masernimpfung bei Schulanfängern geben. Aber natürlich ist die Situation auch bei den Kindern noch nicht optimal. Viele Kinder werden zu spät gegen die Masern geimpft, es gibt große regionale Unterschiede. Hier muss es niedrigschwellige Angebote, Erinnerungssysteme für Eltern und industrieunabhängige Informationen geben.

Es gibt ausreichend gute Argumente für die Masernimpfung, aber eine Impfpflicht könnte den unerwünschten Eindruck erwecken, dass die Argumen-

te doch nicht so gut sind. Zudem wäre bei Einführung einer Impfpflicht massiver Widerstand von Impfgegnern zu erwarten, der die Masernimpfung in der öffentlichen Wahrnehmung eher diskreditieren als stärken würde. Ein solcher Widerstand würde auch personelle Kapazitäten im Öffentlichen Gesundheitsdienst binden, die an anderer Stelle gebraucht würden, insbesondere bei den aufsuchenden Impfangeboten für Jugendliche und junge Erwachsene.

Oft werden die USA als vermeintlich positives Beispiel für eine Impfpflicht zitiert. Das ist differenziert zu betrachten. Aufgrund vieler Ausnahmeregelungen gibt es auch dort verbreitete Impflücken. Es gibt genügend Beispiele, auch in Deutschland, dass ohne Zwang gute Impfquoten erzielt werden können. In die richtige Richtung weist das geplante Präventionsgesetz, das eine verpflichtende Impfberatung vor dem Besuch einer Kindertagesstätte vorsieht. Insgesamt ist noch viel zu tun, um das Eliminationsziel zu erreichen, das RKI hat daher maßgeblich zu einem Entwurf für einen Nationalen Aktionsplan beigetragen, der bei der Nationalen Impfkonzferenz im Juni in Berlin beraten werden soll.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Masernelimination ist nicht die Impfpflicht, sondern der politische Wille, Gesundheitsämter als kompetente Taktgeber vor Ort personell und finanziell ausreichend auszustatten, der Abbau von Abrechnungshindernissen, damit jeder Arztkontakt zum Schließen von Impflücken genutzt werden kann – und nicht zuletzt motivierte Ärzte, die selbst geimpft sind und jede Gelegenheit nutzen, um das Thema offensiv anzusprechen.

Antikorruptionsgesetz

Symbolstrafrecht und Freifeldforschung

Der Gesetzesentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wird von Verbänden und Körperschaften als – zumindest in Teilen – verfassungswidrig eingestuft. So auch vom Hartmannbund. Eine Überarbeitung scheint unumgänglich. Wird sich der Gesetzgeber dennoch mit der Formulierung reinen Symbolstrafrechts begnügen und wieder einmal der Judikative die Korrektur überlassen? Der in diesem Kontext mittlerweile häufig gebrauchte Begriff der „Freifeldforschung“ lässt erahnen, dass die Rechtsunsicherheit bis zu einer Klärung ihre Opfer fordern wird.

Den Tatbestand der „Korruption im Gesundheitswesen“ zu ahnden, hatte sich der Gesetzgeber bereits in der letzten Legislaturperiode vorgenommen. Damals war eine Verankerung im Fünften Sozialgesetzbuch (SGBV) vorgesehen, die der Hartmannbund öffentlich kritisierte. Im Jahr 2013 legte dann der Bundesrat einen Gesetzesentwurf vor, der erstmals eine Erweiterung des Strafgesetzbuches vorsah. Im Rahmen dieser Bestrebungen forderte die Hauptversammlung des Hartmannbundes 2014 in einem Beschluss vom Gesetzgeber hinreichende Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte. Zuletzt war es der Freistaat Bayern, der im Januar

2015 einen eigenen Gesetzesentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in den Bundesrat einbrachte. Zu diesem Zeitpunkt hatte Dr. Klaus Reinhardt als Vorsitzender des Hartmannbundes Gelegenheit, das Gesetzesvorhaben in einem persönlichen Gespräch mit der Staatssekretärin im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), Dr. Stefanie Hubig, zu diskutieren. Auch in diesem Gespräch wurden verfassungsrechtliche Bedenken angerissen, sollte sich der geplante Gesetzesentwurf an bereits bekannten Entwürfen orientieren. Kurz darauf legte das BMJV einen entsprechenden Referentenentwurf vor und forderte Verbände und Körperschaften zur Abgabe einer Stellungnahme auf. Der Hartmannbund reichte am 8. April seine offizielle Stellungnahme ein. Daneben wurde dem Ministerium eine rechtsgutachterliche Stellungnahme zum Referentenentwurf von Prof. Dr. Bernd Müssig und Dr. Daniel Neuhöfer der Kanzlei „Redeker, Sellner, Dahs“ zugeleitet; diese wurde im Auftrag der Allianz Deutscher Ärzteverbände (in dieser ist auch der HB vertreten) erarbeitet.

In seiner Stellungnahme machte der Hartmannbund gegenüber dem BMJV deutlich, dass er Korruption im Gesundheitswesen entschieden ablehne. Insbesondere im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung führe Bestechung und



118. Deutscher Ärztetag
Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

Ärztetags-Drucksache Nr.
I - 10

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruptionsstrafrecht rechtssicher formulieren

Entschließungsantrag

Von: Dr. Klaus Reinhardt als Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Dr. Wolfgang Weslack als Delegierter der Ärztekammer Hamburg
Dr. Matthias Lohaus als Delegierter der Ärztekammer Berlin
Dr. Veit Wambach als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Klaus-Peter Spies als Delegierter der Ärztekammer Berlin
Dr. Frauke Wulf-Hornelius als Delegierte der Ärztekammer Niedersachsen
Dr. Wolf von Römer als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer
Wolfgang Gradel als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Stand: 04.02.2015) dahingehend abzuändern, dass insbesondere die neu zu schaffende Strafnorm des § 299a StGB-E notwendigen verfassungsrechtlichen Anforderungen gerecht wird.

Beurteilung:

Der derzeit formulierte § 299a StGB-E würde bei Umsetzung massive Rechtsunsicherheit innerhalb der Ärzteschaft und im Gesundheitswesen insgesamt zur Folge haben und damit stärker als gewollt eigentlich gewünschte wirtschaftliche Betätigungen einschränken.

Der gesetzgeberische Einsatz strafrechtlicher Mittel darf wegen des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips stets nur ultima ratio sein. Schon insofern bedarf es eines besonderen Unrechtsgehalts und einer präzisen Definition sämtlicher Tatbestandsmerkmale. Die geplante Strafnorm ist jedoch derzeit vollkommen ungeeignet wäre.

Insbesondere die Aufnahme von Berufsrechtspflichtverletzungen in den Straftatbestand wird dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot nicht gerecht und wird dazu führen, dass künftig Strafverfolgungsbehörden die Definition wesentlicher Teile des ärztlichen

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:
Stimmen Ja: 0 Stimmen Nein: 0 Enthaltungen: 0

Auf dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt wurde seitens der Allianz Deutscher Ärzteverbände ein federführend vom Hartmannbund erarbeiteter Antrag eingebracht, der die bestehenden verfassungsrechtlichen Bedenken zum Ausdruck bringt und den Gesetzgeber zu einer rechtssicheren Formulierung des § 299 a StGB auffordert.

Bestechlichkeit zu einer ernsthaften Vertrauensgefährdung zwischen Arzt und Patient. „Korruptives“ Verhalten von Ärzten und Zahnärzten gehe zu Lasten der überwältigenden Mehrheit von Berufskollegen, die sich stets und ausschließ-

lich gesetzestreu und berufswürdig verhalten. Gleichzeitig wurde jedoch sehr deutlich darauf hingewiesen, dass der vorliegende Gesetzesentwurf aufgrund seiner Unbestimmtheit in hohem Maße Rechtsunsicherheit stiften statt echte Korruptionsfälle wirksam bekämpfen oder verhindern werde. Vor dem Hintergrund des ultima-ratio-Prinzips sei bereits die Notwendigkeit der Einführung eines speziellen Straftatbestandes zweifelhaft. Auch der in der Gesetzesbegründung formulierte und in der Öffentlichkeit vermittelte Eindruck, das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen diene vornehmlich dem Patientenschutz, widerspreche klar seiner systematischen Einbettung im Abschnitt „Straftaten gegen den Wettbewerb“.

Entscheidend ist aus Sicht des Hartmannbundes, dass der Gesetzesentwurf in weiten Teilen dem Bestimmtheitsgebot als Ausprägung des Rechtsstaatsprinzips zuwiderlaufe. Für die betroffenen Berufsgruppen sei keineswegs voraussehbar, welche Rechtsfolge sich aus welchem Verhalten ergeben kann. Den Anforderungen an eine hinreichend klare Formulierung aller Tatbestandsmerkmale werde die geplante Strafrechtsnorm daher keineswegs gerecht. Auch die Gesetzesbegründung, die im Rahmen strafgerichtlicher Auseinandersetzungen als Auslegungshilfe herangezogen werden kann, liefert wenig Verlässliches im Hinblick auf die Konkretisierung straf(un)würdigen Verhaltens. Vor allem die Aufnahme von Berufs-

rechtspflichtverletzungen in den Tatbestand der Korruption im Gesundheitswesen berge die Gefahr, dass anstelle der Selbstverwaltungskörperschaften künftig Strafverfolgungsbehörden die Definition wesentlicher Teile des (zahn)ärztlichen Berufsrechts übernehmen. Zudem könnten Inhalte der Länderberufsordnungen durchaus divergieren. Werden jedoch Berufspflichtverletzungen zum Tatbestandsmerkmal erhoben, so seien diese inhaltlichen Abweichungen im Sinne des verfassungsrechtlich geschützten Bestimmtheitsgebots nicht mehr hinnehmbar. Der Hartmannbund warnt im Zusammenhang mit der Auslegung einzelner Tatbestandsmerkmale des § 299a StGB zudem dringend davor, die Grundsätze des geschäftlichen Verkehrs auf das Gesundheitswesen herunterzubrechen. Sinnvolle und notwendige Formen der Zusammenarbeit zwischen (Zahn)Ärzten und Unternehmen oder versorgungsübergreifende Vernetzungen dürften keinesfalls unter den Verdacht der Strafbarkeit geraten. (SH)

Die ausführliche Stellungnahme des Hartmannbundes zum Antikorruptionsgesetz finden Sie hier:
www.hartmannbund.de/antikorruption
oder QR-Code scannen:



Aktuelle Urteile

Teilberufsausübungsgemeinschaften

Leistungskomplexe ja,
 komplettes Leistungsspektrum nein;
 BSG (Az.: KA 24/14 R, B 6 KA 21/14 R)

HZV-Verträge

Abrechnung nicht datenschutzkonform; BSG (Az.: B 6 KA 9/14 R)

Gewerbesteuerpflicht

Pyrrhussieg für die ärztliche Freiberuflichkeit; BFH (Az.: VIII R 41/12)

Heilmittelwerberecht

Kostenloser Fahrdienst hat Einfluss auf Verbraucher; BGH (Az.: I ZR 213/13)

Nachbesetzungsverfahren

Einflussnahme durch BAG-Gründung; BSG (Az.: B 6 KA 43/13 R, B 6 KA 44/13 R)

Benötigen Sie eine Rechtsberatung? Dann kontaktieren Sie uns:

030 206 208-0,
hb-info@hartmannbund.de,
www.hartmannbund.de/recht-aktuell

Anzeige

Den Durchblick behalten. Honorarverluste vermeiden.



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

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

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

Jetzt 10 Tage kostenlos online testen!

www.ebm-goae.de





Die Tuberkulose ist die zweithäufigste Infektionskrankheit weltweit; Globalisierung und zunehmende Migrationsbewegungen führen zu steigenden Fallzahlen auch in Deutschland. Die Krankheit war die erste, für die indikationsspezifische Anforderungen im Rahmen der ASV festgelegt wurden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung Der Stein des Anstoßes

Seit Wochen ist sie wieder in aller (ärztlichen) Munde, die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, kurz ASV. Anlass dafür: Ein Vorstoß des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Gassen, der in den eigenen – vertragsärztlichen – Reihen auf Kritik stieß. Grund genug, sich mit deren inhaltlichem Gehalt auseinanderzusetzen.

Die Ausläufer des Bebens mit Epizentrum Berlin waren auch rund um den 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt am Main zu spüren, nachdem der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, ohne Rücksprache mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), zusammen mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, in einem gemeinsamen Brief an den Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vorgeschlagen hatte, die zeitliche Befristung für bestehende Genehmigungen nach § 116b SGB V (alt) beizubehalten und im Gegenzug für die ASV auf das Kriterium der „schweren Verlaufsformen“ zu verzichten (siehe auch Seiten 14/15).

Worin besteht die Brisanz? Der § 116b SGB V und damit die Möglichkeit für Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Krankenhaus, wurde zum 1. Januar 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in das Sozialgesetzbuch (SGB) V eingeführt. Nachdem die Krankenkassen diese Möglichkeit recht wenig nutzten, lockerte der Gesetzgeber die Vorschrift mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007. Von diesem Zeitpunkt an war ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der genannten Leistungen ohne Bedarfsprüfung berechtigt, wenn und soweit es nach Antrag des Klinikträgers als geeignet dazu bestimmt worden war.

Aus dieser Zeit resultieren eine Reihe von Entscheidungen, welche Kliniken im Rahmen des § 116b SGB V zur Erbringung ambulanter Leistungen berechtigen. Allerdings sind diese aufgrund eines höchst unterschiedlichen Umgangs mit der Problematik regional sehr unterschiedlich verteilt. So gab es Anfang des Jahres 2011 bundesweit deutlich über 1.000 berechnete Krankenhäuser. Allein in Nordrhein-Westfalen hatten 250 Krankenhäuser die Berechtigung zur ambulanten Behandlung nach

§ 116b SGB V, zusammen mit Schleswig-Holstein (122) und Hessen (108) entfielen auf diese drei Bundesländer bereits deutlich über ein Drittel aller Berechtigungen, während in Bayern nur 19 und in Baden-Württemberg zum damaligen Zeitpunkt nur ein Krankenhaus die 116b-Berechtigung erhalten hatten.

Nach der Neufassung des § 116b SGB V mit Einführung der Ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) zum 1. Januar 2012 nun sollten diese Genehmigungen nur noch bis zu deren Aufhebung durch die zuständigen Landesgremien gelten, längstens jedoch bis zwei Jahre nach Inkrafttreten eines neuen Richtlinienbeschlusses.

Diese zeitliche Begrenzung hebt der aktuelle Entwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf, sodass bei unveränderter Einführung der neuen Vorschrift künftig zwei unterschiedliche Kategorien 116b SGB V-Berechtigungen zu verzeichnen wären: Altberechtigungen nur für Krankenhäuser mit zum Teil deutlich weniger strengen Vorgaben und neue ASV-Berechtigungen (für Krankenhäuser und Vertragsärzte) nach deutlich anspruchsvolleren Teilnahmevoraussetzungen gemäß den neuen Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses. Verständlich, dass eine solche Zweiklassen-Berechtigungslandschaft bei niedergelassenen Spezialisten nicht auf Begeisterung stößt, waren doch gerade die „gleich langen Spieße“ die Forderung und auch das Credo bei Einführung der ASV. Folgerichtig auch das Votum der KBV-VV vom 23. April 2015, wonach der dauerhafte Bestandsschutz für Altberechtigungen entfallen müsse.

Offensichtlich im Gegenzug dafür hatte die DKG die Forderung nach dem Wegfall der Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen erhoben, der sich der KBV-Vorsitzende Gassen eben ohne Rücksprache angeschlossen hatte.

Auswirkungen auf Fachärzte „ohne ASV“ bleiben unklar

Man mag über das Ausmaß der Auswirkungen einer Erweiterung der ASV-Indikationen von den bisher vorgesehenen ausschließlich schweren auch auf „leichtere“ Verlaufsformen (sofern man davon sprechen mag) streiten. Kritiker befürchten, dies könnte dazu führen, dass bisher im niedergelassenen Bereich behandelte Patienten künftig vermehrt in Kliniken behandelt würden, was aufgrund der vorgeschriebenen Bereinigung der Gesamtvergütungen zwangsläufig zu einem Verlust an vertragsärztlichem Honorar führen würde. Andere argumentieren dagegen und rufen auf, mehr Selbstbewusstsein an den Tag zu legen. Sie geben zu bedenken, dass die ambulant niedergelassenen Ärzte keinen Grund hätten, die Konkurrenz der Kliniken zu fürchten, da gerade das stabile persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis und der garantierte Facharztstatus Pfunde seien, mit denen man wuchern könne.

Sicherlich würden die potentiellen ASV-Teilnehmer unter den Fachärzten in geringerem Maße von einem möglichen Verlust an Gesamtvergütung betroffen sein, haben sie doch die Möglichkeit, dies durch eigene, extrabudgetäre ASV-Leistungen auszugleichen. Was brisant bleibt und derzeit nun einmal noch nicht zu beziffern ist, wären die Auswirkungen auf niedergelassene Fachärzte, die nicht selbst an der ASV teilnehmen (können). Zwar schreibt das Gesetz vor, dass die Bereinigung nicht zu Lasten (u.a.) der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf (§ 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V). Allerdings ist es ein offenes Geheimnis, dass eine Bereinigung allein bezogen auf den einzelnen ASV-Arzt kaum möglich sein dürfte, sodass über die Bereinigung des entsprechenden Fachgruppentopfes alle Ärzte einer Fachgruppe, auch die so genannten Grundversorger, be-



Termine

12. und 13. Juni (Freitag/Samstag), jeweils 18 Uhr
Grundlagen der EKG-Interpretation, Veranstalter: LV Rheinland-Pfalz, Ort: Mainz, Gebühr: kostenfrei für Mitglieder. Die Zertifizierung der Veranstaltung ist bei der Bezirksärztekammer Rheinhessen beantragt. Bitte Barcode-Aufkleber mitbringen!

Dienstag, 16. Juni, 19 bis 21.30 Uhr

Women's Networking Lounge: Notfallplan: Was passiert, wenn die Praxisinhaberin ausfällt? Veranstalter: LV Sachsen-Anhalt in Kooperation mit der apoBank, Ort: Halle/Saale, Gebühr: 35 €, Mitglieder des Hartmannbundes zahlen nur 25 €.

Dienstag, 16. Juni, 19.30 Uhr

Arzneitherapie aktuell, Qualitätsbewusste Arzneiverordnung anhand von praxisrelevanten Beispielen, Veranstalter: LV Schleswig-Holstein, Ort: Heide, Gebühr: keine. Die Veranstaltung wird mit vier Punkten zertifiziert. Bitte Barcode-Aufkleber mitbringen. Im Anschluss an den Vortrag und die Diskussion sind die Teilnehmer zu einem Imbiss eingeladen.

Freitag, 3. Juli, 17 bis 21 Uhr

WGOÄ-Abrechnungssseminar für Hausärzte, Veranstalter: LV Bayern, Ort: München-Ost, Gebühr: HB-Mitglieder 70 €, Nichtmitglieder 130 €.

Mehr Seminare finden Sie hier:

www.hartmannbund.de/akademie

treffen sein würden. Und diese können den Verlust durch Bereinigung eben nicht durch eigene ASV-Leistungen ausgleichen.

Trotzdem wird er wohl kommen, der Wegfall der schweren Verlaufsformen, vielleicht auch ausgelöst durch den umstrittenen Brief der Herren Gassen und Baum an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Hatte der Gesetzgeber eine solche Verbreiterung der ASV-Basis anfänglich nicht „auf dem Schirm“ (zumindest war nichts Derartiges zu vernehmen), bekam die Idee mit der Diskussion eine Eigendynamik. Nunmehr ist seit einigen Tagen aus Koalitionskreisen zu vernehmen, die Einschränkung auf „schwere Verlaufsformen“ solle bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen gestrichen werden. Und die Bestandsschutzregelung für die bestehenden Berechtigungen der Kliniken nach § 116b SGB V alt? Sie bleibt wohl noch drei Jahre lang erhalten, in der Gesundheitspolitik eine sehr lange Zeit...

(PM)

PS: Laut offiziellem ASV-Verzeichnis waren mit Redaktionsschluss für die Indikation „Gastrointestinale Tumoren“ acht und für die Indikation „Tuberkulose“ sechs berechnete Teams bundesweit ausgewiesen.

Was nicht passt, wird passe

Zwei Ärzte berichten aus ihrem beruflichen Alltag

Seit Jahren ist das Thema „Arbeitszeit“ unter den Ärzten ein Dauerbrenner. Immer wieder werden zu viele und zum Teil unbezahlte Überstunden, zu viele Bereitschaftsdienste, nicht eingehaltene Pausen oder Weiterbildung erst nach Feierabend beklagt. Auch die Berater des Hartmannbundes, an die sich viele Mitglieder hilfeschend wenden, berichten von unzähligen Verletzungen des Arbeitszeitgesetzes an deutschen Kliniken. Wir haben zwei unserer Mitglieder gebeten, uns ihre Erfahrungen mitzuteilen – an dieser Stelle anonym.

Voller Enthusiasmus und Tatendrang trat Sebastian M.* im Frühjahr 2014 in einem mittelgroßen Krankenhaus in Süddeutschland seine erste Assistenzarztstelle an. Nach sechs Jahren Medizinstudium wollte er endlich Arzt sein und unter Beweis stellen, das er auch das Zeug dazu hat. „Bereits ein Jahr später fühlte ich mich aller meiner Illusionen beraubt“, zog der junge Arzt eine überraschend schnelle bittere Bilanz. „Ich kann jeden Kollegen verstehen, der sich aus der kurativen Medizin in deutschen Krankenhäusern verabschieden möchte.“

Wie kam es zu dem schnellen Sinneswandel, fragen wir nach? Es habe eigentlich alles ganz normal angefangen, berichtet der 29-Jährige. Im Arbeitsvertrag stehen 40 Wochenarbeitsstunden, hinzu kommen die Dienste in der Nacht und am Wochenende. Auch die Pausen sind geregelt. „Klar schaut man auch mal über eine Pause hinweg, hängt die hinten ran oder lässt sie auch mal unter den Tisch fallen, aber das sollte nicht die Regel sein.“ Ist es dann aber geworden: Aus 40 Wochenarbeitsstunden wurden 50 bis 55 Stunden, die Dienste oben drauf. Die Pausenzeiten kann Sebastian M. bis heute so gut wie nie einhalten, weil dazu keine Zeit bleibt. Bezahlt werde die halbe Stunde Pause aber nicht. „Mir geht es in letzter Konsequenz nicht um die halbe Stunde Pause am Tag, auch wenn die bei diesem an-

strengenden Arbeitsalltag notwendig wäre. Was aber tatsächlich weh tut ist, dass diese halbe Stunde am Tag, faktisch Arbeitszeit, unter den Tisch fällt. Summiert auf ein Jahr ergibt sich eine zusätzliche Arbeitszeit von etwa einem dreiviertel Monat.“

Auf die Pausenregelungen und langen Arbeitszeiten angesprochen, habe sein Chefarzt geantwortet, Sebastian M. müsse seine Pause nehmen und dürfe nicht mehr als zehn Stunden am Tag arbeiten. Wie diese schöne Theorie in der Praxis umgesetzt werden soll, ist dem jungen Assistenzarzt auch nach anderthalb Jahren ein Rätsel geblieben. Besser sei es auch nicht geworden, als sich das Gewerbeaufsichtsamt zur Kontrolle der Pausenzeiten und Höchstarbeitszeiten anmeldete. Einen Tag vor dem Besuch erhielten die Assistenzärzte eine vom Chef unterschriebene Anweisung, dass die Pause einzuhalten sei. Nur wie?

Ungereimtheiten auch beim Spät- und Intensivdienst: Der Spätdienst werde in der Regel von einem weniger erfahrenen Kollegen wie Sebastian M. ohne Intensiverfahrung besetzt, der Intensivdienst mit einem erfahrenen Kollegen. Laut der Klinikweisung müsste der erfahrende Kollege zwischen 23 und 24 Uhr eine Pause machen und der Kollege ohne Intensiverfahrung müsste den erfahrenen Kollegen in dieser Zeit auf der Intensivstation vertreten und die Station eigenverantwortlich führen. Für Sebastian M. – mittlerweile zwar im zweiten Assistenzarztjahr, aber noch immer ohne Erfahrungen auf der Intensiv-



Arbeitszeitgesetz

Höchst arbeitszeit: Nach § 3 S.1 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) beträgt die Arbeitszeit maximal acht Stunden täglich und somit 48 Wochenstunden, da der Gesetzgeber den Samstag ebenfalls als Werktag einstuft. Diese Arbeitszeit kann gem. § 3 S. 2 ArbZG auf bis zu zehn Stunden erhöht werden, wenn innerhalb eines Ausgleichszeitraums von sechs Kalendermonaten oder 24 Wochen wieder durchschnittlich acht Stunden erreicht werden.

Verlängerung möglich: Laut Tarifvertrag (oder Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung) kann die Arbeitszeit auf über zehn Stunden bis hin zu 24 Stunden verlängert werden, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fallen, z.B. zehn Stunden Regelarbeitszeit und 14 Stunden Bereitschaftsdienst (§ 7 Abs. 1 ArbZG).

Ausnahme: Opt-Out (§ 7 Abs.2a ArbZG): Verlänge-

rung der Arbeitszeit auf über acht Stunden ohne Ausgleichszeitraum. Die im Rahmen der Verlängerung der Arbeitszeit erbrachte Arbeitsleistung ist aber entsprechend der jeweiligen Regelungen zu vergüten und es muss in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst anfallen. Die Einwilligung in eine Opt-Out Regelung kann mit einer Frist von sechs Monaten schriftlich widerrufen werden. Daher muss die Opt-Out-Regelung auch zwingend in einer separat zum Arbeitsvertrag erfolgenden Einwilligungserklärung erfolgen.

Haftung – Umkehr der Beweislast möglich: Bei einem Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz kann es im Fall eines Behandlungsfehlers zu einer Beweiserleichterung zugunsten des Patienten kommen. Zwar reicht der Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz allein nicht aus, allerdings kann der Arzt möglicherweise wegen Übernahmeverschuldens in

nd gemacht

station und ohne Einweisung an den entsprechenden Geräten – wäre das ein „No Go“. Gelebte Praxis? „Selbstverständlich passiert das in der Praxis nicht, da der erfahrene Kollege auf der Intensivstation in seiner 13 Stunden-Schicht keine Pause macht“, antwortet Sebastian M. Im Übrigen würde auch er 13 Stunden und länger durcharbeiten, da sich nach seinem Spätdienst die Bereitschaftsstufe drei anschließt. „Was nicht passt, wird eben passend gemacht, und Papier ist geduldig“, sagt Sebastian M. abschließend und nicht mehr ganz so sicher, ob er auch künftig in Deutschland als Arzt arbeiten möchte.

Gleich mehrere Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz

Kaum anders klingt es bei Sarah K.*, die ihre Assistenzarztzeit bereits absolviert hat und aktuell als angestellte Ärztin in einer Klinik in Norddeutschland arbeitet. Bei ihrem Arbeitgeber liegen aus Sicht der 33-Jährigen gleich mehrere Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz vor:

Der Bereitschaftsdienst wird als Rufbereitschaft deklariert. Die tägliche Arbeitszeit beinhaltet oft mehr als zehn Stunden. Der Bereitschaftsdienst von Sonntag bis Donnerstag geht immer über 24 Stunden. Es gibt keinen Ausgleich für Nacharbeit. Die wöchentliche Arbeitszeit liegt im Durchschnitt weit über 48 Stunden. Und auch die betrieblich vereinbarte Höchstgrenze für Überstunden wird nicht beachtet. „Ich habe mich leider erst sehr spät genauer mit dem Arbeitszeitgesetz befasst und festgestellt, wie sehr dieses in unserer Klinik mit Füßen getreten wird“, fühlt sich Sarah K. machtlos. Als sie ihre Stelle antrat, habe sie außerdem eine Vereinbarung unterschreiben müssen, in der sie sich bereit erklären musste, in der Rufbereitschaft innerhalb von zehn Minuten am Patienten zu sein. „Damals wusste ich noch nicht, dass diese Vorgabe von zehn Minuten eine

die Beweispflicht kommen. Übernahmeverschulden liegt vor, wenn der Arzt tätig wird, obwohl er nicht in der Lage ist, die Therapie zuverlässig und lege artis durchzuführen, welches bei einer Überschreitung der zulässigen Arbeitszeiten indiziert sein kann. So kann sich der Arzt nicht allein dadurch entlasten, dass er auf Veranlassung des Klinikträgers oder seines Vorgesetzten gesetzeswidrig weiterarbeiten musste. Es würde im jeweiligen Einzelfall eine Prüfung erfolgen, ob es dem Arzt in der konkreten Situation zumutbar war, den Antritt ohne die Einhaltung der gesetzlichen Ruhezeiten zu verweigern. Somit ist entscheidend, was von einem ordnungsgemäß und pflichtbewusst handelnden Arzt in derselben Situation hätte erwartet werden können; beispielsweise in einer Notsituation kann ein weiteres Tätigwerden trotz Übermüdung gerechtfertigt sein. Daneben haftet bei Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz im Regelfall immer der Klinikträger aufgrund von Organisationsverschulden. (CB)



Mit diesem Plakat hat der Hartmannbund bereits vor Jahren auf die Missstände in Sachen Arbeitszeit hingewiesen.

Rufbereitschaft ausschließt und mit diesem Schreiben definitionsgemäß Bereitschaftsdienst angeordnet wurde“, berichtet die Ärztin, die im Monat bis zu sieben Dienste absolviert.

Hinzu kommt, dass sie und auch alle anderen Ärzte regelmäßig mehr als zehn Stunden täglich und oft auch ohne Pause arbeiten. Weder die Vorgesetzten noch der Betriebsrat würden darin ein Problem sehen. Etwas weniger durchsetzungsfreudigen Ärzten sei sogar nahegelegt worden, die tägliche Arbeitszeit immer dann auf zehn Stunden zu kürzen, wenn sie länger als zehn Stunden gearbeitet hatten. „Wir haben keine elektronische Zeiterfassung. Außerdem gibt es in unserer Klinik eine Opt-Out-Regelung für 58 Stunden Wochenarbeitszeit, die nur in einer Betriebsvereinbarung verankert ist – ich wusste damals nicht, dass eine solche individuell vereinbart werden muss, um gültig zu sein.“ Heute ist Sarah K. klüger und hat – auch mit Hilfe der Berater des Hartmannbundes – eine Menge dazu gelernt. Immerhin: Nach Widerständen aus der Ärzteschaft hat die Klinikleitung die „ominöse“ Rufbereitschaftsvereinbarung in einen regulären Bereitschaftsdienst umgewandelt – mit Bezahlung auf der niedrigsten Bereitschaftsdienststufe und Einsätzen nur noch Freitag, Samstag oder vor Feiertagen, um am nächsten Tag nicht zu fehlen. Dienste, die nicht besetzt werden können, werden durch externe Ärzte abgedeckt. Zuschläge oder Ausgleich für die Nacharbeit gibt es bis heute nicht. (DA)

Der Hartmannbund führt aktuell eine Aktion zum Thema „Arbeitszeit“ durch. Lesen Sie dazu mehr auf Seite 26. *Die Namen wurden von der Redaktion geändert.

Hartmannbund-Aktion zu Arbeitszeiten „Überstunden existieren nicht“

Besser als mit diesem Zitat eines leitenden Krankenhausangestellten lässt sich der zum Teil laxe Umgang an deutschen Kliniken mit den Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes nicht auf den Punkt bringen. Es ist ein knapper Kommentar, der den Hartmannbund im Rahmen seiner aktuellen Votingaktion auf www.hartmannbund.de erreicht hat. Er trifft mit präziser Schärfe den Schnittpunkt sich widerstreitender Interessen.

Auf der einen Seite steht die Klinik, der Arbeitgeber: Er will ökonomisch effizient sein, ob mit, ohne oder gerade wegen des Personalmangels. Auf der anderen Seite steht der leitende Angestellte: Ob Arzt oder nicht – er will, dass seine Abteilung funktioniert und gut abschneidet, denn er hat eine Dienstanzweisung. Dazwischen stehen die Ober- und Assistenzärzte: Sie wollen ihre Patienten gut und angemessen versorgen und wenn möglich noch ihre Weiterbildung vollenden, ohne dabei selbst auf der Strecke zu bleiben.

Dieses Problemfeld ist nicht neu, sondern existiert seit vielen Jahren an zahlreichen deutschen Kliniken. Dies zeigen auch die vielen Rückmeldungen auf die aktuelle Voting-Aktion auf www.hartmannbund.de. Bereits rund 1.000 Teilnehmer haben sich für eine objektive Arbeitszeitdokumentation und eine Einhaltung der verbindlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes ausgesprochen. Wer denkt, die „obskure“ Problemverweigerungstaktik mancher Krankenhauschefs sei der Gipfel, irrt: All das ist steigerungsfähig – leider vor allem auch dann, wenn es um das ärztliche Miteinander geht, zum Beispiel im Rahmen der Facharztweiterbildung. Zitat: „Überstunden erfassen führt regelmäßig in den Weiterbildungsgesprächen zu Aussagen wie: Wer Überstunden erfasst, wird nicht verlängert. Wer operieren will, sollte keine Überstunden aufschreiben etc. Das Arbeitszeitgesetz wird regelmäßig missachtet. Die Verwaltung kennt diese Missstände, ignoriert diese aber völlig. Es wird im Gegenteil noch mit Stellenabbau gedroht.“

Wer möchte unter diesen Umständen Arzt sein? Wer kann in einer solchen Situation noch an die Gründung einer Familie denken? Wer will unter diesen Umständen etwas lernen?

Sicherlich ist es nicht überall so. Es gibt auch Kliniken, in denen eine Arbeitszeiterfassung mit objektiver Dokumentation von Überstunden und finanziellem und/oder Freizeitausgleich existiert. Nicht überall wird bewusst oder unbewusst gegen das Arbeitszeit- oder das Arbeitsschutzgesetz verstoßen. Es gibt Kliniken mit flexiblen Arbeitszeitmodellen und ohne größeren Personalmangel – sicher auch wegen guter Arbeitsbedingungen. Denn schlechte Beispiele sprechen sich schnell herum.

Kommen Ihnen solche Berichte wie oben zitiert bekannt vor? Dann geben auch Sie Ihr Voting ab. Nutzen Sie dazu den nebenstehenden QR-Code oder gehen Sie auf www.hartmannbund.de. Die Aktion läuft noch bis zum 22. Juni. Die Ergebnisse wird der Hartmannbund für seine berufspolitische Arbeit nutzen und weiterhin auf die Missstände in den Kliniken aufmerksam machen. (SP)



**„Überstunden?
Das ist doch kostenlose Fortbildung...“**

Sehen Sie das auch so?
www.hartmannbund.de



Neues HB-Seminar Ab morgen Arzt

In diesem Jahr hat die Hartmannbund-Akademie ein neues Seminar in ihr Programm aufgenommen, das ab Herbst 2015 bundesweit für Hartmannbund-Mitglieder angeboten wird. „Ab morgen Arzt“ richtet sich an Medizinstudierende sowie Assistenzärzte zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn und vermittelt alles Wissenswerte rund um den ärztlichen Berufsstart. Hierbei geht es um Wissen, das in keinem Lehrplan steht, und um Informationen, die jede Ärztin/jeder Arzt wissen sollte.

Referenten aus Medizin und Wirtschaft – z.B. Rechtsberater des Hartmannbundes oder Chefärzte – informieren die Teilnehmer unter anderem über Fallen und Stolpersteine beim Abschluss eines Arbeitsvertrages, über die Weiterbildung oder über das richtige Bewerben und die Berufsmöglichkeiten für Ärzte zum Beispiel an Krankenhäusern. Zu diesem Komplex sind in der Regel Chefärzte anwesend, die dem ärztlichen Nachwuchs wichtige Tipps geben können, worauf vor allem Chefärzte bei einer Bewerbung Wert legen. Weitere Themen des Seminars sind: Gehalt und Steuern (*Erstellung der ersten Einkommensteuererklärung, Absetzbarkeit von Weiterbildungskosten etc.*) und die Absicherung für Ärzte. Mehr Informationen finden Sie rechtzeitig im HB-Seminarkalender (s. auch nebenstehender Kasten).



Termine

Dienstag, 23. Juni, 18 bis 20 Uhr

Das Layout der Doktorarbeit – die praktische Umsetzung ein Rätsel mit sieben Siegeln?, Veranstalter: LV Rheinland-Pfalz, Ort: Mainz, Gebühr: kostenlos für Mitglieder, Nichtmitglieder zahlen 20 €.

Donnerstag, 25. Juni, 18 bis 21 Uhr

Ab morgen Arzt – Grundwissen für den Berufsstart, Veranstalter: LV Berlin, Ort: Berlin, Gebühr: für HB-Mitglieder kostenlos, Nicht-Mitglieder 15 €.

Dienstag, 1. September, 19 bis 21.30 Uhr

Womens Networking Lounge: Arbeitsrecht – zwischen Mythos und Wirklichkeit, Veranstalter: LV Sachsen in Zusammenarbeit mit der apoBank, Ort: Dresden, Gebühr: 35 €, Mitglieder des Hartmannbundes zahlen nur 25 €

Mehr Seminare finden Sie hier:

www.hartmannbund.de/akademie

Anzeige

telc
LANGUAGE TESTS



telc Sprachenzertifikate für medizinische Fachkräfte für die berufliche Anerkennung in Deutschland!

telc Deutsch B2-C1 Medizin und telc Deutsch B1-B2 Pflege

- Sprachnachweis nach europäischen Qualitätsstandards für die Berufsanerkennung ausländischer Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte
- Umfangreiche prüfungsvorbereitende Materialien für den fachsprachlichen Unterricht
- Workshops und Lehrgänge mit Zertifizierung für Dozentinnen und Dozenten

Informationen und kostenlose Übungstests finden Sie unter www.telc.net/medizin-pflege.

Oder lassen Sie sich persönlich beraten: **Telefon +49 (0) 69 95 62 46-10.**

HB-Medizinstudierende haben „Medizinstudium 2020“ weiter im Blick

31 Univertreter aus ganz Deutschland trafen sich Ende April zu ihrer Frühjahrssitzung im Hartmannbund-Haus in Berlin. Im Mittelpunkt der zweitägigen Sitzung stand das Thema „Medizinstudium 2020“. Hierzu gab es einen interessanten Vortrag, umfangreiche Diskussionen und jede Menge Arbeit in den Workshops.

Dass das Thema „Medizinstudium 2020“ auch weiterhin brandaktuell ist, zeigt die Mitte Mai veröffentlichte Information des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf dessen Homepage, dass nach der anfänglichen Arbeit in den zuständigen Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung (BMBF) mit der Arbeit zum „Masterplan Medizinstudium 2020“ nun auch auf Länderebene begonnen wurde. Bereits im Vorfeld der Regierungsgespräche konnten die Medizinstudierenden des Hartmannbundes einen wichtigen Beitrag leisten. Anfang Februar waren drei Vorstandsmitglieder des Ausschusses der HB-Studierenden in Bonn, um Vertretern von BMG und BMBF die HB-Vorstellungen zur Zukunft des Medizinstudiums sowie die Ergebnisse der großen HB-Umfrage „Medizinstudium 2020 Plus“ (mehr als 7.500 Teilnehmer) zu präsentieren.

Damit ist die Arbeit an dem großen Thema „Zukunft des Medizinstudiums“ für den Hartmannbund noch lange nicht beendet. Die Medizinstudierenden haben daran auch auf ihrer Frühjahrssitzung in Berlin weitergearbeitet. So gab es unter

anderem einen interessanten Vortrag von Dr. Branko Trebar von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur „Praxisorientierung im Medizinstudium“ und zu den entsprechenden KBV-Vorstellungen (s. Seite 29). Über diese Vorstellungen haben die Univertreter umfangreich diskutiert und im Anschluss in Workshops einzelne Themen weiter vertieft wie zum Beispiel die Zulassung zum Medizinstudium, Praxisorientierung/ambulante Versorgung im Medizinstudium oder wissenschaftliche Kompetenz. Über die Ergebnisse der Workshops gibt es weitere Informationen auf der Facebook-Seite „Medizinstudierende im Hartmannbund“ – ebenso zu allen anderen wichtigen Informationen rund um die Medizinstudierenden des Hartmannbundes und deren Aktivitäten. (DA)

PS: Aktuell suchen wir Univertreter für die Universitäten in Erlangen-Nürnberg, Ulm, Marburg und Gießen. Und auch die anderen Fakultäten suchen regelmäßig Verstärkung. Lust mitzumachen? Dann meldet euch unter hb-info@hartmannbund.de.



Es ist mittlerweile gute Tradition, dass die Univertreter des Hartmannbundes während ihrer zwei Mal im Jahr stattfindenden Sitzungen (Frühjahr/Herbst) gemeinsam vor die Kamera treten, um aktuelle Fotos zu machen. Dabei fällt den Studierenden immer wieder etwas Neues ein, um sich gut in Szene zu setzen. An der Frühjahrssitzung haben 31 von derzeit 61 Univertretern teilgenommen – unter ihnen zehn neue Univertreter, die sich natürlich auch gleich gut vernetzen konnten.

Der Hartmannbund bei der KBV

Ein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin bzw. der ambulanten Versorgung? Stärkere Integration der ambulanten Versorgung in das Studium? Orientierung der ärztlichen Ausbildung an der aktuellen Versorgungssituation? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, denen der Hartmannbund in einem Gespräch auf den Grund gegangen ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) macht seit längerem darauf aufmerksam, dass die ambulante Versorgung im Studium zu kurz kommt. Die ärztliche Ausbildung, so heißt es, finde derzeit fast ausschließlich in Krankenhäusern der Supra-Maximalversorgung (Universitätskliniken) statt. Praktische Ausbildungselemente (Famulaturen, PJ) würden überwiegend stationär abgeleistet und es fehlen Berührungspunkte mit der Versorgungsrealität. Die KBV sagt auch, dass die ambulanten, patientennahen Fächer eine unzureichende akademische Repräsentanz im Studium hätten. Viel zu spät werde mit der Allgemeinmedizin begonnen, die an vielen Fakultäten noch unterrepräsentiert sei. Und zu wenige Studierende absolvieren ein PJ-Wahltertial in der Allgemeinmedizin. Was ist zu tun? KBV-Vorschlag: Ausweitung der ambulanten Praxiseinheiten im Studium. Das können Lehrveranstaltungen sein, die mit der primärärztlichen Versorgung vertraut machen, die Einführung eines vertikalen Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin vom 2. bis 8. Semester von je mindestens 1 Woche (derzeit horizontal, 2 Wochen) oder eines PJ-Pflichtquartals in der Allgemeinmedizin bzw. ambulanten Versorgung.

Gerade letzterer Punkt kommt bei den HB-Studierenden nicht gut an. Diese wollen keine weitere Verpflichtung im Studium. Dass die ambulante Versorgung und das Tätigkeitsfeld der Haus- und Fachärzte einen größeren Stellenwert haben sollte, sehen die Studierenden aber genauso und können sich vorstellen, dass die ambulante Versorgung von Beginn an stärker in das Studium integriert wird, das Berufsbild des ambulant tätigen Haus- und Facharztes (*niedergelassen, angestellt*) adäquat abgebildet und das PJ in Quartale aufgeteilt wird und jeder Studierende die Möglichkeit erhält, ein PJ-Quartal in der ambulanten Versorgung (*fach- und hausärztlich*) ableisten zu können. Mehr zu diesen und anderen Themen auf Facebook: [Medizinstudieren-de im Hartmannbund](#).



Trafen sich Anfang Mai zum Gespräch (v.l.): Dr. Klaus Reinhardt (HB-Vorsitzender), Regina Feldmann (KBV-Vorstandsmitglied), Theodor Uden (Vorsitzender der HB-Medizinstudierenden) und Dr. Andreas Gassen (KBV-Vorstandsvorsitzender).

Anzeige



STAATLICH
ANERKANNTE
HOCHSCHULE



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

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

Ihre Vorteile:

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

SRH Fernhochschule Riedlingen
Lange Straße 19 | 88499 Riedlingen
Telefon +49 (0) 7371 9315-0 | info@fh-riedlingen.srh.de




WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG

Eindrücke von den Landesversammlungen

In den vergangenen Wochen und Monaten fanden bundesweit Delegiertenversammlungen der Landesverbände des Hartmannbundes statt. Für viele Landesverbände standen unter anderem die aktuelle berufspolitische Lage und die Nach- oder Vorbereitung der Kammerwahlen auf der Tagesordnung. Die Landesverbände der neuen Bundesländer blickten außerdem zurück auf ihr jeweiliges Gründungsdatum im Jahr 1990. Hierzu wird es an dem einen oder anderen Ort in diesem Jahr weitere Veranstaltungen geben.



Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen:

Die gemeinsame Delegiertenversammlung mit 45 Teilnehmern fand am 18. April 2015 anlässlich der 300-Jahrfeier von Dorothea Christiane Erxleben (erste promovierte deutsche Ärztin; eine Pionierin des Frauenstudiums) in Quedlinburg statt. Im Mittelpunkt der Versammlung stand die Festveranstaltung „25 Jahre neue Länder – der Hartmannbund und seine Entwicklung“. Zahlreiche Gäste nahmen teil wie zum Beispiel der Quedlinburger Bürgermeister Dr. Eberhard Brecht (Foto, m.) oder der stellvertretende KV-Vorsitzende Sachsen-Anhalt, Dr. Holger Grüning (Foto, r.). Der Vorsitzende des gastgebenden LV Sachsen-Anhalt, Dipl. med. Bruno Jung (Foto, l.), erinnerte an das Jahr 1990: „Die Sachsen waren damals die ersten, die eine Wiedergründung des Hartmannbundes verzeichnen konnten. Es folgten Thüringen und Sachsen-Anhalt. Sachsen und Sachsen-Anhalt gründeten dabei in Leipzig eine gemeinsame Geschäftsstelle des Hartmannbundes.“ (s. auch Seiten 12/13)



Landesverband Niedersachsen:

Ende 2015 werden die Mitglieder der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen neu gewählt, daher hat die diesjährige HB-Landesvertreterversammlung am 11. April in Göttingen, neben den Regularien, maßgeblich zur Vorbereitung der Kammerwahl mit allen Kandidaten der Liste „Gemeinsam Kammer gestalten“ (Wahlbündnis HB Niedersachsen und Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen) getagt. Der LV Niedersachsen stellt dazu, wie schon bei der Wahl vor fünf Jahren, Listen in den Wahlbezirken auf. Die offene Liste „Gemeinsam Kammer gestalten“ konnte bei der letzten Wahl elf von 61 Sitzen erringen und war somit ein bedeutender Ansprechpartner für die Wahl des Vorstandes und bei der Besetzung der Ausschüsse. Mitmachen lohnt sich also! Und vielleicht haben Sie ja auch schon immer Ihre Auffassung in der Ärztekammer publik machen oder sich bei Abstimmungen, die Sie als niedersächsische Ärztinnen und Ärzte betreffen (z.B. beim § 32 der niedersächsischen Berufsordnung/Fortbildungssponsoring), beteiligen wollen? Interessenten können sich für die Kandidatenliste melden unter: lv.ni@hartmannbund.de oder Telefon 0511 34 49 00.

Landesverband Baden-Württemberg:

Der Landesvorsitzende Klaus Rinkel begrüßte während der Delegiertenversammlung am 25. April mehr als 60 Delegierte und Gäste zu einem Meinungsaustausch über aktuelle Themen der Gesundheitsversorgung im Land. Das Thema „Qualitätssicherung ohne Bürokratiemonster – das Unmögliche möglich machen“ wurde in einer Podiumsdiskussion mit Ärzten, Vertretern aus Politik, Krankenkassen und der KV diskutiert. Allen Diskutanten kam der Qualitätsfrage ein hoher Stellenwert zu. Es dürfe keine ausufernde Dokumentation geben. Intelligente Lösungen würden bereits vorhandene standardisierte Routedaten einbeziehen. Entscheidend sei es, in Diagnostik und Therapie das Richtige zu tun. Die Ergebnisorientierung auf den Patienten wird gebraucht. Diese sollen in die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben eingebunden sein. Wesentlich ist es, Vertrauen über Transparenz aufzubauen.



Landesverband Rheinland-Pfalz:

Mit den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene beschäftigte sich die diesjährige Landesdelegiertenversammlung in Mainz. Über die Aktivitäten auf Landesebene informierte der Landesvorsitzende, Dr. Christian Schamberg-Bahadori. Einen interessanten Ein- und Ausblick auf aktuelle berufspolitische Themen gab Gastredner Dr. Klaus Reinhardt als Bundesvorsitzender des Hartmannbundes. Er nahm Stellung zu Themen wie angeblicher ärztlicher Über- und Unterversorgung, zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) sowie dem Versorgungsstärkungsgesetz, welches eine Stelle zur Vergabe von Arztterminen vorsieht. Als weiteren Gast konnten die Rheinland-Pfälzer den stellvertretenden Bundesvorsitzenden Klaus Rinkel begrüßen.



Foto: Thomas Kläber

Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe:

Die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) war Hauptthema der nordrheinischen und westfälischen Delegiertenversammlungen am 30. Mai. Als Gast gab Dr. Markus Wenning, Geschäftsführender Arzt der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, einen Ausblick auf Risiken, Chancen und Konfliktpotential der ASV. Die Delegierten verabschiedeten hierzu eine Resolution, die die Begrenzung der ASV auf seltene Erkrankungen und besonders schwere Verlaufsformen fordert. Insgesamt wurden 17 Resolutionen verabschiedet. Weitere Themen waren unter anderem: Telemedizin, Bedarfsplanung, Weiterbildung, Poolbeteiligung, Freiberuflichkeit und Stärkung der Selbstverwaltung. Für 25 Jahre Mitgliedschaft und Engagement wurden während der Versammlung Dr. med. Dr. phil. Hans-Jürgen Bickmann aus Siegen und Dr. med. Tobias Terhorst aus Düren durch die LV-Vorsitzenden (Dr. Klaus Reinhardt für Westfalen-Lippe und Dr. Stefan Schröter für Nordrhein) geehrt.

Landesverband Brandenburg:

Am 22. April fand die Landesdelegiertenversammlung (LDV) in Brandenburg statt. Nachdem die langjährige Vorsitzende, Dipl.-Med. Elke Köhler, zur LDV von ihrem Amt als Vorsitzende zurückgetreten ist, hat Dr. Hanjo Pohle, der bisherige Stellvertreter und Vorstandsmitglied der Landesärztekammer Brandenburg, die Leitung des Landesverbandes übernommen. Die diesjährige LDV wurde entsprechend als Arbeitssitzung genutzt, um neue Schwerpunkte für die künftige Arbeit zu setzen. Der Vorstand dankte Elke Köhler, die gerade in den Aufbaujahren des Landesverbandes Erhebliches für den Verband geleistet hat und seit der Neugründung vor 25 Jahren am 29. April 1990 in Potsdam im Vorstand vertreten war.

Landesverband Hamburg:

Die erfolgreiche Verbandsarbeit in 2015 hat sich auch bei der diesjährigen Delegiertenversammlung am 6. Mai gezeigt, an der neben den zahlreichen etablierten Mandatsträgern auch aktive und ehemalige Univertreter teilnahmen. Bei seinem Jahresrückblick ging der Landesvorsitzende Dr. André Rensch insbesondere auf die vielen Seminare und Veranstaltungen für die jungen Kollegen aus Studium und Klinik ein. Mit großem Applaus wurde die Wiederwahl des Landesvorsitzenden bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg zu Kenntnis genommen, der er bereits seit 2002 als Delegierter angehört. Vorderstes Ziel ist es, die Freiberuflichkeit des Arztberufes zu erhalten. Des Weiteren steht auf der Agenda, die wohnortnahe ärztliche Versorgung durch eine konsequente Nachwuchsförderung zu erhalten. Damit einher geht auch eine adäquate Leistungsvergütung, eine qualifizierte Weiterbildung – insbesondere die Anerkennung der Teilzeit – und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Landesverband Berlin:

In einer konzentrierten Arbeitssitzung am 30. Mai haben sich die Delegierten im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung über die weitere Ausgestaltung der Arbeit des Berliner Hartmannbundes in den Körperschaften verständigt. Die „Liste Hartmannbund“ soll nach der erfolgreichen Berliner Kammerwahl weiter gestärkt und der Hartmannbund als Marke und „Dachverband“ aller Ärzte wieder in alle Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung integriert werden. Dieses Markenbewusstsein soll in alle HB-Landesverbände hineingetragen werden mit dem langfristigen Ziel einer „Fraktion“ Hartmannbund im Deutschen Ärztetag.

Landesverband Saarland:

An der Landesdelegiertenversammlung in Homburg/Saar begrüßte der Vorsitzende Dr. Ralf Grundmann als Gastredner den stellvertretenden Vorsitzenden des Bundesverbandes, Klaus Rinkel. Dieser gab einen Überblick über aktuelle berufspolitische Themen, mit denen sich der Hartmannbund derzeit intensiv beschäftigt. Ausführlich ging er auf das Versorgungsstärkungsgesetz ein. Zur Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum berichtete er von Veranstaltungen in Gemeinden gemeinsam mit Bürgermeistern, um nach Lösungen zu suchen, den Arztberuf auf dem Land attraktiver zu gestalten. Als weiteres großes Thema ging er auf Umfragen des Hartmannbundes ein, insbesondere zum Thema „Arztbild der Zukunft“. Über die Aktivitäten auf Landesebene informierte Dr. Ralf Grundmann in seinem Tätigkeitsbericht.

Landesverband Bremen:

Der Landesverband hat sich am 17. April zur diesjährigen Landesdelegiertenversammlung (LDV) getroffen. Im Mittelpunkt standen der Bericht des Vorsitzenden, Dr. Jörg Hermann, zur gesundheitspolitischen Großwetterlage und die Finanzsituation des Landesverbandes. Im Rahmen der LDV wurde darüber hinaus bekannt gegeben, dass die langjährige Mitarbeiterin Hannelore Scheffer noch in diesem Jahr in den Ruhestand gehe und die HB-Geschäftsstelle im KV-Gebäude in der Schwachhauser Heerstraße aufgelöst werde.

Existenzgründung und Finanzierung

Eine eigene Praxis zu gründen,
ist kalkulierbar

Der Autor André Müller leitet das Produktmanagement der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. In dieser Funktion setzt er sich täglich mit den Bedürfnissen und Anforderungen auseinander, die Ärzte bei einer Praxisgründung oder Praxisübernahme haben. Kontakt: 0211 5998-0, E-Mail: info@apobank.de
Mehr Informationen: www.apobank.de

Ärztliche Selbständigkeit erfordert Mut, kann dafür aber mehr Gestaltungsfreiraum und auch Einkommen bedeuten. Die Erfahrung der apoBank zeigt, dass die finanziellen Risiken bei Existenzgründungen beherrschbar sind: 99,8 Prozent der Finanzierungen verlaufen erfolgreich.

Dass eine eigene Praxis sich nach wie vor lohnt, sagen auch die Ärzte selbst. Die apoBank befragte selbständige Mediziner, ob sie den Schritt in die Niederlassung wieder tun würden – 96 Prozent antworten mit „Ja“. Das zeigt, die Selbständigkeit ist ein attraktiver Lebensentwurf, und mit dem richtigen Partner sind eine Existenzgründung und ihre Finanzierung kein Zauberwerk.

Kredite, Leasing & Co.

Die Neugründung einer Hausarztpraxis schlägt im Schnitt mit 112.000 Euro zu Buche, eine Praxisübernahme einschließlich anstehender Investitionen, etwa in Medizin- und Labortechnik, Hard- und Software, mit durchschnittlich 115.000 Euro. Den wenigsten jungen Ärzten stehen dafür private Mittel zur

Verfügung, sie müssen finanzieren. Kredite, Leasing oder Mietkauf? Das ist keine Frage des Entweder-Oder. Ein zuverlässiges Finanzierungskonzept enthält häufig mehrere Elemente. Angesichts der sehr niedrigen Zinsen bietet sich derzeit das Festzinsdarlehen an: Hier wird die Zahlung eines während der Kreditlaufzeit unveränderlichen Zinssatzes vereinbart. Das gibt Planungssicherheit, und allgemeinen Zinssteigerungen können Gründer gelassen entgegensehen. Man unterscheidet generell drei Wege, wie ein Darlehen bedient werden kann:

- Bei einem Tilgungsdarlehen wird eine feste Tilgungsrate über die gesamte Dauer der Rückzahlung vereinbart. Hinzu kommen die Zinszahlungen, die aber mit der Zeit immer kleiner werden, weil das Kreditvolumen gleichzeitig getilgt wird. Die monatliche Belastung nimmt mit der Laufzeit ab.

- Bei einem Annuitätendarlehen bleibt die finanzielle Belastung während der gesamten Laufzeit gleich, es wird eine feste monatliche Rate auf Zins und Tilgung festgelegt, sodass zu Beginn der Zinsanteil überwiegt und gegen Ende die Tilgung dominiert.

- Schließlich gibt es noch das sogenannte Zinszahlungsdarlehen: Hier wird zunächst angespart, beispielsweise in Form von Kapitallebensversicherung oder privater Rentenversicherung, als Bausparvertrag oder Investmentfonds, und die gesamte Darlehenssumme wird erst zum Ende der Darlehenslaufzeit getilgt. Diese Lösung hat gegebenenfalls hohe steuerliche Vorteile.

Auch öffentliche Förderdarlehen sollten geprüft werden, diese bieten in der Regel günstige Konditionen, so käme gegebenenfalls der Gründerkredit der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) in Betracht. Über diesen können Investitionen, wie beispielsweise die Anschaffung von Praxisausstattung, Umbaumaßnahmen oder IT-Lösungen, ebenso finanziert werden wie Betriebsmittel. Wichtig ist: Die öffentlichen Förderdarlehen müssen vor Beginn des Vorhabens über die Hausbank beantragt werden.

Leasing könnte eine gute Alternative sein, wenn es um die Ausstattung einer Praxis geht. Ein Diagnosegerät beispielsweise kann vom Leasinggeber gegen regelmäßige Zahlungen überlassen werden. Dies hat den Vorteil, dass bereits eingeräumte Kredite unbelastet bleiben und die monatlichen Leasingkosten die Steuerlast mindern. Beim Mietkauf wiederum erwirbt der Mieter vom Vermieter das Recht, die gemietete Sache innerhalb einer bestimmten Frist zu einem festgelegten Preis zu kaufen. Bis dahin zahlt er eine monatliche Miete, die auf den Kaufpreis angerechnet wird.

Gute Planung – geringes Risiko

Wenn wir als apoBank Existenzgründer beraten, prüfen wir bei der sogenannten Investitions- und Kostenberatungsanalyse – kurz INKO – im Vorfeld genau, unter welchen Umständen sich die geplante Praxis wirtschaftlich rechnet, also welcher Mindestumsatz zu erzielen sei. In unsere Berechnungen und Überlegungen fließen durchschnittliche Erfahrungswerte für alle Einnahmen und Kosten ein, die in einer Praxis typischerweise anfallen. Dazu gehören die Zahl der Patienten pro Quartal, die Anzahl der Mitarbeiter und Behandlungsplätze, aber auch individuelle Wünsche zum Arbeitsumfang und zum Lebensstandard. Dass ein Praxiskonzept stimmig ist, daran haben beide Seiten großes Interesse, sowohl der Existenzgründer als auch die Bank als Kreditgeber. Die Zahlen zeigen, dass uns das sehr gut gelingt, denn von 1.000 Existenzfinanzierungen, die wir betreuen, werden 998 problemlos bedient. Das Finanzierungsrisiko für unsere Kunden ist somit trotz der meist hohen Investitionen denkbar gering.



Digitales Lernen für die Vorklinik

Neu: Das bringt Punkte von MEDI-LEARN

Immer mehr Medizinstudierende nutzen mittlerweile auch das Internet oder mobile Endgeräte als Lernwege. Um beides zu kombinieren, geht die MEDI-LEARN-Skriptenreihe nun in ein neues Zeitalter.

Die MEDI-LEARN Skriptenreihe steht ab sofort auch zum digitalen Lernen unter www.medi-learn.de/punkte zur Verfügung. Die neue virtuelle Lernumgebung „Das bringt Punkte“ von MEDI-LEARN ermöglicht ein zügiges Lernen, Vertiefen und Wiederholen der in den Klausuren und im Examen immer wieder gefragten Fakten.

Grundlage für die digitale Lernumgebung sind die „Das bringt Punkte“-Fakten aus den Skripten. Dies sind die besonders häufig im schriftlichen Physikum oder in Klausuren gefragten Fakten, also das, „worauf die Professoren bzw. das IMPP besonders abfahren“. Diese Rubrik ermöglicht dem Prüfling die Rekapitulation derjenigen Themen, die immer wieder abgeprüft werden – „sichere Punktebringer“ sozusagen. Auch für eine schnelle Wiederholung kurz vor der Klausur oder vor dem Physikum bestens geeignet.

Dieses wertvolle Faktenwissen kann nun ergänzend in besonderer digitaler Aufbereitung zum Lernen über das Internet genutzt werden. Nach einer kurzen Registrierung unter www.medi-learn.de/punkte kann der Student sich aus dem Katalog der Vorklinik-Fächer (*Anatomie, Biologie, Biochemie, Chemie, Histologie, Psychologie, Mathe, Physik, Physiologie*) zunächst einzelne Kapitel oder auch ganze Fächer zum Faktenlernen auswählen. Danach kann es dann losgehen mit dem Lernen und Einprägen der Punktebringer, die in übersichtlicher Form auf dem Bildschirm dargestellt werden und nacheinander „online gepaukt“ werden können. Dabei kann der Student zwischen drei Informationstiefen wählen. Zu jedem Prüfungsfaktum hilft eine ergänzende kurze Erläuterung auf die Sprünge, die das Thema etwas ausführlicher darstellt. Und wem dies noch nicht genug



Brandneu stellt MEDI-LEARN seine Skriptenreihe nun auch zum digitalen Lernen zur Verfügung. Die neue virtuelle Lernumgebung „Das bringt Punkte“ ermöglicht ein zügiges Lernen, Vertiefen und Wiederholen immer wieder gefragter Fakten.

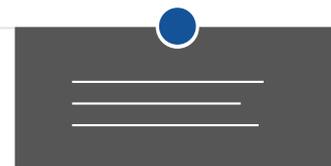
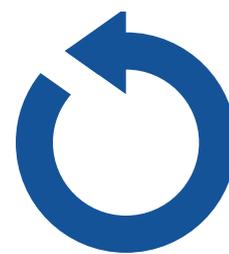
ist, der kann seinen Wissensdurst mit passenden kompletten Abschnitten samt Abbildungen aus der MEDI-LEARN Skriptenreihe endgültig stillen.

Einige speziell auf das virtuelle Lernen abgestimmte Funktionen machen „Das bringt Punkte“ von MEDI-LEARN zu einer hilfreichen Ergänzung konventioneller Lernwege. Die Anwendung ist technisch so ausgelegt, dass sie auf allen verfügbaren, gängigen mobilen Endgeräten (Computer, Laptop, Tablet, Notebook) in optimaler und lernfreundlicher Darstellung dargeboten wird. Lästiges Scrollen oder halbe Bildschirme entfallen, der Wissensaufnahme stehen weniger technische Barrieren im Weg. Darauf wurde bei der Entwicklung besonderer Wert gelegt.

Zeiteffizient die immer wieder gefragten Examensfakten und „Punktebringer“ aneignen, Wissenslücken schließen, das Gelernte wiederholen und bei Bedarf vertiefen – diese Eigenschaften machen „Das bringt Punkte“ von MEDI-LEARN zu einem neuen studentenfreundlichen Lernangebot im digitalen Zeitalter. Zu finden unter: www.medi-learn.de/punkte.



{...} Das bringt Punkte



Die häufigsten Rechtsrisiken Vom Hauskauf bis zum Hundebiss



Der Autor: Karl-Heinz Silbernagel
Deutsche Ärzteversicherung
Tel.: 0221 148 228 57
www.aerzteversicherung.de

Man hört es immer wieder: Der Streit unter Nachbarn landet vor Gericht, ein Mieter zahlt seine Miete nicht oder ein Unfall auf der Skipiste zieht größere Konsequenzen nach sich. Doch wo lauern eigentlich die meisten rechtlichen Gefahren für Verbraucher?

Die ROLAND Rechtsschutz-Versicherung mit Sitz in Köln reguliert als einer der führenden deutschen Rechtsschutzversicherer jährlich mehr als 350.000 Leistungsfälle für Kunden. Aus den Fällen des vergangenen Jahres veröffentlichte das Unternehmen die „Top Five“ der häufigsten Rechtsrisiken.

Vertragsstreitigkeiten

Tagtäglich werden Verträge abgeschlossen – sei es der Kauf eines neuen Flachbildfernsehers oder die Buchung des nächsten Winterurlaubes. Aber – bei Verträgen sollte man immer genau hinschauen, denn die größten rechtlichen Fallstricke lauern bei Vertragsabschlüssen. Das bestätigen die

Zahlen. Fast 77.000 Leistungsfälle regulierte der Rechtsschutzversicherer ROLAND Rechtsschutz im vergangenen Jahr. Besonders oft ging es dabei um Reise-streitigkeiten, Probleme beim Kauf von Immobilien oder auch um Abo-Fällen, in die gerade Smartphone-Nutzer häufig treten.

Streitigkeiten am Arbeitsplatz

Streitigkeiten mit dem Chef oder den Kollegen gehören leider immer wieder zum Arbeitsalltag. Fast 59.000 Fälle gingen im Berichtsjahr bei ROLAND Rechtsschutz in der Leistungsart Arbeitsrechtsschutz ein. Die Arbeit ist damit der zweitgrößte Bereich, in dem Versicherungsfälle reguliert werden. Dabei geht es meist um Streitigkeiten wegen einer Kündigung, ein nicht zufriedenstellendes Arbeitszeugnis oder um Mobbing durch die Kollegen oder den Vorgesetzten.

Wohnen

Schimmel in der Wohnung, laute Nachbarn oder säumige Mieter: Egal, ob Eigentum oder Mietobjekt, wenn es ums Wohnen geht, scheinen Rechtsstreitigkeiten beinahe vorprogrammiert. Mehr als 47.000 Kunden mit einem Grundstücksrechtsschutz meldeten einen Fall bei ROLAND Rechtsschutz. Besonders häufig ging es um die klassischen Streitigkeiten wie Kündigung wegen Eigenbedarf, Mietmängel oder Nachbar-

schaftsstreitigkeiten. Aber auch Mietnomaden oder Räumungsklagen gehörten zu den häufigen Rechtsschutzfällen.

Kfz-Angelegenheiten

Eine rote Ampel übersehen, falsch geparkt oder ein paar Stundenkilometer über der Geschwindigkeitsbegrenzung – wohl nirgendwo handelt man sich schneller eine Verwarnung oder ein Bußgeld ein wie im Straßenverkehr. Doch nicht immer bleibt es bei einem einfachen „Knöllchen“. Mehr als 43.000 Fälle wurden im vergangenen Jahr bearbeitet. Wird also aus dem eigentlich harmlosen Strafzettel oder dem Blechschaden plötzlich ein juristischer Streit – wohl dem, der eine Absicherung über eine Rechtsschutzversicherung hat.

Schadenersatzklagen

Wenn die Zahnkrone misslungen ist, der Unfall auf der Skipiste größere Konsequenzen nach sich zieht oder Nachbars Hund zugeschnappt hat, sind schnell ein Anwalt oder gar ein Richter im Spiel. Die Liste der Beispiele ist lang und reicht vom Sportunfall über den verunglückten Fußgänger bis zur möglicherweise fehlerhaften OP. Unter den Schadenersatz-Rechtsschutz fallen also alle Privatunfälle, die nicht mit einem Kraftfahrzeug in Verbindung stehen. Etwa 37.000 Kunden nahmen im vergangenen Jahr ihren Schadenersatz-Rechtsschutz in Anspruch.



Autohandel hat das Internet erreicht

Attraktive Preisnachlässe auch für CarFleet24-Kunden



Die Spitzen-Nachlässe für Neuwagen werden verständlicherweise stark nachgefragt. Und nun hat auch das Internet den Autohandel erreicht. Für den Kunden eine sehr positive Entwicklung – profitiert er doch von hohen Preisnachlässen, die ihm im Internet für sein Wunschfahrzeug eingeräumt werden, und dem Komfort, der es ihm erlaubt, sein Wunschauto am heimischen Computer zusammenzustellen.

Mittlerweile kann sich mehr als jeder zweite Autofahrer vorstellen, im Internet ein Auto zu bestellen und zu kaufen. Im vergangenen Jahr wurde bereits jeder zehnte Neuwagen über das Internet verkauft. Kein Wunder, das auch die Mitglieder des Hartmannbundes das Internetangebot des Kooperationspartners CarFleet24 sehr aktiv nutzen.

Ob Nobelkarosse oder Nutzfahrzeug, Sportflitzer oder SUV, Limousine oder Kombi, für das Vergnügen oder den Transport: Es gibt viele individuelle Gründe und Anforderungen, wenn es darum geht, ein passendes Auto zu finden. Doch

heutzutage ein Auto kaufen bedeutet nicht mehr, irgendwelche Kompromisse eingehen zu müssen. Denn die Auswahl bei CarFleet24 ist umfassend, die Preise für Neuwagen sind günstig und die Gelegenheit zum Autokauf ist rund um die Uhr verfügbar, 24 Stunden am Tag, sogar am Wochenende

Die Hartmannbund-Mitglieder profitieren von den attraktiven Preisnachlässen, die CarFleet24 für die einzelnen Marken und Modelle bei den Vertrags-händlern ausgehandelt hat. Die sehr interessanten Nachlässe resultieren aus den großen Abnahmemengen, die CarFleet24 seinen Lieferanten zusagen kann. Und diese Großabnehmer-Konditionen werden direkt an die Hartmannbund-Mitglieder „weitergereicht“. Der Markt für Neuwagen ist immens, ständig kommen neue Angebote hinzu. Die Markenvielfalt ist ebenso beeindruckend wie die funktionalen Auswahlkriterien, beispielsweise nach Aufbauart, Modell oder Preis. Diese Eingrenzungskriterien präsentieren den Interessierten anschließend schnell die gewünschten Angebote.

Insgesamt 30 Marken und sämtliche in Deutschland angebotenen Modellvarianten umfasst das Neuwagenprogramm,

das die Hartmannbund-Mitglieder bei www.carfleet24.de finden. Wie hoch der tatsächliche Nachlass ist, richtet sich danach, welche Prämie die Hersteller für bestimmte Zielgruppen oder Modellvarianten ausgeschrieben haben.

Die Aufgabe von CarFleet24 ist es, deutschlandweit bei verschiedenen Vertragshändlern die besten Preise für deutsche Neuwagen auszuhandeln. Durch das eigene bundesweite Händler-Netzwerk, dem die größten und leistungsfähigsten Vertragshändler bzw. -partner in ganz Deutschland angeschlossen sind, vermittelt CarFleet24 deutsche Neuwagen der gefragtesten Automarken kompetent, seriös, zuverlässig und günstig. Überzeugen Sie sich selbst und kontaktieren Sie uns.

Kontakt: www.carfleet24.de,
Telefon: 01805 71 71 07*, Fax: 01805 71 71 08*,
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de
Oder direkt über den Hartmannbund
service@hartmannbund.de
030 206 208-46

*[0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]



Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

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

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Gergana Vasileva

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

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

Mathias Burmeister

Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)

Larissa Gebser

Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)

Eleonore Wagner

Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)

Ingeborg Dinges

Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel

Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner

Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Elke Hobel

Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

Praxisnachfolge/-immobilie/-inventar

Praxis in Halle/Saale abzugeben

Gut organisierte, allgemeinmedizinische Praxis in einem Ärztehaus in Halle (Saale) altershalber ab Januar 2016 abzugeben. Scheinzahl bei 1.300. Gewinn 210.00 Euro. Arztsitz teilbar. Junge Alterstruktur der Patienten. Notdienst kann abgegeben werden. Kontakt über Chiffre 081231.

Inventar aus Gyn-Praxis

Wegen Aufgabe der Mammographietätigkeit analoges Mammographiegerät Planmed Sophie mit allem dazugehörigen Equipment (Entwicklungsgerät, Betrachtungsgeräte einschließlich Irisleuchte, Konstanzprüfungsgeräte, Strahlenschutz, Filmschränken, Aufbelichtungsgerät) zu verkaufen. Preis 3.500 Euro (auch einzeln abzugeben). Für die gynäkologische Praxis: Specula Kristeller und Cusco (insgesamt ca. 140 Stück), multiple Kornzangen, Küretten, Pinzetten, Fasszangen, Biopsiezangen, Uterussonden und anderes mehr, über 62 Teile. Preis 1.270 Euro (ggf. auch einzeln abzugeben), Mikroskop Labova 4. Preis 45 Euro, Kontakt per E-Mail: corfus51@yahoo.com oder Telefon: 03461 50 51 36.

Stellenanzeigen

Internist/in in Hamburg gesucht

Attraktive, hochmoderne, internistische Privatpraxis mit hausärztlicher KV-Zulassung und Krankenhausanschluss in Hamburg sucht Internistin oder Internisten mit Interesse und Freude an selbstständiger Tätigkeit. Kontakt über Chiffre 058606

Assistent/Nachfolger gesucht

Assistent/Nachfolger in HNO-Gemeinschaftspraxis, ortsübergreifend, operativ gesucht. Anstellung möglich. Sehr breit aufgestellt, hoher Privatanteil. Im westlichen Ruhrgebiet. Kontakt: praxis@hno-gelsenkirchen.de

Sonstiges

Seminar Naturheilverfahren

Der Kneippärztebund, akkreditierter BLÄK-Veranstalter, bietet die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und 80 Stunden Fallseminare an. Ort: Bad Wörishofen und Bonn. Informationen/Termine: Ärztegesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneippärztebund e.V., 86825 Bad Wörishofen (Bayern). Kontakt telefonisch: 08247 90 110. www.kneippaerztebund.de

KLEINANZEIGEN – für Mitglieder kostenlos*

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

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

Anzeige

UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY



Geräteabdeckung




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

www.heisig.de

Anzeige

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Bochum

sucht **FA/FÄ für Allgemeinmedizin**
oder **Innere Medizin**

50-100% zur Anstellung oder Übernahme
des Sitzes ab sofort.

Flexible Urlaubs- und Arbeitszeitenregelung,
freundliches Betriebsklima.

Zuschriften bitte an den Köllen Druck+Verlag GmbH
unter Chiffre-Nr. HB 201

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 Mitgliedschaft abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme in elektronische Medien (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

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

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

Bildnachweis: Hartmannbund

Titelfoto: © lukas555 – Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Bundestag beschließt Tarifeinheitsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat im Mai das Gesetz zur Tarifeinheit gegen die Stimmen der Opposition beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, zu vermeiden, dass in einem Betrieb unterschiedliche Tarifverträge von konkurrierenden Gewerkschaften gelten. Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles hatte in der Debatte den umstrittenen Gesetzentwurf als Mittel zur Stärkung der Tarifautonomie verteidigt. Die betreffenden Gewerkschaften müssen sich nun künftig einigen, andernfalls greift das Mehrheitsprinzip. Dann gilt der Tarifvertrag jener Gewerkschaft, die in einem Betrieb die Mehrzahl der beschäftigten Arbeitgeber einer Berufsgruppe vertritt. Den Bundesrat soll das Gesetz am 12. Juni passieren. Es wird voraussichtlich im Juli in Kraft treten. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat das Gesetz scharf kritisiert. „Dieses Gesetz wird die arzt spezifische Vergütung langfristig aushöhlen, denn es erschwert die spezifische ärztliche Interessenvertretung in völlig inakzeptabler Weise“, warnte er. „Für die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken ist der Beschluss des Bundestages ein herber Rückschlag im Kampf um eine faire Vergütung.“ Die Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken hätten keinen Nine-To-Five-Job. Die Besonderheiten ärztlicher Tätigkeit bedürften daher auch eigener arzt spezifischer Tarifverträge.

Verstoß gegen Arbeitszeitgesetz – Klinik muss zahlen

Weil die Frankfurter Universitätsklinik vorsätzlich gegen das Arbeitszeitgesetz verstoßen hat, ist ihr ein Bußgeldbescheid in Höhe von 4.600 Euro zugegangen. Das berichtet die Frankfurter Rundschau. Demnach wurden Ruhepausen nicht eingehalten und Arbeitszeiten überschritten. Den Verantwortlichen sollen die Missstände in der Pflege seit langem bekannt sein. Der Klinikvorstand habe gegen den Bußgeldbescheid bei der Arbeitsschutzbehörde im Regierungspräsidium Darmstadt Einspruch eingelegt, berichtet das Blatt weiter. Sämtliche Führungskräfte seien nochmals angewiesen worden, auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zu achten, zitiert es den Klinikvorstand. Einem Gewerkschaftssprecher an der Klinik zufolge sei die Personaldecke jedoch so knapp geplant, dass sie eine hohe Flexibilität erfordere. Hintergrund sei die Forderung einer Dienstvereinbarung, die die Klinikleitung ablehnt. Um den Druck zu erhöhen, dokumentierte die Arbeitnehmervertretung in fünf Klinikbereichen sämtliche Gesetzesverstöße und schickte das Ergebnis an die Arbeitsschutzbehörde. Hochgerechnet auf alle Klinikbereiche müsse demnach von bis zu 1.000 Verstößen im Monat ausgegangen werden.

Gesetzentwürfe zum Umgang mit digitalen Daten

Das Bundeskabinett hat zwei Gesetzentwürfe zum Umgang mit digitalen Daten beschlossen. Zum einen billigte es den Gesetzentwurf für eine sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) und zum anderen die Neuaufgabe der Vorratsdatenspeicherung. Mit dem E-Health-Gesetz reagiert der Gesetzgeber unter anderem auf die enormen Zeitverzögerungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Sie sollte bereits 2006 die bisherige Krankenversicherungskarte ablösen. Effektiv gelang dies erst acht Jahre später.



mehr auf
www.hartmannbund.de

Weil wir an Ihre Zukunft
denken, lautet unsere
Therapie: Eigenheim.
apoPur. Über alles reden.
An alles denken.

Wir nehmen uns die Zeit, Ihre Immobilie auf ein stabiles Fundament zu stellen. Denn bei uns gibt es keine Empfehlungen, ohne dass wir Sie wirklich verstehen. Genau dafür haben wir apoPur entwickelt, unseren ganzheitlichen Beratungsansatz. Bei allem, was wir für Sie tun können, von Finanzierungs- und Anlagelösungen über Karrierewege bis hin zu Immobilien und Vorsorge, gilt: Wir beraten Sie umfassend – beruflich und privat. Schließlich sind wir Ihre Bank, die Bank für Heilberufler.

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheke-
und ärztebank

Stephanie Hübbers-Kohlhaas,
Kinderärztin, Kinderpsychiaterin



BOXflex – perfekter Schutz mit Raum für Veränderung.

Bauen Sie auf passgenaue Leistung.

Ob Privathaftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude- oder Glasversicherung – wählen Sie nur den Schutz, den Sie wirklich benötigen. Und ergänzen Sie je nach Bedarf, z.B. um Versicherungsleistungen rund um erneuerbare Energien oder für die Internetnutzung.

Bleiben Sie flexibel.

BOXflex passt sich Ihrer aktuellen Situation an. Ganz unkompliziert, monatlich kündbar.

Lassen Sie sich beraten.

Nähere Informationen und unseren Repräsentanten vor Ort finden Sie im Internet unter:
www.aerzte-finanzen.de

 **Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung

