02/2016



Hartmannbund Magazin



Ein Fundament in der Belastungsprobe Wie standfest ist die ärztliche Autonomie?

"

Selbstverwaltung stärken – im Interesse **aller** Ärzte."





www.kv-wahlen-2016.de



Editorial

Editorial

Liebe holleginen,

"Raus aus der Wagenburg, runter von den Bäumen". So haben wir – etwas zugespitzt – im letzten Hartmannbund-Magazin die Herausforderung rund um die Diskussionen einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschrieben. Eine Ausgabe später können wir nun feststellen, dass wir in diesem Sinne auf einem sehr guten Weg sind. Auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg ist es der deutschen Ärzteschaft gelungen, nach heftigen Debatten und Turbulenzen den Weg für neue Verhandlungen für eine reformierte GOÄ zu ebnen. Dazu haben alle Beteiligten beigetragen. Die ärztlichen Verbände haben vorhandene Differenzen im Detail zugunsten gemeinsamer, klar formulierter Forderungen überwunden und konnten damit ein Zeichen der Geschlossenheit setzen. Dies war auch deshalb möglich, weil die Führung der Bundesärztekammer zuvor die Reißleine gezogen, den Reset-Knopf gedrückt und den Weg für neue Verhandlungen mit dem PKV-Verband und dem Bundesgesundheitsministerium frei gemacht hatte. Als neuer Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses der Bundesärztekammer habe ich deutlich gemacht, dass wir nun den Entwurf einer Gebührenordnung gemeinsam mit den Fach- und Berufsverbänden erstellen werden, bevor wir unseren Vorschlag dann in die weiteren Verhandlungen mit unseren Verhandlungspartnern einbringen werden. Dabei werden wir uns alle notwendige Zeit lassen und am Ende im ärztlichen Interesse einen vernünftigen Kompromiss finden zwischen angemessenen Forderungen und Durchsetzbarem.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, der 119. Deutsche Ärztetag war so gesehen nicht nur ein erfolgreicher Schritt auf dem Weg hin zu einer neuen GOÄ, er war auch ein wichtiger Beweis dafür, dass die deutsche Ärzteschaft in der Lage ist, konstruktiv und entschlossen Gesundheitspolitik mitzugestalten. Ich wünsche mir sehr, dass insofern aus Hamburg auch ein Signal an die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausgeht, damit das Damoklesschwert weiteren staatlichen Eingreifens in unsere Selbstverwaltung wieder über uns verschwindet. Gelingt dies nicht, so ist auf Dauer das Fundament unserer Freiberuflichkeit ernsthaft gefährdet. Blicken wir – wie in diesem Heft – auf die Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung, ihre Errungenschaften und Bedeutung, dann wird uns bewusst, was es zu bewahren gilt.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, in diesem Jahr finden bundesweit flächendeckend Wahlen zu den KV-Vertreterversammlungen statt. Sie können am besten beurteilen, wer vor Ort – nicht zuletzt in oben dargelegtem Sinne – die besten Vertreter sind. In jedem Fall appelliere ich jedenfalls an Sie, von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen und so der politischen Legitimation unserer Vertreter das angemessene Gewicht zu verleihen.

hobean Fine and



Dr. Klaus ReinhardtVorsitzender des Hartmannbundes

Verband der Ärzte Deutschlands

Editorial

Editor

Editoria

Editorial

Editorial

Deutsche Ärzteversicherung



Unsere mehrfach ausgezeichnete Berufsunfähigkeitsversicherung schützt schon bei vorübergehender Berufsunfähigkeit zuverlässig vor finanziellen Risiken. Profitieren Sie von einem Versicherungsschutz, der speziell auf die Situation von Angehörigen der akademischen Heilberufe zugeschnitten ist. Wir versichern konkret die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arzt. Und gewähren die volle Leistung weltweit bereits ab 50 % Berufsunfähigkeit.

Jetzt beraten lassen: 0221 148-22700 www.aerzteversicherung.de

Inhalt



Die ärztliche Selbstverwaltung – bis heute ein Erfolgsmodell

Der Blick zurück in die Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung zeigt, dass der Weg hin zum heutigen System ein sehr steiniger war. Viele Jahrzehnte dauerte der Prozess, bis aus vielen Einzelkämpfern ein gut funktionierendes Modell entstand, das bis heute erfolgreich arbeitet. Manche aktuelle Entwicklung allerdings gibt Anlass zur Sorge.



Nachgefragt

Warum sich Mitglieder des Hartmannbundes in der Selbstverwaltung engagieren.

12 Politik

Der 119. Deutsche Ärztetag ist Geschichte und doch brandaktuell: In Sachen GOÄ geht es jetzt wieder vorwärts.

119. Deutscher Ärztetag Hamburg 2016

Assistenzärzte

TV-Serie "Auf Leben und Tod" zeigt Alltag von Assistenten

Weiterbildung 26

Mehr Geld für die ambulante Weiterbildung

28

Medizinstudierende

Bundesweite Aktion "#RichtigGuteÄrzteWerden" von Hartmannbund und bvmd

HB-Intern 30

Landesdelegiertenversammlungen

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38



Gastbeitrag

Prof. Dr. Robert Jütte: Diskussion um die ärztliche Vergütung hat lange Tradition

18 Antikorruptionsgesetz

Oberstaatsanwalt Alexander Badle im Interview

20 Niedergelassene Ärzte Wie schwierig es ist, eine Praxis auf einer Insel zu besetzen



TITEL TITEL

Die Selbstverwaltung als Garant der ärztlichen Freiberuflichkeit

Ein Erfolgsmodell in der Belas tungsprobe

Die gemeinsame Selbstverwaltung von "Gesundheit" in Deutschland ist eine große gesellschaftliche Errungenschaft. Eine besondere Rolle spielt in diesem System die Selbstverwaltung der Ärzte. Der Weg dorthin wird in dieser Ausgabe ebenso beschrieben wie die Rolle des im Jahr 1900 gegründeten Hartmannbundes, ohne den es die Kassenärztlichen Vereinigungen vielleicht nie gegeben hätte. Mit Blick auf die Geschichte haben sich die Ärzte ihre besondere Rolle hart erkämpft. Umso enttäuschter mögen manche auf das Bild blicken, dass Teile der ärztlichen Selbstverwaltung aktuell von sich zeigen.

Wie das Ende politischer Diplomatie aussieht, dafür ist das bundesdeutsche Behördenarchiv seit dem 12. Mai um einen eindrucksvollen Beleg reicher. "Sollte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer Sitzung am 23. Mai 2016 die erforderlichen Beschlüsse zur Geltendmachung der Ansprüche gegenüber dem ehemaligen Vorstandsmitglied Dr. Andreas Köhler nicht fassen und der Vorstand der KBV die notwenigen Unterlagen bezüglich der apo-KG nicht ... vorlegen, wird das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit gemäß § 79a SGB V auf Kosten der KBV die Geschäfte der Körperschaft selber führen oder einen Beauftragten bestellen ..., um die mit den Aufsichtsverfahren verfolgten Ziele zu erreichen...", droht der Ministerialdirektor im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Ulrich Orlowski, dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Vorsitzenden der Vertreterversammlung unverblümt mit dem Staatskommissar.

tion the Generalist (1980), springer's Geographic to the Joseph les, lither wit that sower betroogbeing and de are sowere fails

Keine überflüssigen Höflichkeitsfloskeln, kein "Wir würden uns freuen" - stattdessen unmissverständliche Ansagen. Das gilt auch einige Seiten später. Denn neben dem Justiziablen (Ansprüche gegen Dr. Andreas Köhler/Vorgänge um die apo-AG) legt Orlowski – ganz sicher mit Billigung seines Ministers – den Finger in eine weitere offene Wunde der KBV: "Zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit einer Körperschaft ist es zwingend erforderlich, dass ... die Vorstandsmitglieder untereinander, aber auch gegenüber der Vertreterversammlung und der Aufsicht zu einem einheitlichen und kooperativen Handeln zurückkehren", schreibt Orlowski und bittet zudem "ausdrücklich sicherzustellen", dass die aktuell bestehende Verunsicherung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch gegenläufige Beschlüsse und Streitigkeiten über interne Zuständigkeiten beendet würden. Saftiger, so sind sich politische Beobachter einig, kann eine Ohrfeige der Aufsichtsbehörde nicht ausfallen.

Überraschend kam diese Eskalation - jedenfalls für Insider nicht. Zuletzt hatte Anfang 2016 das Ministerium offen mit dem staatlichen Eingriff gedroht, nachdem sich die KBV-Vertreterversammlung mehrfach geweigert hatte, die im Gesetz vorgeschriebene Parität (zwischen Haus- und Fachärzten) bei Abstimmungen in der Vertreterversammlung umzusetzen. Kleinere "Reibereien" wie langwierige Diskussionen um die Einrichtung von Terminservicestellen oder Debatten um Termine und Sanktionen rund um das E-Health-Gesetz taten ihr Übriges für die Stimmung zwischen KBV und Aufsichtsbehörde. Aus deren Sicht hatten Vertreterversammlung und KBV-Vorstände den Spagat zwischen ärztlicher Interessenvertretung und staatlicher Umsetzungspflicht überreizt.

Nun ist - auf den ersten Blick jedenfalls - die Kuh erst einmal vom Eis. Die KBV-Vertreterversammlung hat fristgerecht alle vom Ministerium geforderten Beschlüsse gefasst. Die Erschütterungen, die das Gewitter aus dem Hause Gröhe hinterlassen hat, könnten jedoch, so befürchten viele in der Selbstverwaltung, für das Fundament ärztlicher Freiberuflichkeit nachhaltigere Wirkung haben. Dies umso mehr, als nicht zu erkennen ist, dass die Grabenkämpfe innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren mittlerweile völlig unübersichtlichen Frontlinien beendet werden könnten. Damit fällt die Vertreterversammlung auch als Problemlöser im lähmenden Dauerstreit Feldmann/Gassen aus. Höchste Wachsamkeit ist also geboten. Angekündigt ist bereits ein Gesetz, dessen Name sich aus Sicht der Ärzteschaft schnell als schöner Schein erweisen dürfte: "Selbstverwaltungsstärkungsgesetz". Vielleicht schweißt das ja die einen oder anderen Akteure wieder zusammen.

Wie das - mindestens in der Momentaufnahme - gehen kann, zeigt die "KBV-Schwester" Bundesärztekammer. Hat man sich nach Meinung vieler politischer Beobachter zum Beispiel bei Dauerprojekten wie der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung auch hier nicht gerade mit Ruhm bekleckert, oder schielt die Bundesärztekammer angesichts knapper Finanzen schon gerne einmal in die besser gefüllten Kassen der Landesärztekammern - offener Streit hielt sich hier bisher in Grenzen. Das wird bei der Politik wohlwollend registriert. Auch, dass man sich zuletzt nach hektischem Gerangel beim Thema Gebührenordnung für Ärzte (mindestens vorübergehend) zusammenraufen konnte (Lesen Sie dazu bitte auch den Artikel auf den Seiten 12/13). Ähnliches täte auch dem KV-System gut. Ein Blick in die Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung sollte da durchaus als Verpflichtung verstanden werden, zeigt aber auch, dass sich die Ärzteschaft bereits bis zur Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen 1931 innerärztlich wie auch mit Vertretern von Staat, Krankenkassen und anderen Protagonisten des Gesundheitssystems regelmäßig Schlagabtausche lieferte.

Der lange Weg zur ärztlichen Selbstverwaltung

"Ein einzelner hilft nicht, sondern wer sich mit vielen zur rechten Stunde vereinigt." Dieser Satz von Johann Wolfang von Goethe aus seiner Novelle "Das Märchen" galt Lübecker Ärzten als Motto, als sie 1809 zur Gründung des Ärztlichen Vereins einluden. Der älteste deutsche ärztliche Berufsverband steht am Anfang einer Serie ärztlicher Vereinsgründungen. Diese schossen in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in Deutschland wie Pilze aus dem Boden und hatten es sich unter anderem zum Ziel gesetzt, für die universitär ausgebildeten Ärzte ein Marktmonopol gegenüber der Konkurrenz zu erreichen sowie die Kontrolle von Ausbildung und Zugang zum Beruf, die Normierung ärztlichen Verhaltens durch eine eigene Berufsethik und die berufliche Autonomie durchzusetzen – und dies möglichst frei von jeder staatlichen Oberaufsicht.

Wie stand es zu diesem Zeitpunkt um die Ärzteschaft und das Gesundheitswesen? Die damalige Zersplitterung Deutschlands hatte zur Folge, dass es unterschiedliche Prüfungs- und Zulassungsverfahren für im medizinischen Sektor tätige Personen gab, fünf unterschiedliche Medizinalgewichte und zehn offizielle Arzneibücher. Chirurgie und Medizin waren getrennt, was zur Folge hatte, dass es Ärzte und Wundärzte gab. Die finanzielle Situation vieler Ärzte war alles andere als gut, im Besonderen junge Ärzte und Ärzte im Staatsdienst hatten es nicht leicht, ihr Auskommen zu finden.

Angesichts der prekären Lage wurde Mitte des 19. Jahrhunderts der Ruf nach einer Medizinalreform immer lauter. Die Ärzte wollten endlich ihre Verhältnisse geordnet sehen. Sprachrohr der Bewegung war "Die Medicinische Reform" – einer der Herausgeber der Berliner Arzt Rudolf Virchow. Zentrale Forderungen: Die öffentliche Gesundheitspflege in die Verfassung, medizinische Versorgung armer Kranker verbessern, größeres Mitspracherecht der Ärzte, weitgehende berufliche Autonomie. Um diese Ziele zu erreichen, muss-



te die deutsche Ärzteschaft mit einer Stimme sprechen. Leichter gesagt als getan. Erste Bestrebungen für einen Zusammenschluss erlahmten 1849 nach dem Scheitern der Märzrevolution.

Der nächste Entwicklungsschritt ging vom Staat aus. Den Anfang machte der Großherzog von Baden, der in seinem Land die Gründung eines ärztlichen Ausschusses als Interessenvertretung sowie beratendes Gremium der Regierung initiierte. Die Bildung von Ärztevereinen als Standesvertretung für alle Ärzte war auch andernorts ausdrücklich gewünscht. In Sachsen sah eine Verordnung von 1865 sogar vor, dass sich alle Ärzte im Land in Kreisvereinen zusammenschließen und Standesvertreter in das Obermedizinialkollegium entsenden sollten. Die Mitgliedschaft war noch freiwillig. Im benachbarten Herzogtum Braunschweig wurde hingegen eine obligatorische Mitgliedschaft in der neu gegründeten Körperschaft gefordert – Vorbild für die bis heute existierenden Ärztekammern.

Ein wichtiger Schritt hin zu einer gemeinsamen Interessenvertretung folgte 1869. Die 1822 gegründete Versammlung der Naturforscher und Ärzte erstellte eine Petition für den Reichstag des Norddeutschen Bundes. Forderungen: eine Zentralbehörde für das Gesundheitswesen, ein Ortsgesundheitsausschuss für jeden größeren Gemeinde- oder Landbezirk, Gesundheitserziehung für alle Bevölkerungsschichten und eine freiwillige Bildung von ärztlichen Vereinen in ganz Deutschland. Es folgte eine Unterschriftenaktion, an der mehr als 1.000 Ärzte, über 70 Bürgermeister, 150 Stadträte, 500 Stadtverordnete und 800 Fabrikanten beteiligt waren - mit dem Ergebnis, dass Reichstag und Bundesrat die Petition mit Wohlwollen aufnahmen. 1873 war es dann endlich so weit. Am 17. September konstituierte sich in Wiesbaden der Deutsche Ärztevereinsbund und fand der 1. Deutsche Ärztetag statt.

Themen, die in der Folgezeit im Mittelpunkt standen, waren der Anstieg der "Kurpfuscherei" sowie eine beschleunigte Erosion der

TITEL TITEL

Standeswürde. Immerhin: Seit 1869 gab es eine Gewerbeordnung für Ärzte, die langgehegte Wünsche erfüllt hatte: Niederlassungsfreiheit, freie Vereinbarung des Honorars und Abschaffung des "Kurierzwangs". Besonders störend empfanden viele Ärzte allerdings die Degradierung ihrer Tätigkeit zum Gewerbe, weshalb der Ruf nach einer staatlich anerkannten, einheitlichen Berufsordnung mit weitgehender Selbstbestimmung und Selbstkontrolle immer lauter wurde. Auch innerärztlich wurde es ungemütlicher. Es kam häufiger zu Interessenkonflikten – zwischen Allgemeinarzt und "Specialarzt", freiem Praktiker und Krankenhausarzt, dem in der Stadt und auf dem Land praktizierenden Arzt, Medizinalbeamten und frei praktizierenden Kollegen und auch zwischen Ärzten und "nachrückenden" Frauen, die auf ihr Recht pochten, Medizin zu studieren.

Eines der zentralen Themen war die Auseinandersetzung mit den Kassen hinsichtlich der Durchführung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die 1883 eingeführt wurde. Und hier betrat der Hartmannbund die politische Bühne. Gegründet im Jahr 1900 vom Leipziger Arzt Hermann Hartmann, um die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte zu wahren, hieß er damals noch Leipziger Wirtschaftlicher Verband. Der Verband, dem zehn Jahre später bereits mehr als zwei Drittel aller Zivilärzte angeschlossen waren, sorgte



Im Juli 1900 entwickelte der Leipziger Arzt Hermann Hartmann in einem offenen Brief den Gedanken einer Selbsthilfeorganisation zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte. Er schloss mit "Aerzte ganz Deutschlands, organisirt Euch!" Kurze Zeit später erfolgte die Gründung des Verbands der Ärzte Deutschlands.

durch seine oft kompromisslose Interessenvertretung für jede Menge Konfliktpotenzial, auch gegenüber dem Ärztevereinsbund. Erst 1903 kam es zur Annäherung, der Leipziger Verband schloss sich dem Ärztevereinsbund als dessen wirtschaftliche Abteilung an.

Neben den privatrechtlichen Verbänden wie Ärztevereinsbund und Leipziger Verband existierten im Kaiserreich unterschiedliche, staatlich anerkannte Standesvertretungen: Die sächsische Standesvertretung mit Beitrittspflicht aller Ärzte, Ärztekammern als selbständige Organe in Preußen, Anhalt, Baden, Braunschweig, Lübeck und Hamburg sowie aus Bezirksvereinen hervorgegangene Vertretungen ohne Beitrittszwang (Bayern, Hessen, Oldenburg, Württemberg). Ziel aller war es, die ärztlichen Fragen zu erörtern. Zusätzlich gab es "Ehrengerichte" zur beruflichen Selbstkontrolle. Alles wichtige Schritte in Richtung der heutigen Ärztekammern.

Der Großteil der Interessenvertretung wurde damals aber noch von Verbänden wie dem Ärztevereinsbund und dem Leipziger Verband übernommen, so auch bei der Kassenarztfrage. 1914 erhielt etwa die Hälfte der Einwohner durch Kassenmitgliedschaft eine kostenlose ärztliche Behandlung. Die Kassen (1903: ca. 23.000) schlossen mit einzelnen oder mehreren Ärzten privatrechtliche Verträge, diktierten Vertragsbedingungen und Honorierung. Die

Zunahme der Versichertenzahlen und die Nichtberücksichtigung ärztlicher Forderungen (Leistungsangebot der Kassen, Anstellungsverbot für Nichtapprobierte, freie Arztwahl etc.) steigerte die Unzufriedenheit der Ärzte. Es kam zu massiven Ärztestreiks.

Höhepunkt war das Ringen um die Reichsversicherungsordnung seit 1909. Der Entwurf sah neben der Ausdehnung der Versicherungspflicht die Zusammenlegung kleiner Kassen zu größeren Einheiten vor, berücksichtigte aber nicht die Wünsche der Ärzte nach einer gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl, der Einzelleistungshonorierung oder des Abschlusses von Kollektivverträgen. Es drohte erneut eine massive Arbeitsniederlegung der Ärzte. Am 1. Januar 1914 sollte das Gesetz in Kraft treten, doch die Lage spitzte sich immer mehr zu. Dann, in letzter Minute, der Kompromiss. Das "Berliner Abkommen" zwischen dem Leipziger Verband und den zentralen Verbänden der Kassen hob die Zahlungsautonomie der Kassen auf und legte diese in die Hände paritätisch besetzter Vertrags- und Registerausschüsse. Die Mediziner durften an der Erarbeitung von Individualverträgen in paritätisch besetzten Ausschüssen mitwirken – ein wichtiger Schritt hin zu den Kollektivverträgen. Damit wurde der Übergang zur organisierten freien Arztwahl möglich – die entscheidende Wende zugunsten der Ärzte.

Natürlich wäre die Ärzteschaft nicht die Ärzteschaft, wenn nicht neue Konflikte drohten - hinsichtlich der Ausbreitung von Ambulatorien, der Knappheit von Kassenarztstellen oder einer einheit-

lichen Ärzteordnung, die aus dem Arztberuf endlich einen freien Beruf machen sollte. Als besondere Errungenschaft der Ärzteschaft gilt 1931 die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Um Kassenausgaben zu reduzieren, entwickelte der Hartmannbund ein Programm, die Verteilung des vorhandenen Geldes in ärztlicher Regie zu übernehmen. In der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 wurde dieses Programm erlassen und die Ausgaben der ärztlichen Behandlung an den Anstieg der Kasseneinnahmen gekoppelt. Die Kassenärzte erhielten einen fixen Anteil der Kassenbeiträge. Fortan übernahm die Ärzteschaft die Verteilung dieser Gelder und die Kontrolle über deren wirtschaftliche Verwendung. Sachverwalter wurden die bis heute existierenden KVen, die in ihrer Konstruktion als öffentlich-rechtliche Körperschaften eine deutsche Besonderheit darstellen: Die Ärzteschaft übernahm Sicherstellungsauftrag und Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung. Ein Meilenstein in der Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung. Bis heute sind KVen und Kammern deren tragende Säulen und damit Garanten der ärztlichen Freiberuflichkeit. Das gilt es zu bewahren. (MR/DA)

Mehr Wissenswertes können Sie in "Geschichte der deutschen Ärzteschaft" nachlesen. Wir danken an dieser Stelle dem Herausgeber Prof. Dr. Robert Jütte, der es der Redaktion ermöglicht hat. Inhalte für diese Geschichte zu verwenden. Lesen Sie auch den Gastbeitrag von Prof. Jütte zum Thema "Diskussion um ärztliche Vergütung hat eine lange Tradition" auf den Seiten 14/15.

Was machen eigentlich Kammern und KVen?

des öffentlichen Rechts Teil der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems. Sie regeln, unter staatlicher Rechtsaufsicht, eigenverantwortlich bestimmte Aufgabenbereiche, die so aus bei den zuständigen Landesministerien. der staatlichen Verwaltung ausgegliedert werden können.

Dabei sind die Ärztekammern für die beruflichen Belange, also beispielsweise Berufs-, Fort- und Weiterbildung, zuständig. Diese und andere Aufgaben nehmen die Kammern auf der Grundlage landesrechtlicher Heilberufe-Kammergesetze wahr, wobei die Rechtsaufsicht beim jeweils zuständigen Landesministerium liegt. Im Gegensatz zu den KVen sind alle Ärzte tung der vertragsärztlichen Versorgung. Sie verfügt über Sitz Pflichtmitglieder der jeweiligen Ärztekammer des Bundeslan- und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten, des, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird (bzw. der Krankenkassen und Krankenhäusern. Die KBV untersteht der Wohnsitz liegt). Es gibt 17 Landesärztekammern.

In den 17 KVen sind hingegen "nur" diejenigen Ärzte (und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) Pflichtmitglieder, die über eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Die KVen haben als zentrale Aufgaben die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung

Sowohl Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sowie Vergütungsvereinbarungen mit den jeweiligen Landesals auch Ärztekammern sind als Körperschaften verbänden der Krankenkassen zu treffen und diese Vergütungen dann auf die einzelnen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten aufzuteilen. Auch hier liegt die Rechtsaufsicht

> Beide Organisationsformen verfügen über eine Entsprechung auf Bundesebene. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist hier als Körperschaft an der Selbstverwaltung beteiligt. Sie führt beispielsweise Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen über allgemeine Vereinbarungen über die Organisation und Vergü-Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG).

> Die Bundesärztekammer (BÄK) ist als freiwillige Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ist als nicht rechtsfähiger Verein organisiert. Die BÄK verfügt laut Satzung nicht über Weisungsbefugnis gegenüber den rechtlich selbständigen Landesärztekammern, sondern hat eine koordinierende Funktion.

Im Blick - KV-Wahlen 2016

In den kommenden Monaten finden die Wahlen zur Vertreterversammlung in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Diese Wahlen sind eine der zentralen berufspolitischen Herausforderungen der Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2016 – auch des Hartmannbundes, der bei der Entstehung der ärztlichen Selbstverwaltung eine wichtige Rolle gespielt hat und für den bis heute die Werte der ärztlichen Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung ein hohes Gut sind.

Positionen, die dem Hartmannbund besonders wichtig sind:

- Keine Spaltung der Ärzteschaft gemeinsam Ziele erreichen
- Therapiefreiheit keine weiteren staatlichen Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung
- Ärztemangel keine Planwirtschaft in der Gesundheitspolitik, keine Umverteilung zulasten funktionierender Versorgungsgebiete
- · EBM transparente und berechenbare Vergütung durch angemessene und feste Honorare
- · Wirtschaftlichkeit Regressrisiko weiter senken
- Sektorenübergreifende Neustrukturierung statt Portalpraxen
- Delegation Entlastung von nichtärztlichen Tätigkeiten
- Bürokratieabbau Dienst am Patienten, nicht an der Akte
- E-Health Chancen konsequent nutzen/Akzeptanz schaffen

Bei den KV-Wahlen entscheiden auch Sie als niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten oder in der Niederlassung angestellte Ärzte, wer die für Ihre berufliche Tätigkeit grundsätzlichen Regelungen und Entscheidungen treffen soll. Außerdem stellt

die Vertreterversammlung die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, also den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung und die Ausschüsse. Wenn Sie wollen, dass diese Gremien in Ihrem Interesse agieren, beteiligen Sie sich an den Wahlen!

TERMINE KV-WAHLEN 2016:

Mecklenburg-Vorpommern	20.0601.07.
Hamburg	0619.07.
Baden-Württemberg	Anfang Juli-26.07.
Saarland	27.07.
Nordrhein	03.08.
Sachsen-Anhalt	20.88.9.
Berlin	0216.09.
Schleswig-Holstein	0521.09.
Brandenburg	0523.09.
Thüringen	1223.09.
Westfalen-Lippe	2030.09.
Hessen	28.926.10.
Bayern	0619.10.
Niedersachsen	1227.10.
Bremen	26.1002.11.
Bayern Niedersachsen	0619.10. 1227.10.

Die Wahltermine Sachsen und Rheinland-Pfalz sind noch nicht offiziell

Wissenswertes rund um die KV-Wahlen stellt der Hartmannbund aktuell zusammen. Hierzu erhalten Sie in den nächsten Wochen weitere Informationen.

TITEL

Ein Blick auf Hartmannbund-Mitglieder, die in Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen aktiv sind

Ich engagiere mich in der ärztlich en Selbstverwaltung, weil...

Dr. Katrin Krome, niedergelassene Fachärztin für Neurologie in Bamberg, Mitglied der Kammerversammlung der

LÄK Bayern: Ich engagiere mich in der ärztlichen Selbstverwaltung, weil die Vertretung der Interessen - vor allem die Arbeitsplatzgestaltung mit Teilzeitmodellen, flexible Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit Beruf und Familie und eine gerechte Weiterbildung für Ärzte und Ärztinnen – mir seit meiner angestellten Tätigkeit als Ärztin und auch heute noch ein Anliegen sind. Als mittlerweile niedergelassene Ärztin setze ich mich weiterhin für diese Themen ein und bin im regelmäßigen Austausch mit meinen Kollegen. Positiv sehe ich nach Beratung einzelner Kolleginnen und Kollegen die Entwicklung der Themen im klinischen Alltag. Zur Wahrung unserer beruflichen Chancen ist es aus meiner Sicht unabdingbar, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung einzusetzen.

Dr. Fabian Weykamp, Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, stellvertretender Vorsitzender Arbeitskreis "Junge Ärztinnen und Ärzte" in der Landesärztekammer Westfalen-Lippe:

Ich engagiere mich in der ärztlichen Selbstverwaltung, weil ich bereits als Student für den Hartmannbund aktiv war. Momentan stelle ich einen positiven Trend in der ärztlichen Selbstverwaltung fest, auch den jungen Ärzten zu ermöglichen, für sich selbst zu sprechen. Ehe man früher ausreichend berufspolitische Erfahrungen gesammelt hatte, um mitreden zu können, war es oft zu spät, um als junger Arzt noch mitgestalten zu können. Ich bin daher schlicht dankbar, dass ich bereits in meinem ersten Berufsjahr in der ärztlichen Selbstverwaltung aktiv werden konnte.

Dr. Fabian Schlaich, Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt für Strahlentherapie in Heidelberg, Mitglied des Arbeitskreises "Junge Kammer" der Bezirksärztekammer Nordbaden: Ich en-

gagiere mich in der ärztlichen Selbstverwaltung, weil die Selbstverwaltung eine der wichtigsten Errungenschaften der deutschen Ärzteschaft ist. Hierdurch haben wir die Möglichkeit, unsere ärztlichen Belange in weiten Teilen selbst zu regeln, ohne Einflussnahme durch Politik oder Kostenträger. Aktuelle Themen bedürfen der gemeinsamen Anstrengung aller Ärzte/-innen, um die Attraktivität unseres Berufes zu erhalten. Gerade für die jungen Kolleginnen und Kollegen kann und muss derzeit viel getan werden. Hier ist es wichtig und erfreulich, junge Ideen einzubringen. Ein Engagement in der Selbstverwaltung macht Spaß und ist gewinnbringend, für den einzelnen und die Ärzteschaft insgesamt. Es gilt damals wie heute: "Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist Nichts, alle zusammen sind wir eine Macht." (Hermann Hartmann, Gründer des Hartmannbundes)

Dr. Thomas Lipp, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Leipzig, Mitglied der Kammerversammlung der LÄK Sachsen, Delegierter zum Deutschen Ärztetag: Ich engagiere mich in der ärztlichen Selbstverwaltung, weil ich mich als Bürger gegenüber der Gesellschaft verpflicht mitzugestalten. Ich lasse mir ungern von Tun unreflektiert aufdrängen. Ein Enga

gegenüber der Gesellschaft verpflichtet sehe, diese mitzugestalten. Ich lasse mir ungern von anderen mein Tun unreflektiert aufdrängen. Ein Engagement in der Selbstverwaltung heißt viel zeitlichen Aufwand, um die vielfältigen, durchaus schwierigen Zusammenhänge und deren Folgen begreifen und abschätzen zu können. Es macht mir viel Freude mitzudiskutieren, mich auch Niederlagen zu stellen, um am Ende zu sehen, wie auch ich durch mein Engagement politisches Geschehen im Kleinen wie auch im Großen beeinflussen kann. Mir liegt sehr viel an dem Berufsstand des Arztes. Das berufliche Umfeld meiner Kollegen gesundheits- und berufspolitisch mitgestalten zu können, ist ein Ansporn für mich. Umso wütender und entsetzter bin ich über die derzeitige Situation an der Spitze unserer Selbstverwaltung. So manches Mal wünschte ich mir einen Besen, um einmal ordentlich durchzufegen.

Dr. Astrid Bühren, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, niedergelassen in Murnau am Staffelsee, Stellvertretende Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung Bayern: Ich engagiere mich in der ärztlichen Selbstverwaltung, weil ich so etwas bewegen kann, ich dadurch gesundheits- und standespolitische Frei

gesundheits- und standespolitische Ereignisse und Zusammenhänge besser durchschaue, durch meine Beiträge und Voten ansonsten randständige oder sogar vernachlässigte Themen stärker in den Fokus gerückt werden, so zum Beispiel Ärztliche Psychotherapie, gleichberechtigte Karrierechancen von Ärztinnen, Gendermedizin, Seltene Erkrankungen, Vereinbarkeit von Beruf, Karriere und Familienleben. Nur bei eigenem Engagement kann ich das fehlende anderer kritisieren, Stress – auch Abgabetermine für Statements, Sammeln von Infos, Termindruck – hält lebendig, die Beobachtung von Playern in der Politik ist lehrreich.

Dr. Daniel Peukert, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, angestellt in einem Medizinischem Versorgungsszentrum in Berlin, Delegierter zum Deutschen Ärztetag und Mitglied

der Haushaltskommision der Landesärztekammer Berlin: Ich engagiere mich in der
ärztlichen Selbstverwaltung, um mich mit meinen
Ansichten einzubringen, um etwas in dem Sinne zu
bewegen, von dem ich glaube, dass es das Richtige
ist. Kritik kann ich nur anbringen, wenn ich bereit
bin, selber zu schauen, ob und was man ändern
kann. Es ist eine Möglichkeit, sich auch außerhalb
von Parteien politisch zu engagieren. Wir haben einen freien Beruf mit der Möglichkeit der Mitbestimmung für alle Bereiche unseres beruflichen Lebens.
Warum sollte ich auf dieses Recht verzichten?

Dr. Uta Arndt, Fachärztin für Kinderheilkunde/niedergelassen als praktische Ärztin in Mirow, kandidiert für die KV-Wahl in Mecklenburg-Vorpommern: Ich möchte mich in der ärztlichen Selbstverwaltung engagieren, weil ich denke, dass die freiberufliche Berufsausübung der Ärzte in diesen Jahren zunehmend gefährdet ist und wir unsere Reihen dringend stärken sollten, um endlich wieder ernstzunehmende Verhandlungspartner für Politik und Krankenkassen zu werden. Wir Ärzte von der Basis müssen durch Mitarbeit in den Gremien dafür sorgen, dass unsere Standpunkte und Bedürfnisse nicht aus dem Blick verloren werden. Gerade als Hartmannbund-Mitglied ist es mir wichtig, dass nicht weiter ein Keil zwischen stationär tätige und niedergelassene Kollegen, Fachärzte und Allgemeinmediziner, die ja auch Fachärzte sind, getrieben wird und dass der freundliche und respektvolle kollegiale Umgang miteinander gepflegt wird.

Klaus-Peter Schaps, niedergelassener Internist in Wilhelmshaven, Vorsitz KV Wilhelmshaven der KVN, Mitglied Kammerversammlung LÄK Niedersachsen, DÄT-Delegierter: Ich engagiere mich in der ärztlichen

Selbstverwaltung, weil ich der festen Überzeugung bin, dass ich nur etwas an meinen Berufs- und Arbeitsbedingungen ändern kann, wenn ich selbst aktiv werde. Das ständige Mäkeln und Kritisieren ohne Substanz kennen wir in der heutigen Gesellschaft leider zur Genüge. Anpacken und Mitmachen ist angesagt und erwünscht. Nur wir Ärzte verfügen über die notwendige Expertise, die Geschicke der Ärzteschaft in all ihren Facetten zu steuern. Eine Regelung von außen, zum Beispiel durch eine Behörde, wäre sicher zu unserem Nachteil. Folglich gehört die ärztliche Selbstverwaltung gestärkt – dies wird nur durch das gesteigerte Engagement des einzelnen Kollegen und der Berufsverbände gelingen. Hier sehe ich den Hartmannbund, als Verband aller Ärzte Deutschlands und somit überspannendes Bindeglied, in vorderster Reihe mitwirkend und gefordert.

POLITIK POLITIK

119. Deutscher Ärztetag gibt grünes Licht für neue Verhandlungen mit PKV und Regierung

Rücke vor bis auf Los-

Die Erleichterung war nicht nur dem Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK), sondern rund 90 Prozent der Abgeordneten des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg deutlich anzumerken. Nachdem der Vorstand der BÄK im März die Reißleine bei den Verhandlungen zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gezogen hatte, machte das Ärzteparlament mit seinen Hamburger Beschlüssen – nach monatelangen heftigen innerärztlichen Diskussionen – den Weg frei für neue Verhandlungen mit der Privaten Krankenversicherung (PKV), den Beihilfestellen und dem Bundesgesundheitsministerium.

Grünes Licht also für das angekündigte "Reset" der GOÄ-Verhandlungen unter klar formulierten Prämissen. Dem "go" von der Elbe vorausgegangen waren quälende Wochen für den BÄK-Vorstand (u.a. mit dem Rücktritt von Dr. Theo Windhorst vom Vorsitz des GOÄ-Ausschusses), aber auch für die ärztlichen Verbände, die sich nicht hinreichend am Verhandlungsprozess beteiligt fühlten und – ebenfalls nicht immer ohne Reibungsverluste – nach gemeinsamen Strategien für eine Durchsetzung wegweisender Beschlüsse des Deutschen Ärztetages (DÄT) suchten. Am Ende mit Erfolg!

Ein bisschen schien es zuvor über Monate hinweg, als müsse man auf dem Weg zu einer novellierten Gebührenordnung den

Success

durchschlagen. Dies ganz besonders, nachdem sich nach dem Sonderärztetag zur GOÄ im Januar diesen Jahres nicht etwa die Wogen geglättet hatten, sondern sich Skeptiker und Kritiker der bisherigen GOÄ-Verhandlungen brüskiert sahen – durch eine vom BÄK-Präsidenten Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery vermeintlich dominierte Sitzungsleitung oder etwa chende Redezeiten.

dige Transparenz und entsprechende Hinzuziehung des Sachverstandes der Fachverbände geführt würden. Dafür, dass nur wenige Monate später in Hamburg doch der (vorläufige) Durchbruch gelang, stehen vor allem zwei Begriffe: Pragmatismus und

on den "Karren aus dem Dreck holen".

Im Verlaufe der anschließenden Debatte – und nicht zuletzt mit

Der Plan ist entworfen. Nun gilt es "nur" noch, ans Ziel zu kommen...



Einen Vertrauensvorschuss gab es für den neuen "technischen Verhandlungsführer" der BÄK, Dr. Klaus Reinhardt. Der Hartmannbundvorsitzende gab nicht nur einen Sachstand im Sinne der bisherigen Verhandlungen, sondern bekräftigte sein Ziel, die Verhandlungen unter der Maßgabe der vom DÄT gefassten Beschlüsse in größtmöglicher Transparenz unter Beteiligung der relevanten Verbände zu führen. Dabei scheute er sich nicht, gleichzeitig an den Realitätssinn und die Verantwortung aller Beteiligten zu appellieren. Man könne am Ende nur in einer Gemeinschaftsakti-

Blick auf die Erfahrungen des Sonderärztetages - war dann auch schnell klar, dass bei den DÄT-Abgeordneten nur Forderungen der ärztlichen Verbände durchsetzungs- und konsensfähig sein würden, denen man einen gewissen "Realitätssinn" unterstellen konnte. Hier war Pragmatismus gefragt. Dass dies nicht den Verzicht auf klare inhaltliche Forderungen oder gar auf den zurecht erhobenen Anspruch auf die stärkere Beteiligung von Verbänden bedeuten muss, zeigten dann auch die im Wesentlichen im Kreise der Allianz Deutscher Ärzteverbände konsentierten Resolutiofür die neue GOÄ

nen, die fast alle 90-prozentige Zustimmungen des Plenums erhielten. Der - mindestens gefühlt - wichtigste Beschluss: Zunächst formulieren die Berufs- und Fachverbände gemeinsam mit der BÄK einen "innerärztlichen" Entwurf. Erst danach werden formal die Verhandlungen mit der "Gegenseite" wieder aufgenommen.

> Der aus Sicht vieler Beobachter faktisch wichtigste Beschluss gelang beim kniffligen und umstrittenen Thema der Gemeinsamen Kommission und der damit verbundenen Änderung der Bundesärzteordnung. Bis zum Schluss wurde um Kompromisse und letzte Formulierungen gerungen - nicht zuletzt mit Blick auf mögliche Spielräume der neuen Verhandlungsführung in Sachen Kommission, die manche gerne durch entsprechende Beschlüsse lieber an Ort und Stelle "beerdigt" gesehen hätten. Den Durchbruch brachte hier ein Antrag des Hartmannbund-Vorsitzenden aus Bran-

denburg, Dr. Hanjo Pohle, der gemeinsam mit weiteren Delegierten seiner Kammer vorschlug, Änderungen sowohl des Paragrafenteils der bisherigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte als auch der Bundesärzteordnung nur dann zuzulassen, wenn "sie inhaltlich zum Betreiben einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte notwendig sind". Dies sei mit den Berufsverbänden und den Spitzenorganisationen der Ärzte abzustimmen. Damit war die Kuh vom Eis.

Wie geht es jetzt weiter? Die Gespräche mit den Fach- und Berufsverbänden haben bereits begonnen. Vermutlich bis mindestens spät in den Herbst diesen Jahres hinein wird man über Legendierungen und Bewertungen diskutieren. Anschließend geht es in die neue Runde mit PKV, Beihilfestellen und Bundesgesundheitsministerium. Ziel ist es, spätestens für die Koalitionsverhandlungen der neuen Regierung im Herbst 2017 ein geschnürtes Paket einbringen zu können, wer auch immer dann am politischen Verhandlungstisch sitzt. Ist Hermann Gröhe noch dabei, kann man - verlässt man sich auf seine Worte zur Eröffnung des Hamburger Ärztetages – auf mindestens einen Unterstützer hoffen.

Die Beschlüsse des 119. Deutschen Ärztetages zur GOÄ finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer/119. Deutscher Ärztetag/Beschlussprotokoll ab Seite 86. Alle DÄT-Beschlüsse können Sie hier nachlesen: http://119daet.baek.de.

119. Deutscher Ärztetag: Was war noch wichtig?



Es war ein in Teilen turbulenter, ein spannender, aber am Ende vor allem auch ein erfolgreicher Deutscher Ärztetag 2016 - vor allem auch aus Sicht des Hartmannbundes. Über einen von Hartmannbund-Mitgliedern als Delegierte des Deutschen Ärztetages einge-

brachten Antrag konnte eine Diskussion der Deutschen Ärzteschaft zum Thema Patientensteuerung angestoßen werden. Hiermit wird sich nun zunächst der Vorstand der Bundesärztekammer befassen.

Der Ärztetag folgte auch der Forderung zur Ablehnung eines Pflichtabschnittes Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr und der sogenannten "Landarztquote" und bestätigte damit die Überzeugung des Hartmannbundes, dass eine solche Quotenregelung der falsche Weg ist. Die Ablehnung einer Landarztquote begründeten die Delegierten damit, dass die wenigsten Bewerber vor ihrem Studium einschätzen könnten, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen und ob sie sich eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen vorstellen können. Auch weitere Anträge, die über HB-Mitglieder als Delegierte eingebracht wurden, so zum Beispiel zu den

Themen Mutterschutz, Notfallversorgung und zur Europäischen Arbeitszeitrichtlinie, fanden verbände- und kammerübergreifend eine Mehrheit der Delegierten. Zur Arbeitszeitrichtlinie: Die Delegierten haben die Arbeitgeber und die politisch Verantwortlichen dazu aufgefordert, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes sicherzustellen und sich einer Aufweichung der EU-Arbeitszeitrichtlinie entgegenzustellen. Eine geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die eine Erweiterung der Wochenhöchstarbeitszeit sowie eine Neubewertung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes vorsieht, würde zu einer unzumutbaren Arbeitsbelastung der am Krankenhaus Beschäftigten führen.

Für den innerärztlichen "Frieden" und für die Wahrung der Chance auf eine neue Gebührenordnung für Ärzte besonders wichtig: Verbandsübergreifend konnten wichtige wegweisende Entscheidungen für die neuen Verhandlungen einer GOÄ-Novelle beschlossen werden (siehe auch Artikel auf dieser Seite). Diese nach turbulenten Monaten erzielte - große Einigkeit ist auch eine wichtige Botschaft an die Politik.

Weitere Schwerpunkte setzte der Hamburger Ärztetag unter anderem beim aktuellen Brennpunktthema von Flüchtlingen in der medizinischen Versorgung und bei der "Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur". Hierzu wurde ebenso intensiv diskutiert wie zum Sachstand der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (siehe auch Artikel auf Seite 26).

12

GASTBEITRAG

Gastbeitrag von Prof. Dr. Robert Jütte

Diskussion um ärztliche Ver gütung hat eine lange Tradition

Im Jahr 1806 wünschte sich ein namentlich nicht bekannter Arzt eine Gebührenordnung zum Schutz vor dem Undank der Patienten. Zum damaligen Zeitpunkt mussten Ärzte auf ihre Honorarforderungen mitunter Monate und Jahre warten. Den Weg von damals bis heute beschreibt Prof. Dr. Robert Jütte.

Von der Ehre und dem edlen Gefühl, dem Kranken geholfen zu haben, konnte ein Arzt auch in der Vergangenheit nicht leben. So gab einer der berühmtesten Ärzte des 18. Jahrhunderts, Friedrich Hoffmann (1660-1742), seinen Kollegen den Rat: "Die Belohnung, sie mag unter dem Namen eines Geschenks oder einer Schuld gegeben werden, soll der Medicus hurtig, ohne sich deshalb zu schämen, oder traurig zu seyn, annehmen." Säumige Patienten an ihre Zahlungsverpflichtungen zu erinnern, empfanden damals schon viele Ärzte als entwürdigend und nicht mit ihrer Standesehre zu vereinbaren. So sollte denn auch nicht der Arzt selber, wie Johann Friedrich Rübel (†1769) vorschlug, die ausstehenden Beträge eintreiben, "sondern er soll so machen, daß solches durch die dritte Person erinnert wird." Heute übernehmen dies zum Teil professionelle Inkasso-Unternehmen für Ärzte, deren Privatpatienten Rechnungen nicht bezahlen - ein Phänomen, das offenbar verbreiteter ist als man meint.

Wie war es aber um das Einkommen der Ärzte und die Zahlungsmoral der Patienten in der Vergangenheit tatsächlich bestellt? Scheuten im 18. und frühen 19. Jahrhundert, als es lediglich vom Staat erlassene Medizinaltaxen und noch keine Gesetzliche Krankenversicherung gab, die Ärzte davor zurück, ihre Forderungen einzuklagen? Wie reagierten die Patienten auf die rechtmäßigen oder in Einzelfällen auch überhöhten Rechnungen der behandelnden Ärzte?

Von der Schwierigkeit, Arztschulden einzutreiben

Wie der Blick in das Schuldenbuch eines badischen Wundarztes aus dem Zeitraum 1791-1816 zeigt, musste ein Heiler oft viel Geduld aufbringen, bevor der letzte säumige Patient seine Arztschulden beglichen hatte. Ein Großteil der Patienten zahlte ausweislich dieser Quelle zwar innerhalb von zwei Jahren. Doch gab es nicht wenige, die erst sehr viel später die offene Arztrechnung beglichen. Offenbar hing die Hinauszögerung der Zahlung nicht allein von der Höhe der Schulden ab. Auch relativ geringe Summen (unter 1 Gulden) wurden nicht sogleich bezahlt. Aufschlussreich ist weiterhin der Zeitpunkt der Schuldenzahlung. Die meisten Schuldner beglichen ihre offene Arztrechnung entweder am Jahresanfang oder in den Monaten November und Dezember. Hier unterschied sich offenbar eine wundärztliche Praxis kaum von der eines akademisch ausgebildeten Arztes. Dieser notierte sich, wie es beispielsweise

"Ein Heiler musste oft viel Geduld aufbringen, bevor der letzte säumige Patient seine Arztschulden beglichen hatte."

der Leibarzt Goethes, Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), tat, die im Laufe des Jahres verordneten Arzneimittel, um dann Ende des Jahres die Rechnung ausfertigen zu können. Im Idealfall wurde diese um Weihnachten versandte Honorarforderung dann Anfang des Jahres gleich beglichen. Umso überraschter war ein Arzt, wenn ein Patient aus Dankbarkeit freiwillig mehr zahlte. So notierte der Berliner Arzt Ernst Ludwig Heim (1747-1834) in sein Tagebuch, wenn ein Patient sich einmal großzügig erzeigte: "Ich danke Gott dafür".

Die Vorläufer der heutigen Gebührenordnung: Medizinaltaxen

Angesichts der laxen Zahlungsmoral vieler Patienten, die insbesondere jüngere Ärzte in Schwierigkeiten bringen konnte, überrascht es nicht, dass Medizinaltaxen, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen festsetzen, von Anfang an nicht nur als

staatlicher Übergriff auf die freie Praxis gesehen wurde, sondern von der Ärzteschaft, die bis ins späte 19. Jahrhundert keine Standesvertretung hatte, zumeist begrüßt wurden. So wünschte sich 1806 ein nicht namentlich genannter Arzt ausdrücklich eine Gebührenordnung zum Schutz vor dem Undank der Patienten. Am klarsten drückte ein anderer zeitgenössischer Autor die Vorteile einer Gebührenordnung aus:

"Im Allgemeinen können wir darüber nicht zweifelhaft sein, dass es am besten ist, wenn der Arzt für seine Bemühungen vom Kranken ohne Rechnung in angemessener und anständiger Weise honoriert wird, so daß er mit der erhaltenen Belohnung zufrieden ist. [...] Es gibt aber auch unter den Kranken solche von so niedriger Gesinnung, daß sich der Arzt ihnen unmöglich preisgeben kann, wenn er nicht, wie der geringste Tagelöhner, für seine Aufopferung, für seine Kunst und für seine Wissenschaft abgefunden werden will, sofern er nicht durch eine ärztliche Taxe geschützt ist, und ihnen gegenüber gibt es leider auch eigennützige, habgierige, unverschämte Aerzte, die die göttliche Kunst nur als eine Melk-Kuh betrachten."

Dagegen argumentierten die damaligen Gegner jedweder Gebührenordnung damit, dass diese im Streitfall vielleicht hilfreich, aber im Grunde genommen ungerecht sei, da, wie der Darmstädter Augenarzt und Chirurg Heinrich Küchler (1811-1873) es zum Ausdruck brachte, die ärztliche Leistung sich nicht genau messen lasse: "Der Arzt, welcher mit wenigen Mitteln und wenigen Besuchen Vieles leistet, wird wohl in alle Ewigkeiten taxmässig schlechter bezahlt werden, als derjenige, der mit vielen Mitteln und vielen Besuchen nichts leistet [...].

An dieser grundsätzlichen Problematik scheint sich bis heute nichts geändert zu haben, wenn man die seit Jahrzehnten anhaltende Diskussion um die Strukturre-

formen in unserem Gesundheitswesen und die gegenwärtige Debatte um eine Neufassung der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) verfolgt.

Die Anfänge der GOÄ Die heutige GOÄ geht auf die Preußische

Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (PreuGO) vom 1. September 1924 zurück, die wiederum Vorläufer im 19. Jahrhundert hatte. Nach § 80 der Gewerbeordnung von 1869/1873 erfolgte die Honorierung im Rahmen einer individuellen Vereinbarung zwischen Arzt und Patient. In strittigen Fällen sollte eine Taxe gelten, die von den Ländern festzusetzen war. Preußen erließ am 15. Mai 1896 eine Gebührenordnung, welche die Medizinaltaxe aus dem Jahr 1815 ersetzte. Die Höchstsätze, nicht aber die Mindestsätze wurden bis zum Ende des Ersten Weltkriegs dreimal angehoben (1906, 1914 und 1918), Durch die Rechtsprechung, aber auch durch förmliche Übernahme wurde die PreuGO die wichtigste der staatlichen Gebührenordnungen für die Honorierung der ärztlichen Leistungen. Auf diese Entwicklung reagierte 1928 der "Verband der Ärzte Deutschlands" (Hartmannbund) - also die wirtschaftliche Interessenvereinigung der deutschen Ärzteschaft - mit einer eigenen Gebührenordnung, die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (AdGO). Diese war nicht nur weniger formalisiert, sie enthielt auch etwa doppelt so hohe Sätze wie die PreuGO. Sie wurde aber nur angewendet, wenn Arzt und Patient dies ausdrücklich privatrechtlich vereinbart hatten. Die AdGO und die Preu-GO listeten die einzelnen Arztleistungen auf und setzten für diese Mindest- und Höchstsätze fest. Die AdGO wurde später als "Allgemeine Deutsche Gebührenordnung der Ersatzkassen" (auch "Ersatzkassen AdGO": "E-AdGO") übernommen und war von 1929 bis 1965 in Kraft.

Nach dem Zweiten Weltkrieg konnte die Ärzteschaft verhindern, dass die von den Alliierten zunächst verfolgten Pläne einer staatlichen Einheitsversicherung (nach britischem Muster) Wirklichkeit wurden. An diesem Erfolg hatten die wiedergegründeten Standesorganisationen (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Hartmannbund) einen erheblichen Anteil.

Reform des Gebührenrechts

Seit 1948 stand eine Reform des Gebührenrechts ganz oben auf der Agenda der Standesvertretungen. Doch die Arbeit in den Kommissionen brauchte Zeit. Entwürfe einer neuen Gebührenordnung wurden auf den Ärztetagen der Jahre 1954 bis 1956 heftig diskutiert. Der 60. Deutsche Ärztetag, der 1957 in Köln stattfand, stimmte schließlich über einen Entwurf für eine neue Gebührenordnung (Neugo) ab. Dieser wurde ein Jahr später in die zuständigen politischen Gremien eingebracht. Doch wegen fehlender Rechtsgrundlage legte die Bundesregierung diesen Entwurf auf Eis. In den Folgejahren beschäftigten sich immer wieder Ärztetage mit diesem Projekt. 1962 wurde die Bundesärztekammer bei der Bundesregierung vorstellig, um bis zur endgültigen Fertigstellung der neuen Gebührenordnung

"Seit 1948 stand eine Reform des Gebührenrechts auf der Agenda. Doch die Arbeit in den Kommissionen brauchte Zeit."

eine Anhebung der PreuGO-Sätze zu erreichen, und zwar bei den Mindestsätzen um 35 Prozent und bei den Höchstsätzen um 50 Prozent. Mit diesen Forderungen kam die organisierte Ärzteschaft jedoch nicht durch. Am 1. April 1965 trat dann die neue amtliche Gebührenordnung (GOÄ) in Kraft, die sich allerdings von den auf den Ärztetagen diskutierten Reformentwürfen deutlich unterschied. Sie übernahm weitgehend die Gebührenordnung für die Ersatzkassen (E-Adgo). Die Ärzteschaft, die sogleich lauten Protest anmeldete, versuchte man 1965 seitens der Bundesärztekammer mit dem Hinweis zu beruhigen, dass die GOÄ lediglich eine Übergangslösung bis zur Verabschiedung einer "von Grund auf neu erarbeiteten Gebührenordnung" darstelle. Bei aller Kritik kamen aber auch die Ärzte nicht umhin festzustellen, dass die GOÄ immerhin eine deutliche Erhöhung des Honorarvolumens zur Folge hatte.

Wie alle Vorgängerordnungen war auch die GOÄ lediglich dispositiv, das heißt, sie galt nur, wenn Arzt und Patient keine andere Honorarvereinbarung getroffen hatten.

Zum 1. Januar 1983 trat dann eine Neufassung der GOÄ in Kraft, die ein erweitertes Leistungsverzeichnis mit über 2.400 Positionen enthielt. Der erneute Protest der Vertreter der organisierten Ärzteschaft entzündete sich nun vor allem an der weiterhin bestehenden Orientierung an der Vertragsgebührenordnung für Kassenärzte, aber auch an der Reduzierung der möglichen Honorarspannen auf das 1-3.5-Fache für Arztleistungen und die Festlegung von Regelhöchstsätzen (2,3-Fache bzw. 1,8-Fache des Mindestsatzes). Zudem wurde die bis dahin geltende Subsidiarität der Gebührenordnung faktisch weitgehend beseitigt. indem es den Ärzten - nicht zuletzt durch die Rechtsprechung begünstigt - immer schwerer gemacht wurde, Abweichungen von den "Schwellenwerten" zu rechtfertigen. Seit 1983 ist die GOÄ wiederholt geändert worden. Aber diese Änderungen waren nicht struktureller Art. So kritisierte ein Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag 2005:

Das Verharren auf der inzwischen in weiten Abschnitten überholten GOÄ und dem im November 1982 zum letzten Mal neu gefassten Gebührenverzeichnis führe dazu, dass die Privatversicherten weitgehend von einer raschen Teilhabe am medizinischen Fortschritt abgeschnitten würden.

Das teilweise antiquierte Gebührenverzeichnis basiert in der Tat auf der Ersatzkassengebührenordnung (E-Adgo) von 1978. Von den 32 Abschnitten des Leistungsverzeichnisses sind seitdem 22 Kapitel nicht mehr aktualisiert worden. Mithin sind diese Kapitel inzwischen über 30 Jahre alt. Die übrigen zehn Kapitel sind 1996 neu gefasst worden und inzwischen auch fast 20 Jahre in Kraft. Die Folge: Das gesamte Regelwerk spiegelt also nicht den rasanten Fortschritt der Medizin der letzten drei Jahrzehnte wider, wie immer wieder beklagt wurde und wird.



Prof. Dr. phil. Robert Jütte leitet seit 1990 das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Er lehrt an der Universität Stuttgart und hat Gastprofessuren an den Universitäten Innsbruck und Zürich. Forschungsschwerpunkte: Sozialgeschichte der Medizin, Wissenschaftsgeschichte, Homöopathiegeschichte, iüdische Geschichte.

POLITIK POLITIK

Eindrücke vom 119. Deutschen Ärztetag



Der 119. Deutsche Ärztetag wurde in der Laeiszhalle (rechts), dem traditionsreichen Konzerthaus Hamburgs, eröffnet. Zur Eröffnung durfte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery (links im Bild), den Bundesaesundheitsminister Hermann Gröhe begrüßen. Im Anschluss an die Eröffnung ging es in das DÄT-Plenum im Congress Center Hamburg, wo die 250 Delegierter vom 24. bis zum 27. Mai tagten.



Der viertägige DÄT-Sitzungsmarathon war gekennzeichnet von einer umfangreichen Debatte zur GOÄ. Weitere Themen waren: Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung, Krankenhausplanung, Masterplan Medizinstudium 2020, Arzneimittelpreisbildung, Musterweiterbildungsordnung und



erläuterte als neuer Vorsitzender der BÄK-Ausschusses "GOÄ" den Sachstand der Verhandlungen.



Während des DÄT trafen sich auch die Vertreter der "Allianz der Verbände", um verschiedene Themen zu besprechen. Hier im Gespräch Dr. Hans-Friedrich Spies (Präsident Berufsverband Deutscher Internisten, 2.v.l.) mit Vertretern des Hartmannbundes: Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Uwe Torsten und Dr. Thomas Lipp.

16



Auch Mitglieder des Hartnannbundes waren als DÄT-Delegierte dabei. So wie Dr. Thomas Lipp für die LÄK Sachsen (links im Bild), Klaus-Peter Schaps für die LÄK Niedersachsen (rechts im Bild Mitte), Dr. Uwe Torsten und Dr. Daniel Peukert für die LÄK Berlin sowie Dr. Klaus Reinhardt für die LÄK Westfalen-Lippe (Bild unten von links)





bund-Nachwuchs war vertreten, von links: Theodor Uden vom Ausschuss der Assistenzärzte sowie Käthe Lewicki und Lukas Käsmann vom Ausschuss der Medizinstudierenden.

Auf ein Wort, Herr Dr. Reinhardt...

...zur KBV, zur GOÄ und zu den anstehenden KV-Wahlen

Herr Dr. Reinhardt, der Staatskommissar in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) konnte gewissermaßen in letzter Minute abaewendet werden. Ist die Gefahr damit beseitiat?

Als zutiefst überzeugter Verfechter der Freiberuflichkeit und ärztlichen Selbstverwaltung bin ich da leider nur bedingt optimistisch. Angesichts der immer noch ungelösten Probleme in der KBV - ich blicke hier vor allem mit Sorge auf die Vorstandsebene - sehe ich das Damoklesschwert über der KBV, aber auch über der gesamten Selbstverwaltung noch nicht verschwunden. Die Ankündigung des sogenannten "Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes" lässt auf jeden Fall zunächst einmal alle Alarmglocken schrillen.

Wo sehen Sie denn die Lösung?

Ganz sicher nicht im Kleinbeigeben oder indem wir uns in die Rolle des Erfüllungsgehilfen der Politik zurückziehen. Aber, wenn ich Kraftproben suche, dann muss ich diese intelligent führen, auf Basis eigener Konzepte und vor allem in Geschlossenheit. Die unübersehbare Zerrüttung an der KBV-Spitze und in der Vertreterversammlung ist da sicherlich die denkbar schlechteste Voraussetzung.

Herr Dr. Reinhardt, noch ein Wort zur GOÄ...?!

Eigentlich ist dazu – nicht zuletzt auf dem letzten Deutschen Ärztetag – zunächst alles Wesentliche gesagt. Mit den Hamburger Beschlüssen sind beste Voraussetzungen für neue Verhandlungen

gelegt. Wir machen uns jetzt an die Arbeit und werden gemeinsam mit den Berufs- und Fachverbänden einen ärztlichen Entwurf für eine neuere Gebührenordnung erarbeiten und dann formal die Verhandlungen mit der PKV und dem Bundesgesundheitsministerium wieder aufnehmen. Damit sind im Übrigen auch alle Voraussetzungen dafür geschaffen, ärztlichen Klärungsbedarf intern zu besprechen und von überflüssigen öffentlichen Debatten zunächst einmal abzusehen.

In diesem Jahr finden bundesweit flächendeckend KV-Wahlen statt. Was würden Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen gerne mit auf den Weg geben?

Vor allem, dass wir in diesen turbulenten Zeiten durch hohe Wahlbeteiligung die Selbstverwaltung stärken müssen. Dabei gilt: Gute Versorgung braucht alle Ärzte, gute Interessenvertretung auch! Dafür steht der Hartmannbund als Verband aller Ärzte im Übrigen in ganz besonderem Maße.





.....

DAS INTERVIEW

DAS INTERVIEW



Oberstaatsanwalt Alexander Badle zum Antikorruptionsgesetz

Es wäre falsch, die Sorgen der Ärzte als unbegründet abzutun

Warum "brauchen" Akteure im Gesundheitswesen denn überhaupt einen eigenen Straftatbestand? Oder anders gefragt: Worin liegen die spezifischen Besonderheiten für den Bereich der Korruptionstatbestände im Gesundheitswesen?

Die neuen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen, die als §§ 299a, 299b künftig ins Strafgesetzbuch aufgenommen werden, sollen einen fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen, den Schutz des Vertrauens der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen und mittelbar auch die Vermögensinteressen der Wettbewerber im Gesundheitswesen sowie der Patienten und der GKV schützen. In Anbetracht der Bedeutung des deutschen Gesundheitsmarktes mit einem Jahresumsatz von ca. 300 Milliarden Euro ist das Anliegen des Gesetzgebers, diesen wichtigen Wirtschaftszweig auch mit den Mitteln des Strafrechts vor den negativen Auswirkungen korruptiver Praktiken einzelner Marktteilnehmer zu schützen, durchaus sinnvoll. Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die neuen Straftatbestände eine Gesetzeslücke geschlossen wird, die durch Besonderheiten des Vertragsarztsystems bedingt gewesen ist und auf die der Bundesgerichtshof in einem Beschluss vom 29. März 2012 hingewiesen hatte.

Kritiker des am 4. Juni in Kraft getretenen Gesetzes sehen künftig die Staatsanwaltschaften als Dauergäste in Arztpraxen – vor allem, weil das Gesetz viel Raum für Rechtsunsicherheit biete. Können Sie diese Sorgen auf Ärzteseite nachvollziehen?

Diese Sorgen sind mir bekannt, ich begegne ihnen regelmäßig auf Veranstaltungen und in Gesprächen mit Vertretern der Ärzteschaft und der Gesundheitswirtschaft. Es wäre falsch, sie als unbegründet abzutun. Die Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen bedürfen der Auslegung. Dies gilt insbesondere für das Kerntatbestandsmerkmal, die sogenannte Unrechtsvereinbarung. Hierin unterschieden sich die neuen Straftatbestände nicht grundsätzlich von anderen Strafnormen. Bei der Auslegung der neu-

en Straftatbestände müssen jedoch die Realitäten und spezifischen Besonderheiten des Gesundheitsmarktes angemessen berücksichtigt werden. Andernfalls droht eine Inflation des Strafrechts, die zu einer Verunsicherung der Marktteilnehmer führen kann, und Unsicherheit oder gar Angst sind kein geeignetes Klima, weder für die bestmögliche medizinische Versorgung von Patienten noch für funktionierenden Wettbewerb. Die große Herausforderung für die Justiz liegt also in der sachgerechten Anwendung der neuen Strafvorschriften. Hierauf sind wir bei uns im Bundesland Hessen insgesamt bereits sehr gut vorbereitet. Wir haben allerdings das Problem knapper Personalressourcen, das sich irgendwann nachteilig sowohl auf die Geschwindigkeit als auch die Qualität der Verfahrensbearbeitung auswirken kann.

Gerade Ärzte, die sich stark in Netzen oder ganz allgemein in Kooperationen bewegen – wozu sie ja nicht zuletzt von politischer Seite aufgefordert und gefördert sind – fürchten, sich ab sofort permanent in einer rechtlichen Grauzone zu bewegen. Können Sie den Ärzten diese Sorgen nehmen?

Klares nein. Sämtliche Kooperationen tragen künftig ein erhöhtes Strafverfolgungsrisiko. Die neuen Straftatbestände schaffen zwar keine neuen Verbote, das wird in der Gesetzesbegründung sehr ausführlich betont. Legale Kooperationen bleiben also auch weiterhin legal. Die Abgrenzung zwischen einer legalen Kooperation, die ausschließlich der Gewährleistung oder Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten dient, und einer Unrechtsvereinbarung, die lediglich der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Akteure dient, wird sich in der Praxis als schwierig erweisen. Ein Beispiel hierfür ist die Diskussion um die angemessene Vergütung von Honorarärzten. Hier geht es im Kern um die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass der Honorararzt vom Krankenhaus eine angemessene Bezahlung erhält, die ausschließlich seine ärztliche Tätigkeit vergütet und nicht - zumindest auch - die Überweisung von Patienten an das Krankenhaus. Solche Abgrenzungsfragen durchziehen den gesamten Gesundheitsmarkt. Sie erfordern Problembewusstsein und die Inanspruchnahme fachkundiger Beratung. Hier sehe ich ganz erheblichen Nachholbedarf. Ich appelliere deshalb bei jeder sich bietenden Gelegenheit, präventiv vorzubeugen. Das kostet Zeit und Geld, ist aber allemal günstiger als die negativen wirtschaftlichen und sozialen Folgen, die mit einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren verbunden sind.

Lange Zeit sah es so aus, als würde der Bezug auf das Berufsrecht Eingang in das Gesetz finden. Begrüßen Sie, dass dieser Passus am Ende gestrichen wurde?

Klares ja. Diese Forderung habe ich während des Gesetzgebungsverfahrens auch formuliert und bin froh, dass berufene Stimmen im Gesetzgebungsverfahren noch Gehör gefunden haben. So hat zum Beispiel Professor Dr. Hendrik Schneider aus Leipzig (Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht, Kriminologie, Jugendstrafrecht und Strafvollzugsrecht an der Universität Leipzig, Anm. d. Red.) sehr treffend festgestellt, dass niemand einem Arzt einen Vorteil zuwendet, nur damit dieser gegen seine Berufspflichten verstößt. Es geht hierbei immer um die Beeinflussung des Verordnungsverhaltens des Arztes und somit um die Beeinflussung des Wettbewerbs. Durch die Streichung entstehen auch nicht die vereinzelt "orakelten" Strafbarkeitslücken.

Korruption im Gesundheitswesen soll künftig als sogenanntes Offizialdelikt behandelt werden. Heißt das, dass die Staatsanwaltschaften jedem Hinweis nachgehen müssen? Jedem Zeitungsbericht oder jedem "Hinweis" von Kassen, Sanitätshäusern, ärztlichen Kollegen...? Wäre das nicht eine Einladuna zur Denunzieruna?

Einladung zur Denunzierung? Bei einem Offizialdelikt wird die Staatsanwaltschaft tätig, sobald ein sogenannter Anfangsverdacht besteht, also zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine verfolgbare Straftat begangen worden ist. Grundsätzlich kann jede Erkenntnisquelle zur Begründung eines Anfangsverdachts genutzt werden, auch anonyme Hinweise. Staatsanwältinnen und Staatsanwälte werden aber immer sehr genau prüfen, aus welcher Ouelle die Informationen stammen und ihr Ermittlungsverhalten danach ausrichten. Was die Denunziation betrifft, die können sie - je nach Blickrichtung - auch positiv als Aufklärungshilfe oder "whistle blowing" bezeichnen. Das Motiv für den Hinweis an die Staatsanwaltschaft spielt keine Rolle, solange die Informationen valide sind.

Schon ein Anfangsverdacht kann eine Arztpraxis in Verruf und existenzielle Probleme stürzen. Wie "sensibel" können Staatsanwaltschaften überhaupt vorgehen und welche Möglichkeit hat der betroffene Arzt, den "Ball flach zu halten"?

Staatsanwaltschaften richten ihre Ermittlungen am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit aus. Hiernach sind unangemessene Auswirkungen der Ermittlungen für den Beschuldigten nach Möglichkeit zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für Durchsuchungen. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Ermittlungen weitgehend diskret zu gestalten. Das setzt aber regelmäßig die Kooperationsbereitschaft des Arztes voraus. Fehlt diese, lassen sich viele Maßnahmen nicht ohne Außenwirkung durchführen. Der Arzt ist also gut beraten, wenn er sich gegenüber den Strafverfolgungsbehörden kooperativ zeigt, ohne seine eigenen Rechte hierdurch einzuschränken. Diesen Rat erteilen auch erfahrene Strafverteidiger regelmäßig. Ein professioneller Umgang miteinander ist eine gute Grundlage für die Vermeidung unnötiger Kollateralschäden, die in einer emotional aufgeheizten Atmosphäre schnell entstehen.

Sehr geehrter Herr Badle, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. (MR)

Alexander Badle ist Oberstaatsanwalt bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main und leitet dort die – bundesweit erste – Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen. Neben der hessenweiten Bearbeitung von Ermittlungsverfahren zählen die Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter von Strafverfolgungsbehörden sowie Referententätigkeit und Pressearbeit zu seinen Aufgaben. Alexander Badle ist zudem Mitherausgeber der "medstra – Zeitschrift für das Medizinstrafrecht".



Hintergründe zum Gesetz

Anlass für die Einführung der neuen Tatbestände war eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs im Jahre 2012. Danach waren die existierenden Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuches auf niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte grundsätzlich nicht anzuwenden. Die sich daraus ergebende Strafbarkeitslücke für Korruption im Gesundheitswesen sollte durch das Antikorruptionsgesetz geschlossen werden. Abweichend vom ursprünglichen Regierungsentwurf ist unter anderem der Bezug auf das Berufsrecht gestrichen worden. Dies hatte auch der Hartmannbund in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf gefordert. Die Annahme bzw. das Versprechen von Vorteilen gegen entsprechende Gegenleistung kann nun mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden, in besonders schweren Fällen von bis zu fünf Jahren. Die Kernkritik, die der Hartmannbund im Gesetzesverfahren immer wieder geäußert hat, bleibt bestehen: Eine klare und verlässliche Definition von "korruptivem Verhalten" ist nach §§ 299 a ff nicht möglich. Das Gesetz ist am 4. Juni in Kraft getreten.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE



Dort leben und arbeiten können, wo andere Urlaub machen. Das ist auch für viele Ärzte eine schöne Vorstellung, die aber – ganz realistisch betrachtet – dann doch oft nicht in Frage kommt, da die vorhandene Infrastruktur nicht ausreicht, der Partner keine Arbeit findet oder die Wege zu weit sind. Richtig weit ist der Weg auf die ostfriesische Insel Juist, die allerdings trotz ihrer abgelegenen Lage bisher immer Glück bei der Suche nach Nachfolgern für ihre zwei Arztpraxen hatte. Doch einfach war und ist die nicht.

Bereits im November 2014 – anderthalb Jahre vor der geplanten Praxisaufgabe – hatte das langjährige Hartmannbund-Mitglied Dr. Alberto Gonzales-Campanini damit begonnen, für seine allgemeinmedizinische Praxis auf der ostfriesischen Insel Juist (eine von



wirklich nur zwei Inselpraxen!) eine Nachfolge zu suchen. Im Februar diesen Jahres war er noch immer nicht fündig geworden, weshalb sich der 79-Jährige an die Redaktion des Hartmannbund-Magazins wandte und eine Kleinanzeige aufgab:

"Ein Facharzt für Allgemeinmedizin sucht einen Nachfolger für eine allgemeinmedizinische Praxis auf der schönen Nordseeinsel Juist. Die Praxis ist konkurrenzlos (es gibt nur noch einen weiteren Allgemeinmediziner), ist gut etabliert und hat einen hohen Privatanteil. Zudem erhält der Praxisinhaber von

der Kassenärztlichen Vereinigung eine Inselzulage usw." Also tatsächlich dort arbeiten, wo andere Urlaub machen. Mitten im Nationalpark "Niedersächsisches Wattenmeer", auf einer auto- und abgasfreien Insel in der Nordsee mit langen weißen Sandstränden, wohltuender Ruhe und sehr viel frischer Luft.

Trotz dieses verlockendes Angebots fand der Arzt keinen Nachfolger. "Ich konnte mir denken, dass die Suche kompliziert werden würde", schaut der Facharzt für Gynäkologie und Allgemeinmedizin zurück auf das Jahr 2011, als er selbst – sozusagen als "Notnagel" – auf der Insel "angeheuert" hatte. Damals wurde er von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen gefragt, ob er sich die Übernahme einer der zwei Juister Arztpraxen vorstellen könne. Bereits die damalige Suche nach einer Nachfolge gestaltete sich als schwierig. Es waren immer wieder Vertretungen im Einsatz, um die Versorgung zu gewährleisten. Da Dr. Gonzales-Campanini auf der Nachbarinsel Wangerooge schon einmal eine Vertretung übernommen hatte, wusste er, was auf Juist auf ihn zukommen würde:

Etwa 2.000 Einwohner, um die 100.000 Besucher im Jahr (hauptsächlich im Sommer), wenig Arbeit im Winter, viel Arbeit im Sommer, Autos sind auf der Insel nicht erlaubt (die Ärzte dürfen), die Fahrtzeit mit der Fähre beträgt trotz sieben Kilometer Luftlinie 90 Minuten, Fährverkehr ein bis zwei Mal am Tag, bei Notfällen geht es



Dr. Alberto Gonzales-Campanini vor dem Warmbad der Insel Juist. In diesem Gebäude befindet sich seine Praxis – eine von zwei Inselpraxen.



Bei Notfällen gibt es nur zwei Möglichkeiten, die nächste Klinik auf dem Festland anzusteuern – mit dem Hubschrauber oder dem Rettungsboot.

"Auf Ärzte wie Herrn Dr. Gonzales-Campanini sind wir in den

strukturschwächeren Regionen oft angewiesen", weiß Dieter Krott,

Leiter der niedersächsichen KV-Außenstelle in Aurich. Jüngere Ärz-

für die Patienten bei gutem Wetter mit dem Hubschrauber und bei schlechtem Wetter mit dem Rettungsboot aufs Festland – je nach Erkrankung in verschiedene Krankenhäuser.

Ein Angebot mit einigen "Tücken", das Dr. Gonzales-Campanini trotzdem annahm: "Ich konnte mir den Job sehr gut vorstellen, weil ich meinen Beruf immer mit viel Liebe und Engagement ausgeübt habe und dazu da bin, Menschen zu helfen. Dafür habe ich Medizin studiert", überlegte der gebürtige Bolivianer 2011 nicht lange. Nur seine Frau habe ihn für verrückt erklärt, verät er schmunzelnd.

Seine Bedingung gegenüber der KV Niedersachsen sei gewesen, dass er die Praxis für fünf Jahre betreibe. Danach sollte endgültig Schluss sein. Denn zum Zeitpunkt der Praxisübernahme war Dr. Gonzales-Campanini längst im Ruhestand. Viele Jahre hatte er in der Nähe von Dortmund als niedergelassener Frauenarzt und Allgemeinmediziner praktiziert. Nach der Praxisaufgabe mit 65 Jahren juckte es ihm aber immer wieder in den Fingern, er wollte auch weiterhin als Arzt tätig sein. Praxisvertretungen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Niedersachsen folgten.

Anzeige

ETL Gesundheitswesen



te entscheiden sich eher selten für solche Jobs. "Die fehlende Arbeit für den Partner ist das größte Handicap. Hinzu kommt, dass die heutigen Ärzte in Gemeinschaftspraxen arbeiten wollen und Teilzeitmodelle immer beliebter werden. Das können wir auf Juist nicht bieten", so Krott. Erschwerend hinzu komme die abgelegene Lage der Insel, die Zahl der Patienten, die über das Jahr gesehen eigentlich für einen Arzt reichen würde (pro Arzt im Sommer 800-1.000 Patienten/Quartal, pro Arzt im Winter bis zu 600 Patienten/Quartal), und die besondere Gegebenheit, dass beide Inselärzte als einzige Ärzte auf Juist Doppelfunktionen haben. Sie übernehmen nicht nur den allgemeinen Bereitschaftsdienst, sondern auch den Rettungsdienst. Deshalb gebe es von der KV finanzielle Zulagen (unter anderem eine Erschwerniszulage für niedersächsische Nordseeinseln und Zulagen beim Bereitschaftsdienst).

"Bisher ist es der KV Niedersachsen immer gelungen, auch nicht

"Bisher ist es der KV Niedersachsen immer gelungen, auch nicht ganz so attraktiv erscheinende Sitze wie auf Juist nachzubesetzen", berichtet Dieter Krott. Auch Dank zahlreicher Maßnahmen des Gesetzgebers wie zum Beispiel der Aufhebung der Altersbegrenzung für niedergelassene Ärzte.

Für Dr. Gonzales-Campanini konnte nach langer Suche doch noch ein Nachfolger gefunden werden. Ein jüngerer Internist, der die Praxis im Juister Warmbad Anfang Juli übernehmen wird. Dr. Gonzales-Campanini genießt ab dann seinen endgültigen Ruhestand, denkt aber gerne an die fünf Juister Jahre zurück. "Ich hatte die gesamte medizinische Palette zur Verfügung. Wer viel lernen will, ist auf dieser wunderschönen Insel genau an der richtigen Stelle." Wäre er jünger, hätte er sich auch eine längere Praxistätigkeit vorstellen können. Aber jetzt sind seine Frau, die fünf Kinder, acht Enkelkinder und sein Hobby, der Golfsport, an der Reihe. "Ich gehe jetzt endlich in den Ruhestand", verabschiedet sich Dr. Gonzales-Campanini nach einer rund 50-jährigen ärztlichen Tätigkeit und hängt seinen Arztkittel endgültig an den Haken. (DA)

Aktuell sucht die KV Niedersachsen übrigens eine Nachfolger/ eine Nachfolgerin für eine allgemeinmedizinische Praxis auf der ostfriesischen Nachbarinsel Langeoog – sozusagen drei Inseln weiter. Auch dort gibt es das Basismodell mit zwei Inselärzten. Interesse? Dann können Sie sich bei der KV in Aurich melden: Katrin Weerda (Telefon 04941 6008-113), Sylvia Hocke (Durchwahl -135).

ANGESTELLTE ÄRZTE ANGESTELLTE ÄRZTE



Eine Behinderung, ob angeboren oder im Laufe des Lebens durch Unfall oder andere schicksalhafte Ereignisse wie Krankheit erworben, bedingt eine Sonderstellung des Arbeitnehmers im Arbeitsrecht.

Arbeitnehmer mit einer Behinderung sind besonders schutzbedürftig, da sie im Regelfall eher der Gefahr ausgesetzt sind, im Wettbewerb mit nicht beeinträchtigten Arbeitnehmern zu unterliegen. Das Diskriminierungsverbot von behinderten Menschen ist neben dem Grundgesetz unter anderem im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verankert. Das SGB IX trägt den Titel "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" und erfasst die arbeits- und sozialrechtlichen Elemente. Die folgende Darstellung legt den Fokus auf die arbeitsrechtlichen Auswirkungen einer Schwerbehinderung.

Vom Schutzbereich des SGB IX erfasst sind schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen (§ 2 SGB IX). Eine Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem dem Lebensalter nicht entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Als nicht nur vorübergehend gilt die Funktionsbeeinträchtigung dann, wenn sie mehr als sechs Monate anhält. Der Grad der Behinderung wird – nach Zehnergraden abgestuft – von 20 bis 100 festgelegt.

Ab einem Grad von 50 gilt der Arbeitnehmer als schwerbehindert. Bei einem Grad der Behinderung von mindestens 30, aber weniger als 50 kann der Arbeitnehmer einen Antrag auf Gleichstellung stellen, um von den Regelungen für Schwerbehinderte profitieren zu können. Bei der Feststellung, welcher Grad der Behinderung vorliegt, ist nicht die Art der Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich, sondern die Feststellung, welches Funktionsdefizit vorliegt und welche Auswirkungen dies auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat.

Bewerbung und Vorstellungsgespräch

Ärzte, die schwerbehindert sind und sich bei einem öffentlichen Arbeitgeber bewerben möchten (zum Beispiel Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft), könnten im Anschreiben auf ihre Schwerbehinderung hinweisen. Haben sich schwerbehinderte Menschen auf eine Stelle bei einem öffentlichen Arbeitgeber beworben, sind diese Arbeitgeber verpflichtet, schwerbehinderte Bewerber gemäß § 82 S. 2 SGB IX zu einem Vorstellungsgespräch einzuladen, wenn die Bewerber nicht ganz offensichtlich ungeeignet für die Stelle sind. Es bleibt schwerbehinderten Arbeitnehmern also grundsätzlich freigestellt, ob sie die Behinderung offenbaren.

Eine weitere Fragestellung besteht hinsichtlich der Zulässigkeit der Frage nach einer Behinderung im Vorstellungsgespräch oder Bewerbungsbogen.

Vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des AGG ist die Zulässigkeit der arbeitgeberseitigen Frage nach der Schwerbehinderung des Arbeitnehmers bei Begründung des Arbeitsverhältnisses neu diskutiert worden. In der arbeitsrechtlichen Literatur sowie in jüngeren Entscheidungen von Arbeits- und Landesarbeitsgerichten

wird die Auffassung vertreten, die Frage nach einer Behinderung oder Schwerbehinderung sei jedenfalls dann bei Begründung des Arbeitsverhältnisses unzulässig, wenn diese Behinderung für die Ausübung der vorgesehenen Tätigkeit ohne Bedeutung ist (vgl. LAG Hessen, Urteil vom 24.03.2010, Az. 6/7 Sa 1373/09).

Darüber hinaus wird angenommen, dass diese Frage nicht nur in der Phase der Vertragsanbahnung, sondern auch in den ersten sechs Monaten des Arbeitsverhältnisses wegen §§ 81, 90 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX unzulässig sei, denn erst nach sechs Monaten greift der Sonderkündigungsschutz.

Es besteht ein Restrisiko, dass bei wahrheitswidriger Verneinung der Schwerbehinderteneigenschaft in einem Fragebogen oder im Vorstellungsgespräch vor Einstellung zu einem späteren Zeitpunkt eine Anfechtung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber erfolgt. Hiergegen könnte allerdings der Rechtsweg beschritten werden, in letzter Konsequenz hätte dann ein Richter darüber zu befinden, ob die wahrheitswidrige Verneinung der Schwerbehinderteneigenschaft im konkreten Fall zur Anfechtung des Arbeitsvertrages berechtigt.

Pflichten des Arbeitgebers

Grundsätzlich besteht keine einklagbare Verpflichtung des Arbeitgebers auf Begründung eines Arbeitsverhältnisses mit einem anerkannt schwerbehinderten Bewerber, allerdings sind Arbeitgeber, die mindestens 20 Arbeitnehmer regelmäßig beschäftigen, verpflichtet, eine finanzielle Ausgleichsabgabe zu leisten, wenn sie zu wenige schwerbehinderte Menschen beschäftigen.

Die besonderen Fürsorgepflichten, die ein Arbeitgeber bei Beschäftigung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers zu beachten hat, setzen voraus, dass das Vorliegen einer Behinderung vom Arbeitnehmer nachgewiesen wurde.

Schwerbehinderte Arbeitnehmer haben nach § 124 SGB IX Anspruch, auf ihr Verlangen hin von Mehrarbeit freigestellt zu werden. Es handelt sich also nicht um ein Verbot der Mehrarbeit, sondern um einen Anspruch des schwerbehinderten Arbeitnehmers, eine Befreiung einzufordern. Sonn-, Feiertags und Nachtarbeit werden von § 124 SGB IX allerdings nicht erfasst (vgl. ErfK-Rolfs, 580, § 124, Rn.1). Im Einzelfall kann der Arbeitgeber aber verpflichtet sein, den Arbeitnehmer nach § 81 Abs.4 Nr.4 SGB IX von der Nachtarbeit

freizustellen (BAG 3.12.2002, NZA 2004,1219). In § 81 Abs.4 SGB IX finden sich auch noch weitere Ansprüche des Arbeitnehmers, wie etwa eine behindertengerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätte und der erleichterten Teilnahme an beruflichen Fortbildungsmaßnahmen.

Der Arbeitgeber hat dem schwerbehinderten Menschen Zusatzurlaub für die Dauer von fünf Arbeitstagen im Urlaubsiahr zu gewähren, soweit kollektiv- bzw. einzelvertragliche Urlaubsabreden einen längeren Zusatzurlaub für schwerbehinderte Arbeitnehmer nicht vorsehen (§ 125 SGB IX). Dies gilt jedoch nicht für schwerbehinderten Arbeitnehmern Gleichgestellte (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Sonderkündigungsschutz

Grundsätzlich besteht nach sechs Monaten des Bestehens des Arbeitsverhältnisses Sonderkündigungsschutz, so dass die Kündigung des behinderten Arbeitnehmers der Zustimmung des Integrationsamtes bedarf (§ 85 SGB IX). Das gilt natürlich nicht, wenn das Arbeitsverhältnis nicht durch Kündigung endet, sondern zum Beispiel durch Befristung oder Anfechtung, Sobald die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, nach Anhörung des Betriebsrates (§ 102 BetrVG) und der Schwerbehindertenvertretung (§ 95 Abs. 2 SGB IX) die Kündigung auszusprechen (§ 88 Abs. 3 SGB IX). Die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes ist nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) nur für Kündigungen gegenüber solchen Arbeitnehmern erforderlich, die bei Zugang der Kündigung bereits als Schwerbehinderte anerkannt sind oder den Antrag auf Anerkennung mindestens drei Wochen vor dem Zugang der Kündigung gestellt haben (§ 90 Abs. 2 a SGB IX). Gleiches gilt nach Urteil des BAG auch für Arbeitnehmer, die einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind. Auch sie sind vom Sonderkündigungsschutz ausgeschlossen, wenn sie den Gleichstellungsantrag nicht mindestens drei Wochen vor der Kündigung gestellt haben (BAG, Urteil vom 1. März 2007, Az.: 2 AZR

Für Fragen zum Thema Schwerbehinderung im Arbeitsverhältnis sowie weiteren rechtlichen Fragestellungen steht Ihnen die Rechtsabteilung des Hartmannbundes gerne zur Verfügung. Diese erreichen Sie telefonisch unter 030 206208-0 oder per E-Mail: recht@hartmannbund.de

Abrechnung? Aber sicher!

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

Wezel/Liebold: Die erste Wahl bei der Abrechnung



aktuell, umfassend und kompetent souveräne Argumentation in allen Streitfragen.

zu EBM und GOÄ

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

als Loseblattwerk, auf CD-ROM oder direkt online

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



22

ASSISTENZÄRZTE

RBB-Fernsehserie zeigt authentisches Bild von Assistenzärzten

Viel Engagement und große Leidensch aft für die Medizin

Arbeitsstress in den Kliniken, Ärztemangel auf dem Land, kranke Patienten mit vielen Fragen und Sorgen. Wer nach jahrelangem Medizinstudium als junger Assistenzarzt im Krankenhaus beginnt, fühlt sich oft wie vor einem Sprung ins kalte Wasser. Diesen "Sprung" wollte der Sender RBB begleiten und hat die Fernsehserie "Auf Leben und Tod – Die jungen Ärzte" produziert. Die Anfang diesen Jahres ausgestrahlte siebenteilige Doku-Serie zeigt die Geschichten junger Ärztinnen und Ärzte in Berlin und Brandenburg.

Wie es zu dieser Idee kam, haben wir die zuständige Redaktion "RBB Praxis" gefragt. "Oft berichten wir über die renommierten Ärzte – Chefärzte oder Oberärzte", erläutert Redaktionsleiterin Kristina Henss. "Die Sicht der Anfänger kommt dabei selten vor. Wir wollten dieses Mal mit denjenigen sprechen, die neu sind. Wie ist ihre erste Zeit als junger Arzt? Wie viel müssen die Assistenzärzte arbeiten? Wie groß ist der Stress?" Aus ersten Ideen wurde im Sommer 2015 Ernst. Nach einem langen und intensiven Rechercheprozess – es sollten Geschichten von Ärzten aus Berlin und Brandenburg gezeigt werden – begannen die Dreharbeiten.

Weiterbildung an der polnischen Grenze

Einer der Drehorte war das Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt. Die Kleinstadt liegt gut 100 Kilometer nordöstlich von Berlin. Seit der Wiedervereinigung haben zehntausende Einwohner die Region verlassen. Noch heute zieht es mehr Menschen weg als hin, das Stadtbild wird dominiert von Senioren, die regelmäßig Ärzte brauchen. Doch die gibt es dort immer weniger. In manchem Fach ist die ambulante Versorgung nicht mehr aufrechtzuerhalten und im Asklepios Klinikum Uckermark arbeiten bereits zur Hälfte ausländische Ärzte. Trotzdem kam Nils Leps.

Der 34-jährige Berliner, der aktuell sein zweites Weiterbildungsjahr zum Facharzt der Orthopädie und Unfallchirurgie absolviert, wollte keine universitäre Laufbahn einschlagen, sondern mit seiner Lebensgefährtin – ebenfalls Assistenzärztin in Schwedt – und den Kindern in einer ruhigen Gegend leben und in einer Klinik arbeiten, in der es etwas familiärer zugeht. Das Asklepios Klinikum kannte er bereits von seinem Praktischen Jahr. "Die Wege sind kurz und man erhält hier immer zeitnah einen fachlichen Rat von den Kollegen", sagt Nils Leps. Die schwierige Anfangszeit habe er gut überstanden, durfte schnell Verantwortung übernehmen und bereits bei vielen Operationen assistieren. Trotzdem hält sich seine Mehrbelastung in Grenzen. "Aktuell habe ich sechs Überstunden. Mein Arbeitstag beginnt um 7.30 Uhr und endet in der Regel um 15.30 Uhr." Notfälle und wichtige Operationen ausgenommen. Vier bis fünf Mal im Monat steht ein 24 Stunden-Dienst an, danach ist immer ein Tag frei. "Wir haben einen sehr familiären Chef, mit dem wir offen reden können", nennt Nils Leps einen weiteren Vorteil. So sei es für ihn auch kein Problem, eine zweimonatige Elternzeit zu nehmen. Seine Abteilung sei aktuell gut besetzt – mit neun Assistenz- und fünf Oberärzten.

"Wenn alle Kollegen im Dienst sind, sind wir gut aufgestellt." Doch ohne die ausländischen Ärzte aus Polen, Russland, Rumänien und auch Syrien würde es nicht gehen. Freie Stellen können nicht besetzt werden. Trotzdem will Nils Leps bleiben und plant auch, seine Weiterbildung in Schwedt zu beenden. Was würde er Kollegen raten, die vor ihrem "Sprung ins kalte Wasser" stehen? "Zwei Wochen Hospitation an der Wunsch-Klinik und Gespräche mit den Assistenzärzten sind hilfreich. Mit dem Chefarzt offen über die Ziele und die Familienplanung sprechen – egal, ob Frau oder Mann. Die Weiterbildung muss gut organisiert sein, es muss feste OP-Tage geben und eine verbindliche Aufgabenverteilung."



Der 34-jährige Nils Leps zog von Berlin in die 30.000 Einwohner-Stadt Schwedt. Er wollte keine universitäre Laufbahn, sondern in familiärer Atmosphäre arbeiten.



Bereits früh in seinem ersten Weiterbildungsjahr durfte und musste der zweifache Vater viel Verantwortung übernehmen.

Weiter geht's ins Ruppiner Land

Dort lebt und arbeitet seit April 2014 Antonia Zivcec. Ihr Arbeitsort: Die Ruppiner Kliniken in Neuruppin, ein geruhsames Städtchen in Nordbrandenburg mit knapp 30.000 Einwohnern. Hier absolviert die 32-Jährige ihre Weiterbildung zur Fachärztin der Allgemeinmedizin. Wieso gerade Neuruppin? Nach ihrem Medizinstudium in Dresden zog es Antonia Zivcec nach Berlin. Bei der dortigen Jobsuche war irgendwie nicht das Richtige dabei. Von Neuruppin hörte sie als früherem Lehrkrankenhaus-Standort der Charité. Der erste Eindruck stimmte und so hat sie schnell zugesagt.

Am Anfang ihrer Weiterbildung, das zeige auch der Film, sei ihr Arbeitsalltag noch relativ ruhig gewesen. Doch das habe sich schnell geändert. Auf die frischgebackene Assistenzärztin stürzten schnell unzählige Informationen ein, der Stationsalltag musste ebenso zügig erlernt werden wie der Umgang mit der Pflege und der Dokumentation. Doch auch hier: Die Arbeitszeiten sind gut. Kernarbeitszeit: 7.30 bis 16 Uhr. Überstunden werden mit Lohn oder Freizeit ausgeglichen. Bereitschaftsdienste standen erst nach einem halben Jahr auf dem Plan, 24 Stunden-Dienste gibt es nicht. "Der RBB hat von meiner Arbeit ein authentisches Bild gezeigt. Ein sehr gelungener Film, der auch mal uns junge Ärzte zeigt", lobt Antonia Zivcec die Arbeit des Senders.

Doku-Serie zeigt viele verschiedene Facetten

Insgesamt wurden 20 Protagonisten gefilmt, darunter auch Assistenzärzte, die – anders als Nils Leps und Antonia Zivcec – eine sehr hohe Arbeitsbelastung haben so wie Alexander Meyer, der als Assistenzarzt Kardiologie am Deutschen Herzzentrum in Berlin arbeitet (Charité Campus Virchow-Klinikum). Bei dem 31-Jährigen fallen auch schon mal 100 Stunden in der Woche an. In der Serie werden auch die Themen Teilzeit, Schichtdienste, Versorgungs-



Die Doku-Serie ist zu finden auf www.rbb-online.de.

mangel, ausländische Ärzte, der Umgang mit den Patienten, die Herausforderungen kurz nach dem Studium, Praxissuche und viele mehr dargestellt. "Alle Protagonisten haben bereitwillig Auskunft zu ihrer Lebens- und Arbeitssituation gegeben und zeigen so umfassend Einblicke in ihre aktuellen Arbeitsbedingungen, die sie mit großem Engagement und viel Leidenschaft für die Medizin bewältigen", fasst Redaktionsleiterin Kristina Henss zusammen.

Die Resonanz auf die Doku-Serie, die Anfang 2016 ausgestrahlt wurde, war sehr gut. Viel positive Resonanz gab es auch auf die Webdoku, die wie die gesamte Serie auf www.rbb-online.de zu sehen ist. Zu finden unter Sendungen/Auf Leben und Tod/Die jungen Ärzte. Tipp der Hartmannbund-Redaktion: Absolut empfehlenswert.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die einzelnen Beiträge nur einen kleinen Ausschnitt aus dem beruflichen Alltag der Assistenzärzte zeigen. Viele junge Ärzte werden sich in den Beiträgen wiederfinden, andere nicht. Der Hartmannbund weiß, dass gerade bei den Assistenzärzten noch viel im Argen liegt, was unbedingt angepackt werden muss. Daran arbeitet der Verband intensiv. (DA)



Antonia Zivcec ist voll des Lobes für das Team des RBB. Der Filme zeige ein authentisches Bild von der Arbeit der Assistenzärzte.



Die 32-Jährige musste wie die meisten Assistenzärzte gleich von Beginn an ins kalte Wasser springen. Schnell musste der Stationsalltag kennengelernt werden.

WEITERBILDUNG



Novellierung der Musterweiterbildungsordnung

Beschlussfähige Fassung schon 2017?

Dem Deutschen Ärztetag (DÄT) könnte 2017 in Freiburg eine beschlussfähige Fassung der Novelle der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorgelegt werden. Das hat Franz Josef Bartmann, der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK), auf dem 119. DÄT in Hamburg in Aussicht gestellt. Die Delegierten fassten jedoch auch einen Beschluss, der das Grundverständnis der neuen MWBO berührt.

Im Nachgang des diesjährigen Sachstandsberichts beauftragten die DÄT-Delegierten die BÄK, die Version 2 der MWBO-Novelle zu veröffentlichen und zur Kommentierung freizuschalten. Sie enthält ergänzend zur bisherigen Version 1 – die damit in Bezug auf den Paragrafenteil sowie die Zusatzbezeichnungen nach wie vor aktuell ist – den überarbeiteten Abschnitt B, die allgemeinen Inhalte und ein Glossar. Letzteres soll der Erläuterung und Verein-

heitlichung der verwendeten Begriffe sowie deren Anwendung dienen. Der weitere Zeitplan sieht vor, dass nach der nun anstehenden Kommentierungs- und Konsentierungsphase wenn möglich bis März 2017 eine Version 3 fertiggestellt wird, die dann dem 120. DÄT als beschlussfähige Fassung vorgelegt werden könnte.

Ob dieser Termin aber tatsächlich gehalten werden kann, ist zumindest fraglich: Bartmann erläuterte in seinem Sachstandsbericht, dass eine rein zeitliche Definition der Weiterbildung bei der veränderten Lebensplanung der jungen Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger werde und wies darauf hin, dass sich Kompetenz nur inhaltlich abbilden lasse. Und weil diese Inhalte nicht immer an derselben Weiterbildungsstätte angeboten werden könnten, müsse die Weiterbildung flexibler werden.

Das war und ist der Anspruch an die neue MWBO immer gewesen: kompetenzbasiert zu sein statt starr an Richtzahlen und Weiterbildungszeiten ausgelegt. Das sahen auch die DÄT-Delegierten so und beauftragten die BÄK, die Weiterbildungszeiten zugunsten der Feststellung von Kompetenzen nochmals zu überprüfen. Nicht ohne Grund: Denn wer sich die Novellierungsentwürfe ansieht, wird gerade bei den Mindestweiterbildungszeiten kaum Unterschiede erkennen können. Der Diskussionsbedarf könnte an dieser Stelle also noch größer werden als erwartet.

Um die Diskussionen zu den Inhalten besser steuern und vor allem sachgerecht und zielortientiert gestalten zu können, sucht die BÄK das Gespräch mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Unabhängig von deren Möglichkeit, sich über die Online-Plattform WIKI.BAEK an der Diskussion zu beteiligen, Vorschläge zu machen und die notwendigen Inhalte zeilenweise im Format des Logbuchs einzuarbeiten, werden ihre Vertreter von der BÄK zu Arbeitssitzungen gebeten. Dabei sollen die Inhalte der Fachgebiete nochmals durchgegangen und konsentiert werden. (SP)

Mehr Geld für die ambulante Weiterbildung

Endlich haben sich die Entscheidungsträger geeinigt: Die neue Vereinbarung sieht eine deutliche Erhöhung der Förderbeträge vor. Hinzu kommen auch bis zu 1.000 Stellen in anderen Gebieten als der Allgemeinmedizin. Welche das sind, wird regional entschieden.

4.800 Euro monatlich – soviel sollen ambulante Weiterbildungsstätten ab 1. Juli erhalten, wenn sie eine Ärztin oder einen Arzt in Weiterbildung beschäftigen, der den Facharzt für Allgemeinmedizin anstrebt. Das sind 37 Prozent mehr als bislang als Förderung gewährt wurde. Vor allem soll damit die hohe Differenz zum Tarifgehalt in den Kliniken als Argument für eine rein klinische Weiterbildung wegfallen – und das Interesse und die Motivation, ambulant tätig zu werden, gestärkt werden.

Die Förderbeträge tragen die KVen und die Krankenkassen wie bisher jeweils hälftig. Nach wie vor müssen die Weiterbildungsstätten die Fördermittel beantragen und mit dem Gehalt in voller Höhe an die Ärztin oder den Arzt in Weiterbildung weiterleiten. Die Festlegung möglicher Sanktionsregelungen wie die umstrittene Rückzahlungsverpflichtung obliegt offenbar ebenfalls wie bisher den regionalen Verhandlungspartnern. Mit Rückzahlungsforderungen können sich derzeit zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte in Hessen und Baden-Württemberg konfrontiert sehen, wenn sie ihre Weiterbildung nicht mit dem Facharzt für Allgemeinmedizin abschließen.

Die zwischen der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgehandelte neue Vereinbarung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung geht auf den mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu ins SGB V aufgenommenen Paragrafen 75a zurück. Demnach sind künftig 7.500 Stellen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und 1.000 weitere Stellen in anderen grundversorgenden Gebieten zu fördern.

Welche Gebiete zu den grundversorgenden Fachgruppen gehören, darauf sollen sich bis zum 1. Oktober die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen regional einigen. Grundlage der Entscheidung soll der Versorgungsbedarf sein. Weitere Voraussetzung ist, dass die Weiterbildungsordnungen der betreffenden Ärztekammern für diese Fachgebiete auch optionale oder verpflichtende ambulante Weiterbildungszeiten von mindestens 24 Monaten vorsehen. Zudem beträgt die Mindestförderdauer zwölf Monate – in der Allgemeinmedizin sind auch Abschnitte von drei Monaten förderfähig.

Zur Frage der künftigen Förderung von Kompetenzzentren und Koordinierungsstellen, für die fünf Prozent der jährlichen Fördersumme aller Weiterbildungsbereiche zur Verfügung gestellt werden, wollen sich die Verhandlungspartner bis 1.1.2017 einigen. "Hinweis der Redaktion": Die Vereinbarung befand sich bei Redaktionsschluss im Unterschriftenverfahren. (SP)



27



MEDIZINSTUDIERENDE MEDIZINSTUDIERENDE

"#RichtigGuteÄrzteWerden" – gemeinsame Aktion von Hartmann bund-Studierenden und bvmd SUPER! Tausende haben an über 20 Stand orten mitgemacht

Viele Tausend Studierende an mehr als 20 Medizinischen Fakultäten sind dem Aufruf der Medizinstudierenden im Hartmannbund und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) gefolgt und haben am 18. Mai am bundesweiten Aktionstag teilgenommen. Unter dem Motto "#RichtigGuteÄrzteWerden" gingen die Studierenden auf die Straße, diskutierten mit Professoren und Politikern, organisierten Flashmobs und Infostände. Zu den Fakultäten mit der zahlenmäßig höchsten Beteiligung gehörten München, Leipzig, Erlangen, Freiburg, Münster und Göttingen.

"Wir sind mit der Resonanz sehr zufrieden. Wir konnten unsere Kommilitonen für die Inhalte des "Masterplan Medizinstudium 2020" sensibilisieren und unsere großen Bedenken gegenüber diskutierten Maßnahmen wie zum Beispiel der Landarztquote oder dem PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin deutlich machen", bilanzieren Moritz Völker, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund, und Sukhdeep Arora, Präsident

der bvmd. Hoch erfreut sei man auch über den Elan, mit dem die Studierenden an die Vorbereitung des Aktionstages herangegangen seien. "Dies hat uns gezeigt, dass wir tatsächlich mit einer lauten und starken Stimme sprechen, die auch von der Politik nicht überhört werden darf", so die beiden Studierendenvertreter mit Blick auf das noch immer ausstehende Eckpunktepapier zum "Masterplan Medizinstudium 2020" (s. Infokasten). "Wir hoffen auf ein Papier, mit dem das Medizinstudium sinnvoll weiterentwickelt werden kann. Denn nur so können wir richtig gute Ärzte werden", sind sich Völker und Arora auch nach ihrer gemeinsamen Aktion einig. Die Politik werde man weiterhin genau beobachten und auch wieder gemeinsam auf die Straße gehen, sollten Maßnahmen vorgeschlagen werden, die aus Sicht der Medizinstudierenden nicht sinnvoll sind.

<u>Die wichtigsten Themen des Aktionstages:</u> Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, früher Praxis- und Patientenkontakt im Medizinstudium, frühzeitige Einbindung der Allgemeinme-

DRESDEN

dizin im Praktischen Jahr.



dizin in das Studium. Die Einführung einer "Landarztquote" wird

ebenso abgelehnt wie ein verpflichtender Abschnitt Allgemeinme-

GÖTTINGEN



LÜBECK



WITTEN



Information

Masterplan Medizinstudium 2020

Die Veröffentlichung des "Masterplan Medizinstudium 2020" steht vermutlich kurz bevor. Wie eine Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit auf dem Medizinischen Fakultätentag in Würzburg berichtete, werde der Entwurf auf der Kultusministerkonferenz am 16./17. Juni sowie auf der Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni final beraten. Verständigen sich die Minister auf das vorliegende Papier, werde der Masterplan "zeitnah" veröffentlicht. Insgesamt soll der Entwurf "30 bis 40 Maßnahmen" beinhalten. Konkretere Angaben konnten nicht gemacht werden.

PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin vom Tisch?

Auf dem Deutschen Ärztetag in Hamburg und dem Medizinischen Fakultätentag in Würzburg (beide im Mai) war man sich einig: Eine weitere Verpflichtung in der Allgemeinmedizin darf es nicht geben. Auch die diskutierte "Landarztquote" wird von beiden Institutionen abgelehnt. "Für uns Studierende ist es ein sehr wichtiges Signal, dass Ärzte und Fakultäten unsere Forderungen unterstützen", sagt Moritz Völker, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund, mit Blick auf die bevorstehende Veröffentlichung des "Masterplan Medizinstudium 2020".

Neuer Vorschlag: Ambulantes PJ-Pflichtquartal

Auf dem Medizinischen Fakultätentag rückte der vehementeste Verfechter des PJ-Pflichtabschnitts in der Allgemeinmedizin, Ferdinand Gerlach (Vorsitz Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin), von der entsprechenden Forderung ab. Dafür steht nun ein neuer Vorschlag im Raum: Ein PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung (bei Hausund Fachärzten) und eine obligatorische Prüfung zur Allgemeinmedizin im M3. Aus Sicht der Medizinstudierenden im Hartmannbund ist es sinnvoll, die Möglichkeit für ein ambulantes PJ-Quartal zu schaffen (haben diese bereits 2015 vorgeschlagen), aber eben freiwillig. Anders werde es nicht gehen, da nicht ausreichend Lehrpraxen vorhanden sind.

Friedrich-Thieding-Preis 2016: Bewerbung bis 15. Juli

Auch 2016 schreibt die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes den gleichnamigen mit 1.000 Euro dotierten Förderpreis für Medizinstudierende aus. Voraussetzungen: Ehrenamtliches Engagement für sozial- oder berufspolitische Projekte, sehr gute studentische Leistungen. Bewerbungsschluss: 15. Juli. Kontakt: 030 206 208-53

Imagevideo der Univertreter im Hartmannbund

Auf ihrer letzten Sitzung im April haben die Univertreter des Hartmannbundes ein Imagevideo gedreht – zu sehen auf www.medizinstudierende-im-hartmannbund.de und auf der Facebookseite "Medizinstudierende im Hartmannbund". Auf beiden Plattformen gibt es übrigens regelmäßig umfangreiche Informationen rund um die Arbeit der über 70 Univertreter. Also unbedingt vorbei schauen!

FRI ANGEN



FREIBURG



LEIPZIG





JÜNSTER



MÜNCHEN



HB-INTERN HB-INTERN

Versammlung des Landesverbandes Niedersachsen

Im Herbst werden die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) turnusmäßig neu gewählt. Daher hat die diesjährige Landesvertreterversammlung des HB-Landesverbandes am 16. April in Bomlitz zum Leitthema "Wieso herrscht bei der KBV in Berlin Chaos und in Niedersachsen ist Ruhe an der Front?" getagt und die Sitzung zur Vorbereitung der KV-Wahl mit den HB-Kandidatinnen und Kandidaten der Liste "KVNeu gestalten" genutzt. Ziel ist es. auch zukünftig bei der Gestaltung der Berufspolitik in der KVN aktiv mitzuwirken. Die Liste/ Fraktion "KVNeu gestalten" (Hartmannbund, Ärztegenossenschaft und Verband der Kinder- und Jugendärzte) konnte bei der letzten Wahl vor sechs Jahren elf von insgesamt 50 Sitzen, darunter fünf reservierte Sitze für Psychotherapeuten, erringen (also über 20 Prozent) und war somit ein bedeutender Ansprechpartner für die Wahl des Vorstandes (stellvertretender Vorsitzender Dr. Jörg Berling), bei der Besetzung der Ausschüsse sowie bei der Arbeit der Vertreterversammlung insgesamt.

Hartmannbund-Mitglieder, die für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen kandidieren möchten, können sich für die Liste "KVNeu gestalten" bewerben – per E-Mail unter lv.niedersachsen@hartmannbund.de.

Mehr als 50 Delegierte und Gäste des

Landesverbandes Baden-Württemberg tra-

fen sich in Nürtingen zum Thema "Zusam-

menarbeit in der Gesundheitsversorgung

- Option oder Fiktion". Im öffentlichen Teil

diskutierten Dr. Karsten Diers (GF Lan-

desapothekerkammer B-W); Dr. Friedrich

Gagsteiger (Vorstand Hartmannbund B-W),

Gerd Nieth (Referatsleiter ambulante Ver-

sorgung VdEk/B-W), Dipl.-Pol. Ekkehard

Ruebsam-Simon (stellvertretender Vorsit-

zender MEDI B-W) und Christiane Sautter-

Müller (Vorstand LOGO Deutschland). Der

HB-Landesvorsitzende Klaus Rinkel mo-

derierte und betonte "es muss der Gedan-

ke aufgegeben werden, dass eine Gruppe

Delegiertentreffen Baden-Württemberg



Rund 40 Teilnehmer waren zur gemeinsamen Landesdelegiertenversammlung gekommen.

Landesverbände Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt tagen zusammen

Brauchen angehende Ärzte Kompetenzen, die über die humanbiologischen Kernfächer hinausgehen? Welches Rüstzeug ist nötig, um allen ärztlichen Aufgaben problembewusst und verantwortungsvoll gerecht zu werden? Mit diesen Fragen zur Ausrichtung des Medizinstudiums setzten sich die rund 40 Teilnehmer der Landesdelegiertenversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in Leipzig intensiv auseinander – darunter Vertreter von Politik, Landesärztekammern und Krankenkassen sowie viele Medizinstudierende. Den Einstieg in das Thema machte Prof. Ortrun Riha (Karl-Sudhoff-Institut, Medizinische Fakultät Leipzig) mit ihrem Vortrag "Wissen oder Kompetenzen? Perspektiven für die ärztliche Aus- und Weiterbildung". Fazit der Diskussion: Art und Organisation des Medizinstudiums haben erheblichen Einfluss auf das spätere



Frau Prof. Ortrun Riha

Selbstverständnis des Arztseins. Die Komplexität der Medizin hat erheblich zugenommen, der Weg der Vermittlung von Kompetenzen scheint im Ansatz richtig. Die Realität der Vermittlung ist davon aber noch weit entfernt.

Brandenburg

essentiell für eine optimale Versorgung kranker Menschen". Dazu verabschiedeten die Delegierten den Leitantrag "Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung". Tenor: Gesundheitsversorgung als ein vernetztes System mit vielen Beteiligten realisieren und Hürden auf dem Weg zu einer patientenorientierten Versorgung kranker Menschen abbauen. In der Resolution "Patientensteuerung - notwendiger denn je" forderte die LDV eine Patientensteuerung durch Eigenbeteiligung und die Beschränkung der Gültigkeit der eKV-Card baldmöglichst gesetzlich zu verankern. Weitere Resolutionen: Weiterbildung in der Vergütung berücksichtigen, Krankenpflegepraktikum

Die diesjährige Versammlung des Landesverbandes Brandenburg am 27. April unter dem Vorsitz von Dr. Hanjo Pohle stand thematisch ganz im Zeichen der bevorstehenden Wahlen zur Vertreterversammlung der Ärztekammer. Der Landesverband, der in die Räumlichkeiten der Landesärztekammer Brandenburg in Potsdam eingeladen hatte, wird erneut mit einer eigenen Hartmannbund-Liste in den Wahlkampf ziehen. Erfreulicherweise haben sich auch viele junge Kolleginnen und Kollegen gefunden, die für den Hartmannbund kandidieren werden. Brandenburger Ärztinnen und Ärzte, die Interesse an einer Kandidatur haben, melden sich bitte bei sabine.beukert@hartmannbund.de oder



Nach der Gesprächsrunde versammelten sich die Teilnehmer zu einem abschließenden Foto. Mit dabei waren (v.l.): Dr. Christian Hönemann, Dr. Karl-Heinz Noeding, Dr. Andreas Voss, Dr. Sven Armbrust, Dipl.-Med. Bernd Helmecke, Wenke Wichmann, Prof. Dr. Michael Berliner, Theodor Uden, Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Arso Zahir, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Fabian Weykamp, Dr. Uwe Torsten und Jan Deichmann

Chefärzte und Assistenzärzte des Hartmannbundes diskutierten gemeinsam an einem Tisch

In dieser Form war es eine Premiere – sieben Chefärzte und sechs Assistenzärzte des Hartmannbundes haben sich Ende April in Berlin gemeinsam an einem Tisch getroffen, um die drängendsten Probleme der jungen Ärzte in der Weiterbildung zu besprechen. Eingeladen hatte der im Januar neu gegründete Ausschuss "Assistenzärzte im Hartmannbund", der mit dieser ersten Veranstaltung aktiv in seine Ausschussar-

beit eingestiegen ist. Im Mittelpunkt der ganztägigen Diskussion standen drei Themenschwerpunkte: Arbeitszeiten, Hierarchie in den Kliniken sowie Bürokratie/Patientenzeit. Zu allen drei Themen wurden Kurzreferate erarbeitet, die im Anschluss intensiv diskutiert wurden. Dabei stellten die Assistenzärzte aktuelle Probleme sowie Vorschläge vor, wie man diese Probleme lösen könnte. Dabei stießen die Assisten-

ten bei den anwesenden Chefärzten auf viel Verständnis und erhielten konstruktives Feedback und viele wertvolle Hinweise hinsichtlich der Themen und zukünftigen Ausschussarbeit. Die anwesenden Assistenzärzte zeigten sich mit den Gesprächsergebnissen ebenso zufrieden wie die Chefärzte. Man vereinbarte, auch weiterhin in den Diskurs zu treten. An den Themen wird der Ausschuss intensiv weiterarbeiten.

Ausschuss "Medizinstudierende im Hartmannbund"

Vorstand der Univertreter hat seit April eine neue Besetzung

Auf der Frühjahrssitzung des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund gab es einen Wechsel im Vorstand: Lukas Käsmann (Univertreter Lübeck) und Bianca Altenburg (Univertreterin Aachen) wurden von den anwesenden Univertretern in den Vorstand gewählt - Lukas als Schriftführer und Bianca als Beisitzerin. Bereits seit Herbst 2015 im Vorstand dabei: Käthe Lewicki (Stellvertreterin, Univertreterin in Greifswald) und Moritz Völker (Vorsitzender, Univertreter Witten). Mit ihrer neuen Führungsspitze konnten die über 70 Univertreter bereits eine Aktion erfolgreich absolvieren. Am 18. Mai fand der gemeinsame Aktionstag "#RichtigGuteÄrzteWerden" von Hartmannbund und bvmd statt (s. Seiten



Seit April in neuer Besetzung – der Vorstand der Medizinstudierenden, v.l.: Lukas Käsmann, Bianca Altenburg, Käthe Lewicki und Moritz Völker.

31

in der Gesundheitsversorgung das Ziel auf zwei Monate verkürzen, keine Vorabquoerreichen kann. Die Zusammenarbeit ist ten für die Zulassung zum Medizinstudium. sabine.beukert@hartmannbund.de oder Hartmannbund und bvmd statt (s. Seiten 28/29). Weitere Aktionen werden folgen. SERVICE

Berufshaftpflicht- oder Rechtsschutzversicherung?

Welche Versicherung greift bei einem Strafrechtsfall?





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

Das Thema "Schadensfall" ist ein hochsensibles Thema – sowohl aus der Sicht des betroffenen Patienten, als auch aus Sicht des Arztes, dessen berufliche Existenz wie auch seine Reputation auf dem Spiel steht. Doch was ist, wenn es zu einem Schadensfall und einer Anzeige kommt? Wer hilft, wenn der Staatsanwalt klingelt? Welche Versicherung "greift" in einem Schadensfall?

Schaut man sich eine Beschreibung des Begriffs "Strafrecht" an, dann wird schnell klar, dass ein Arzt hier eine Reihe von Berührungspunkten hat:

Das Strafrecht dient dem Schutz der elementaren Rechtsgüter wie zum Beispiel dem Schutz des Lebens, der körperlichen Unversehrtheit, dem Eigentum, der Würde und Ehre oder des Vermögens und damit dazu, den Bestand der Rechtsordnung eines Staates zu erhalten.

Welche Versicherung greift nun bei einem Strafrechtsfall? Die Berufshaftpflichtoder die Rechtsschutzversicherung? Die Frage lässt sich über die Tätigkeiten des

Arztes beantworten. Dessen berufliche Tätigkeit lässt sich in zwei Handlungsfelder unterteilen:

Zum einen seine Kerntätigkeiten als Arzt am Patienten Befunde und Diagnosen zu erstellen wie auch Behandlungen durchzuführen. Die daraus möglichen Strafrechtsfälle können sich über die Vorwürfe eines Behandlungsfehlers, der unterlassenen Hilfeleistung oder gar der Körperverletzung und sogar der fahrlässigen Tötung definieren. In diesen Fällen greift nur die Berufshaftpflichtversicherung.

Nun hat der Arzt nicht nur in seiner Profession als Arzt zu tun, sondern auch eine Praxis zu führen und damit Verantwortung über Verwaltung, Organisation und Mitarbeiter. Darüber hinaus hat er auch geschäftliche Kontakte zu Behörden, Organisationen, Dienstleistern und Zulieferern.

Drei konkrete Fälle sollen das Geschriebene veranschaulichen.

Fall 1: Der Arzt äußert sich über die Behandlung eines vorbehandelnden Kollegen. Der Vorbehandler erhält über den Patient davon Kenntnis und zeigt den Arzt wegen Verleumdung (§ 187 StGB) an.

<u>Fall 2:</u> Im Gespräch mit einem Angehörigen erwähnt der Arzt eine HIV-Infektion des Patienten. Als der Patient dies erfährt,

zeigt er den Arzt an (Verletzung von Privatgeheimnissen, § 203 StGB).

Fall 3: Über Jahre soll falsch abgerechnet worden sein (Abrechnungsbetrug § 263 StGB) oder angeblich wurden IGEL-Leistungen nicht versteuert (Steuerhinterziehung § 370 AO).

Die daraus möglichen Strafrechtsfälle basieren auf dem Vorwurf der Datenschutzverletzung, Verstoß gegen die Schweigepflicht, Abrechnungsbetrug oder Steuerbetrug. In diesen Fällen greift die Rechtsschutzversicherung.

Es sind demnach zwei unterschiedliche Tätigkeitsbereiche des Arztes. Der Kernbereich "ärztliche Tätigkeit" am Patienten wird über die Berufshaftpflichtversicherung und das "berufliche Umfeld" über die Rechtsschutzversicherung abgedeckt.

Als Hartmannbund-Mitglied besteht für Sie Anspruch auf eine rechtliche Erstberatung in berufsbezogenen Fragen durch qualifizierte Juristen des Verbandes. Durch eine auf die ärztlichen Interessen bezogene Rechtsschutzversicherung wird diese Erstberatung gut ergänzt. So umfasst der Exklusiv-Rechtsschutz der ROLAND Versicherung den arztspezifischen Berufs- und Privatrechtsschutz sowie den Verkehrsrechtsschutz.

Vorwurf. einer Datenschutz-Praxis / Beruf verletzung · Verstoß gegen Schweigeorwurf. eines Behandlungspflicht Patient der sexuellen Belästigung der unterlassenen des Abrechnungsbetrugs Hilfeleistung des Steuerbetrugs Ausstellung falscher Gesundheitszeugnisse

> Ärzte üben oft nicht nur eine ärztliche Tätigkeit aus, sondern sind auch für Verwaltungsfragen zuständig, führen eigene Praxen und tragen die Verantwortung für Organisation und Mitarbeiter. Da stellt sich schnell die Frage, was passiert eigentlich im Schadensfall? Welche Versicherung greift zum Beispiel bei einem Strafrechstfall? Bei welchem Vorwurf muss was berücksichtigt werden?

Mehr mobile Freiheit für jüngere Autofahrer Mindestanmietalter von

19 auf 18 Jahre runter gesetzt

Der 18. Geburtstag ist für junge Menschen ein besonderer Tag, denn er bedeutet den Eintritt in die Welt der Erwachsenen und viele Freiheiten, die oft nach einem Mehr an Mobilität verlangen. Diese mobile Freiheit möchte Europcar jetzt auch den jüngeren Autofahrern zugutekommen lassen.

Ab sofort können auch bereits jüngere Menschen ab ihrem 18. Lebensjahr einen Mietwagen fahren – vorausgesetzt, sie besitzen ihren Führerschein seit mindestens einem Jahr. Die neue Regelung gilt deutschlandweit für Fahrzeuge der Kategorien Mini, Economy, Economy Elite, Compact und Compact Elite. Auch in der Fahrzeugkategorie Luxury gibt es für junge Fahrer Grund zur Freude: Hier können Kunden jetzt schon ab 25 Jahren einen der begehrten Mietwagen fahren, wenn sie bereits seit drei Jahren einen Führerschein besitzen.

"Mit der Herabsenkung des Mindestalters zeigen wir einmal mehr, dass wir jungen Fahrern ein Plus an Service bieten. Dieser Schritt ist daher eine optimale Ergänzung unserer attraktiven Studententarife für Pkw und Lkw, aber auch anderer Young Drivers Angebote", sagt Stefan Fischer, Director Brand & Customer Management. "Wir möchten so für junge Fahrer die erste Wahl unter den Autovermietern sein."

Europcar bietet maßgeschneiderte Lösungen für jeden individuellen Mobilitätsbedarf. Genießen auch Sie die Vielfalt aktueller, hochklassiger Fahrzeuge zu günstigen Konditionen und flexiblen Vertragslaufzeiten. Interessiert? Dann gehen Sie doch gleich auf www.hartmannbund.de. Buchungen immer unter Angabe der Contract ID 402 95 733 vornehmen. Haben Sie weitere Fragen zum Serviceangebot, dann wenden Sie sich an uns: service@hartmannbund.de.

Europcar

noving your way

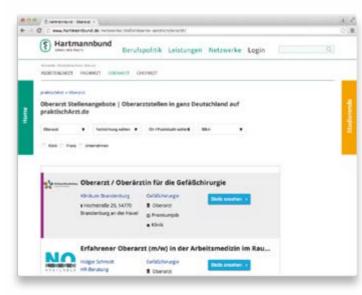


Europcar sorgt für Freude bei jungen Fahrern.

Foto: Europcar

PraktischArzt - Plattform für die Karriere

Mit seiner Kooperation mit "PraktischArzt" hat der Hartmannbund auch mit Blick auf den bundesweiten ärztlichen Stellenmarkt den Service für seine Mitglieder deutlich erweitert. Über 5.000 Stellenangebote für Ärzte und Medizinstudenten finden sich unter www.hartmannbund.de (Netzwerke) in diesem Angebot des Verbandes. In Kooperation mit "PraktischArzt" bietet diese Plattform damit Medizinern - beginnend bei Famulatur und PJ-Stellen, über Assistenz- und Facharzt-, bis hin zu Oberarzt- und Chefarztstellen - ein interessantes Angebot in allen beruflichen Karrierestufen. Die Stellenanzeigen werden von Arbeitgebern wie Kliniken. Praxen und Unternehmen im medizinischen Umfeld direkt und unkompliziert auf der Plattform platziert. Mehr auf www.hartmannbund.de.



Ihr direkter Weg zu den aktuellsten Stellenangeboten auf PraktischArzt:



SERVICE

Existenzgründung

Für den wirtschaftlichen Erfolg kommt es auf den Standort an





Benjamin Lehnen leitet seit 2014 die Praxis- und Apothekenbörse der apoBank. Gemeinsam mit seinem Team erstellt er ausführliche Exposés der Angebote, die neben den Finanzkennzahlen auch detaillierte Standortdaten enthalten.

Mehr Informationen unter www.apobank.de

Was für den Käufer eines Eigenheims gilt, gilt ebenso für den Erwerber einer eigenen Praxis: Beide legen sich in der Regel für einen langen Zeitraum fest. Und in beiden Fällen kommt es nicht nur auf die Immobilie selbst an, sondern auch maßgeblich auf deren Lage. Für den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis ist der Standort einer der entscheidenden Faktoren. Das gilt für Neugründungen wie auch für die Praxisübernahmen.

Die endgültige Entscheidung für die Niederlassung sollte erst dann fallen, wenn die richtige Praxis gefunden wurde. Der erste Eindruck und die äußeren Merkmale der Gegend, in der die Niederlassung möglich wäre, sind schnell erfasst. Doch vor allem die nicht auf den ersten Blick erkennbaren Fakten zeigen erst, wie attraktiv ein Standort für die selbständige ärztliche Tätigkeit tatsächlich ist. Zum einen ist es die Patientenstruktur, zum anderen sind es die Informationen zu wirtschaftlichen, branchenspezifischen oder gesellschaftlichen Entwicklungen. So ist es beispielsweise möglich, die Kaufkraft in der näheren Umgebung zu ermitteln. Daraus lässt sich wiederum schließen, ob das Potenzial vorhanden ist, Selbstzahler-Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zudem dürfte bei einer überdurchschnittlich hohen Kaufkraft auch der Anteil an Privatpatienten entsprechend hoch sein.

Jede Fachrichtung benötigt eine eigene differenzierte Standortanalyse

Die Kriterien eines guten Standortes korrelieren mit der ieweiligen Fachrichtung. Eine Detailanalyse zahlt sich in jedem Fall aus. Zum Beispiel sehen für einen Kinderarzt erfolgversprechende Bevölkerungsstrukturen anders aus als für einen Urologen. Und selbst in Frage kommende Standorte, die in unmittelbarer räumlicher Nähe liegen, können sehr unterschiedlich sein. Schon beim Vergleich benachbarter Stadtgebiete kann die Präsenz bestimmter Fachrichtungen schwanken oder das Verhältnis Einwohner zu Arzt variieren. Gleiches gilt für Kaufkraft, Lebenshaltungskosten oder Mieten. Die Standortqualität hängt jedoch nicht nur von den aktuellen Ist-Daten ab. Vielmehr sind Prognosen zur weiteren Entwicklung der Struktur und Größe einer Bevölkerung, deren Alterungsprozess und zum künftigen medizinischen Versorgungsbedarf bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Ergeben Ist-Daten und Prognosen ein insgesamt positives Szenario, haben Existenzgründer eine hohe Sicherheit, dass ihre Selbstständigkeit dauerhaft erfolgreich sein wird.

Mehr Planungssicherheit durch Praxisbörse und Standortcheck

Grundsätzlich bieten Praxisübernahmen bereits eine gewisse finanzielle Sicherheit, denn in diesen Fällen können Gründer auf vorhandenen Zahlen und Erfahrungswerten aufbauen und mit einem Patientenstamm starten. Die apoBank betreibt seit zwei Jahren eine Praxisbörse und bringt hier Inhaber und potenzielle Nachfolger zusammen. Wer auf dieser Börse eine Praxis findet, erhält sogleich Informationen über Umsatz, Mitarbeiter, Mietvertrag oder das Behandlungsspektrum.

Eine ausführliche Standortbeurteilung sorgt für noch mehr Planungssicherheit: Sie veranschaulicht dem Existenzgründer, welches Potenzial die ausgewählte Region hat und ob sie künftig attraktiv für seine Fachgruppe bleiben kann. Um eine möglichst treffsichere Prognose zu liefern, hat die apoBank ihre Standortanalyse weiter verfeinert. Daten zu Bevölkerungsstruktur, Kaufkraft oder Ärztedichte und deren Trends werden für jeden Existenzgründer individuell analysiert. Dazu gehören z.B.:

- Durchschnittl. Pro-Kopf-Einkommen
- Angaben zur Kaufkraft
- Einwohner/Arzt-Relation, nach Fachbereichen aufgeschlüsselt
- Angaben zur Beschäftigungsquote
- Kennziffern zur Wohnstruktur
- Angaben zur Altersstruktur/-verteilung

Die Standortanalyse und die Praxisbörse der apoBank bieten den Existenzgründern wertvolle Kennzahlen, mit denen sie besser planen und kalkulieren können. Zusätzliche Informationen können auch die speziell ausgebildeten apoBank-Berater liefern: Denn sie sind regional im Einsatz, kennen ihre Marktgebiete sehr genau und haben jahrelange Erfahrungen mit erfolgreichen Gründungen von Arztpraxen.

Altersverteilung 2015 2015 2030 Altersverteilung 2030 <15 Jahre 13,2 -0.215-24 Jahre 9,8 -0.7 9.2 25,6 25-44 Jahre 26.3 -0.727,3 45-64 Jahre -2,6 29,9 65-79 Jahre 15,3 2.4 17.7 >79 Jahre 5.5 1.8 7.3

Die Standortanalyse der apoBank liefert Ist-Daten und Prognosen gleichermaßen – hier ein Beispiel der Altersverteilung in einer ausgesuchten Region. Grafik: apoBank

Neues Angebot von MEDI-LEARN

MEDI-LEARN

Internationale Anamnesebögen: Übersetzungshilfen für Ärzte

Mit den MEDI-LEARN Anamnesebögen samt Übersetzungsschablone werden dem Mediziner pfiffige Übersetzungshilfen an die Hand gegeben, um die Erhebung der Anamnese bei ausländischen Patienten in zahlreichen Sprachen deutlich zu erleichtern.

Bei vielen Menschen, die aus Kriegsgebieten nach Deutschland kommen oder bei ausländischen Mitbürgern, deren Deutsch-Kenntnisse nur grundlegend sind, ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient durch Sprachbarrieren oftmals deutlich erschwert. Hier helfen die MEDI-LEARN Anamnesebögen.

Die internationalen Anamnesebögen von MEDI-LEARN bestehen aus muttersprachlichen Papier-Ankreuz-Fragebögen für die Patienten und einer Kunststoff-Übersetzungsschablone mit deutschen Begriffen für den Arzt, die die muttersprachlichen Angaben entsprechend überdecken. Sie sind voll dokumentationstauglich.

Mit Hilfe von medizinischen Übersetzern wurden Standardbögen zu Anamnese- und Befunderhebung aus der deutschen Sprache in die jeweilige Zielsprache übersetzt. Diese Bögen können dem Patienten überreicht werden, der dann anschließend in seiner Sprache auf die Anamnese-Fragen per Kreuz antworten und über sich Auskunft geben kann.

Damit nun nach Ausfüllen des Bogens auch der behandelnde Arzt ersehen kann, welche Angaben gemacht wurden, wird eine zusätzliche Übersetzungsschablone eingesetzt: Die durchsichtige Folie enthält den Anamnesebogen in deutscher Sprache. Durch Auflegen der transparenten Schablone auf den ausgefüllten Anamnesebogen werden nun die Patientenangaben zurück in die deutsche Sprache übersetzt.

Derzeit sind die Anamnesebögen in folgenden 30 Sprachen verfügbar und decken somit 90 Prozent der auf der Welt gesprochenen Sprachen ab: Albanisch, Arabisch, Dänisch, Dari/Fari, Deutsch, Englisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Hindu, Indo-

nesisch, Italienisch, Japanisch, Koreanisch, Kroatisch, Mandarin, Niederländisch, Norwegisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Schwedisch, Serbisch, Spanisch, Swahili, Tigrinisch, Türkisch, Ungarisch, Urdu, Vietnamesisch.

Die internationalen Anamnesebögen werden auf www.medi-learn.de/anamnese in verschiedenen Ausführungen vorgestellt. Dort gibt es auch Informationen über das Einsteiger-Set bestehend aus fünf Anamnesebögen jeder Sprache und einer Übersetzungsschablone.

Deutsch	(Andrech)	PACCION STAN	Kinwahili (Septia)	svenska (Schwedisch)
Shqip	SING	Estate Schools	(E-Q-H)	suomi
(Abenish)	(Chinesiach)		(Komarinchi)	(Fenisch)
در <i>ی افارسی</i>	español	lyou)	Italiano	norsk
(CartFars)	(Spanisch)		(Italienach)	(Norwegisch)
english	FRØ	E#M	język polski	EMayered
(English)	(Hed)	(Accorded)	(Potrech)	(Grechisch)
prickii jesiik	português	Tribing Việt	Nederlands	dansk
(Serbich)	(Portugesech)	(Veltamental)	(Mederlandsch)	(Carech)
ethochur	français	Türkçe	magyar	hrvatski
(Tgrinch)	(Francisisch)	(Turkesi)	(Ungeristic)	(Krostsch)

Bank Alpinum – Vermögensverwaltung und Anlageberatung

Vor gut einem Jahr hat die Liechtensteinische Bank Alpinum die Kunden der Schweizer MediBank AG übernommen und ist - sozusagen als Nachfolger - eine Kooperation mit dem Hartmannbund eingegangen. Von Anfang an war die Geschäftsleitung der Bank bestrebt, auch die guten Beziehungen, welche die Vorgängerbank zum Hartmannbund unterhielt, fortzuführen. Die Bank Alpinum befindet sich im Herzen Europas - in Liechtenstein -, einem Land, das von "Standard & Poors" noch immer mit einem AAA-Rating für seinen schuldenfreien Staatshaushalt ausgezeichnet wird. Gegründet im Jahr 2001 von erfahrenen Bankiers, Rechtsanwälten und Unternehmern, hat sich die Bank der Aufgabe verschrieben, vermögende Privatkunden und Unternehmer sowie ihre Familien dabei zu unterstützen, ihre persönlichen Zielsetzungen zur Sicherung und Entwicklung

ihres Vermögens zu verwirklichen. Stolz ist das Bankhaus auf seine Unabhängigkeit. Die Bank ist nicht Teil einer größeren Finanzgruppe und somit nicht in übergeordnete Unternehmensziele eingebunden, weswegen die Kunden keine eigenen Produkte finden. Das Handeln der Bank Alpinum orientiert sich ausschließlich am

Erfolg der Kunden. Die Bank pflegt einen konservativen Anlagestil, verwaltet die Vermögen kundenorientiert und risikobewusst und agiert transparent.

Für weitere Informationen und unverbindliche Beratungen kontaktieren Sie Jacqueline Krämer. Telefon: 00423 239 62 33. Mail: jacqueline.kraemer@bankalpinum.com.



Die Worte von Konfuzius "Es ist nicht von Bedeutung, wie langsam du gehst, so lange du nicht stehen bleibst" hat sich die Liechtensteinische Bank Alpinum auf ihre Fahnen geschrieben. Die Devise der Bank: "Mit Privat Banking Schritt für Schritt zum Ziel. Gemeinsam."

SERVICE

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 206208-11

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

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Farid Tehrani / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

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

in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 206208-55

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)

in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)

in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)

Ingeborg Dinges

Tel.: 089 470870-34

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner

Tel.: 069 974096-98

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

in Vertretung Petra Schröter

Tel.: 030 206208-15

Kleinanzeigen

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

Allgemeinmedizin-Praxis in Berlin gesucht

Freundliche, erfahrene und promovierte Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Interesse an verschiedenen Kooperationsformen oder Übernahme sucht baldmöglichst eine Praxis in Berlin (Charlottenburg-Wilmersdorf, Mitte, Prenzlauer Berg, Schöneberg oder Zehlendorf). Kontakt telefonisch: 0151 41443593.

Nachfolgesuche in Berliner Südostrandlage

Nachfolger/in für Physikalische und Rehabilitative Medizin-Praxis in Brandenburg (Berliner Südostrandlage) gesucht. Abgabe ab dem 4. Quartal 2016. In PG mit MVZ, orthopädisch ausgerichtet, umsatzstark, modern ausgestattet (u.a. dig. Röntgen, DEXA, US usw.), behindertengerecht, zertifiziert. Kontakt telefonisch unter: 0178 6391588

STELLENANZEIGEN

Ärzte für Palliativmedizin gesucht – auch in Teilzeit

Das Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes UKS sucht zum 1.10.2016 mehrere klinische Ärzte/Fachärzte (auch in Teilzeit) für den Bereich Palliativmedizin. Das Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie besteht seit 2010 und ist im stetigen Ausbau. Es ist die europaweit bislang erste Einrichtung für altersübergreifende Palliativversorgung. Das Zentrum verfügt über eine Ambulanz und einen Palliativdienst, der über 1.000 Patienten im Jahr in allen Kliniken mitbetreut. Eine Palliativstation soll im 4. Quartal 2016 in Betrieb genommen werden. Der Bereich integrative Schmerztherapie stellt einen weiteren Schwerpunkt dar.

Ihr Profil: Begeisterung für das Fach Palliativmedizin in seiner gesamten Breite (sektorenübergreifende klinische Versorgung, Forschung und Lehre) bis zum profilierten Palliativmediziner; abgeschlossene (oder in Absprache weit fortgeschrittene) Facharztausbildung, unabhängig von klinischer Ausrichtung; hohes klinisches Engagement und ausgeprägte Motivation, soziale und emotionale Kompetenz sowie Kollegialität und Teamfähigkeit; Zusatzbezeichnung Palliativmedizin bevorzugt/angestrebt

Unser Angebot: Abwechslungsreiche klinische Tätigkeit auf dem Gesamtgebiet Palliativmedizin und Schmerztherapie, interdisziplinäres und multiprofessionelles Team mit äußerst kollegialem und wertschätzendem Arbeitsklima; Raum für Gestaltung und Innovation bei der Entwicklung und der aktiven Umsetzung von Konzepten und dem Ausbau des Zentrums; Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnungen "Palliativmedizin" sowie "spezielle Schmerztherapie"; Möglichkeit der Promotion und Unterstützung bei der Habilitation; strukturiertes Fort- und Weiterbildungsprogramm; Supervision; Mitarbeit an klinischen Studien; elektronische Arbeitszeiterfassung sowie planbare und verlässliche Arbeitszeiten; Entlastung von nichtärztlichen administrativen Aufgaben; Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Schwerbehinderte Bewerber/innen werden bei im Wesentlichen gleicher Eignung und Qualifikation bevorzugt berücksichtigt. Fragen beantwortet Prof. Dr. med. Sven Gottschling gerne telefonisch unter 06841 1628510 oder unter der E-Mail-Adresse zentrum.palliativmedizin@uks.eu. Die Vergütung erfolgt nach den tariflichen Vorschriften des TV-Ärzte.

Weiterbildungsassistent Allgemeinmedizin gesucht

Allgemeinmedizinischer WB-Assistent für kollegiales 3-Ärzte-Team gesucht, volle WB-Befugnis für 36 Monate plus 3 Monate Naturheilverfahren ist vorhanden, auch für fachärztliche Seiteneinsteiger oder Halbtags-WB, kein NBD, seit Jahren (47 WB-Abschlüsse!) Arbeitssbedingungen gemäß neuem Kodex des HÄV, spätere Kooperation/Übernahme möglich. Kontakt: San.-Rat Dr. Gernot Nick, Dr. Christian Nick, Bachstraße 42, 56170 Bendorf (Nähe Koblenz), Kontakt telefonisch unter: 02622 2330

Allgemeinmediziner sucht in Berlin

Fachärztin für Allgemeinmedizin sucht baldmöglichst eine Stelle in einer Praxis in Berlin. Kontakt telefonisch: 0171 1267931.

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.



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

Verlage

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.

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

Titelfoto: © colourbox.de

Icons: © venimo – Fotolia.com

Inhalt: 8 Fotos (Seite 16, Seite 26): © Deutsches Ärzteblatt/Jürgen Gebhardt



BMG arbeitet an Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Laut "Ärzte Zeitung" arbeitet das Bundesministerium für Gesundheit intensiv an einem Eckpunktepapier des angekündigten "Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes". Dieses würde konkrete Kontrollinstrumente beinhalten. Dazu gehören verbesserte Einsichts- und Prüfrechte der Vertreterversammlungen sowie die Möglichkeit der Abwahl von VV-Vorsitzenden mit einfacher Mehrheit. "Zu den bereits vorhandenen Aufsichtsmöglichkeiten komme eine immer mehr ins Detail eingreifende Fachaufsicht hinzu", berichtet die "Ärzte Zeitung" über die Reaktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die KBV erkenne darin eine Tendenz, dass die ärztliche Selbstverwaltung nachhaltig in Frage gestellt wird.

KBV hat ihr Zukunftspapier vorgestellt

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat das Positionspapier "KBV 2020" zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen. Mit dem Papier, das Vorschläge und Forderungen zur Sicherstellung, zur sektorübergreifenden und interprofessionellen Kooperation, zur Zukunft des Arztberufs sowie zu einer besseren Koordinierung der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen enthält, will sich die Standesvertretung noch vor der nächsten Bundestagswahl im Herbst 2017 in die politische Diskussion einbringen.

Hauptversammlung des Hartmannbundes: 4./5. November

Am 4. und 5. November findet die diesjährige Hauptversammlung des Hartmannbundes statt. Auch in diesem Jahr wird im Seminaris Hotel in Berlin-Dahlem getagt. Im Mittelpunkt steht unter anderem das Thema "Big data – Chancen, Herausforderungen und Risiken von E-Health". Also schon einmal vormerken. Die offizielle Einladung erfolgt in der September-Ausgabe des Hartmannbund-Magazins.



Mehr aktuelle Informationen auf www.hartmannbund.de

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









