03/2016

Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin

Auf ewig im Hamsterrad?

Die ärztliche Arbeitswelt braucht den Umbruch!

An alle Mitglieder des Hartmannbundes

Einladung zur

HAUPTVERSAMMLUNG 2016

Alle Mitglieder des Hartmannbundes sind zu der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes am 4. und 5. November 2016 in das Seminaris CampusHotel Berlin-Dahlem, Takustraße 39, eingeladen.

Auszug aus der Tagesordnung:

Freitag, 4. November

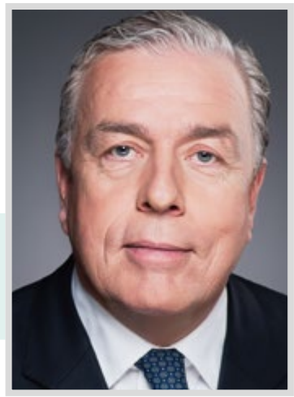
09.30 Uhr	Eröffnung und Begrüßung
10.00 Uhr	Impulsreferate & Podiumsdiskussion „Big Data – E-Health“
12.00 Uhr	Bericht des Vorsitzenden, Dr. Klaus Reinhardt
13.00 Uhr	Mittagspause
14.00 Uhr	Diskussion zum Bericht des Vorsitzenden
15.00 Uhr	Workshops
17.00 Uhr	Vorführung Gewinnerbeitrag „Film- und Fernsehpreis“, im Anschluss Preisverleihung (Einladung gesondert)

Sonnabend, 5. November

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

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

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen

wenn wir uns in wenigen Wochen auf der Hauptversammlung unseres Verbandes in Berlin intensiv mit dem Thema E-Health auseinandersetzen, dann wird uns dies vor allem eines mehr als deutlich vor Augen führen: Bei „Big Data“ reden wir schon lange nicht mehr über ein „Zukunftsthema“. Nein, machen wir uns nichts vor, wir sind längst mittendrin, auch wenn mancherorts der Eindruck entsteht, die Ärzteschaft sei noch nicht in vollem Umfang angekommen. Andere Länder, andere Branchen und andere Player – auch im Gesundheitswesen – scheinen uns da bisweilen voraus. Und so ist auch in unserem Verband deutlich zu spüren, wie viele Kolleginnen und Kollegen intensiv darauf drängen, die ausgeprägte Skepsis und Zurückhaltung zu überwinden. Dabei ist durchaus erkennbar, dass der ärztliche Generationenwechsel in dieser Frage eine nicht unwesentliche Rolle spielt. Natürlich gilt es, Chancen und Risiken von Zukunftstechnologien verantwortlich gegeneinander abzuwägen, dafür plädieren wir ausdrücklich! Angesichts der medizinischen Möglichkeiten sollten allerdings Neugier und Aufgeschlossenheit und der grundsätzliche Wille, sich den Chancen und Herausforderungen zu stellen, die Oberhand gewinnen gegenüber Skepsis und Verharren. So wichtig und unbestritten notwendiger Datenschutz ist, darf er nicht zum Totschlagargument werden.

Wenn wir Ärzte wirklich mitgestalten wollen, dann müssen wir uns noch konstruktiver, mit Fantasie und vor allem mit unserem Know-how in die weitere Debatte und Entwicklung einbringen. Viele interessante Initiativen und Projekte gibt es schon, die gilt es zu unterstützen und zu vernetzen. Andere tun das schon seit Langem, gewinnen Terrain und schaffen Fakten – von Krankenkassen bis Pharmaindustrie. Gesundheitsapps sind hier nur die Spitze des Eisberges.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, bei kritischer Selbstbetrachtung dürfen wir sicherlich feststellen, dass wir Ärzte – bei allem berechtigten Selbstvertrauen – gelegentlich ein wenig zu sehr davon überzeugt sind, dass ohne uns im Gesundheitswesen nichts wirklich Wichtiges geschieht. Diese Vorstellung könnte am Ende trügerisch sein, wenn wir in wesentlichen Zukunftsfragen anderen zu große Teile des Spielfeldes überlassen. Richtig ist: Ohne uns und unsere ganz besonderen Fähigkeiten wird medizinische Versorgung auf dem modernsten Stand medizinischer Möglichkeiten auch künftig nicht funktionieren. Dazu gehört aber auch, dass wir uns dem Wandel stellen, dass wir ihn maßgeblich mitgestalten und dass wir diejenigen sind, die die technischen und medizinischen Möglichkeiten der Zukunft am besten beherrschen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zu diesen und zu anderen Themen freue ich mich auch weiterhin auf eine aufgeschlossene und spannende Debatte im Hartmannbund. Seien Sie dabei!

Dr. Klaus Reinhardt

„Gute Versorgung braucht **alle** Ärzte –
Gute Interessenvertretung auch!“

www.kv-wahlen-2016.de

Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTE.

Inhalt

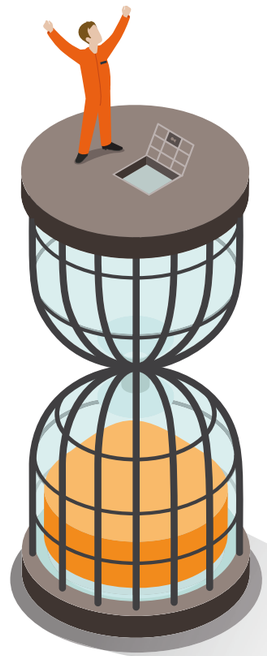


Foto: © sentavio/Fotolia

Raus aus der Arbeits(zeit)falle?!
Die Mehrzahl der Ärzte in Deutschland versorgt ihre Patienten unter erschwerten Arbeitsbedingungen. Leistungsverdichtung, Überstunden, Personalmangel und ein zu hoher Dokumentationsaufwand sind seit Jahren bestimmende Themen. Nach Lösungen wird gesucht, und an einigen Kliniken gibt es bereits vorzeigbare Ansätze. Schaut man zurück auf frühere ärztliche Arbeitswelten, stellt man fest, dass sich an der heutigen beruflichen Inanspruchnahme der Ärzte im Vergleich zu damals nicht viel geändert hat. Dabei sind Lösungen dringend notwendig – vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen und den immer lauter werdenden Rufen der Ärzte nach verlässlichen Arbeitszeiten. Die ärztliche Arbeitswelt braucht den Umbruch.

6

14 **Gastbeitrag**
Prof. Dr. Götz Mundle: Was brauchen Ärzte, damit sie gesund arbeiten können?

16 **Politik**
Was war? Was kommt noch? Gesundheitspolitische Gesetze der 18. Legislaturperiode

18 **Im Interview**
Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

20 **Niedergelassene Ärzte**
Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung

22 **Angestellte Ärzte**
Urlaubsregelung: Was muss beachtet werden?

24 **Assistenzärzte**
Bewerbungsprozess: Im Einzelfall sogar das Recht zur Lüge

Medizinstudierende 26
Endlich – BAföG-Erhöhung nach sechs Jahren Stillstand

28 **HB-Intern**
Blitzumfrage zum „MM2020“: Ambulante Pflicht im Praktischen Jahr wird abgelehnt

HB-Intern 31
KV-Wahlen: Erste Ergebnisse

32 **Service**
Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38

TITEL

Ärztliche Tätigkeit muss wieder mehr im Mittelpunkt stehen

Auf der Suche nach Wegen aus der Arbeits(zeit)falle

Leistungsverdichtung, Überstunden und Personalmangel sind für Ärzte in Deutschland seit Jahren bestimmende Themen. Viele Ärzte müssen unter schwierigen Arbeitsbedingungen ihre Patienten versorgen, leisten zu viele Stunden, zu viele Dienste und werden durch zu viel Dokumentation von ihrem eigentlichen ärztlichen Tun abgehalten. Aber auch andere Schlagwörter treffen auf die Berufsgruppe der Ärzte leider häufiger zu als auf andere Berufsgruppen: Schlafmangel sowie psychische Erkrankungen wie Depressionen und Burnout oder Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Wie entkommen aus der Arbeits(zeit)falle?

Sowohl die geltende EU-Arbeitszeitrichtlinie als auch das hierauf beruhende deutsche Arbeitszeitgesetz schreiben eine durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden vor – einschließlich Überstunden! Für die meisten Ärzte in Deutschland dürfte dies mehr Wunsch als Wirklichkeit sein. Zahlreiche Umfragen und Studien in den letzten Jahren haben ergeben, dass vor allem die Klinikärzte unter einer hohen Arbeitsbelastung leiden. Auch Hartmannbund-Mitglieder – unter ihnen regelmäßig sehr viele Assistenzärzte – berichten immer wieder, dass ihre wöchentliche Arbeitszeit (auch bereits zu Beginn der Weiterbildung) über der 48 Stunden-Grenze liegt, ohne das sie in das sogenannte Opt-out eingewilligt haben. Die Mehrzahl der Ärzte – auch Ärzte in Teilzeit – kann ihre Arbeitszeit nicht kalkulieren und scheitert demzufolge auch daran, das Privatleben, ob mit oder ohne Familie, verbindlich zu planen. Der Hartmannbund hat vor zwei Jahren seine Assistenzärzte gefragt, welche die Hauptursachen für unbefriedigende Arbeitsbedingungen an den Kliniken sind? 30 Prozent der Umfrageteilnehmer nannten die schlecht kalkulierbaren Arbeitszeiten. Bei bei 31 Prozent waren es unzureichende Organisationsstrukturen und bei 33 Prozent sogar die übermäßige Bürokratie.

Dokumentation ist ein großer „Zeitfresser“

Die Klage über zu viel Bürokratie kommt nicht von ungefähr. Vergleicht man den heutigen Dokumentationsaufwand mit dem in früheren Jahren, sind große Unterschiede festzustellen. An dieser Stelle drei Beispiele aus „Ärztliche Arbeitswelten – gestern und heute“, über die Sie auf den Seiten 10 bis 13 mehr erfahren können:

Dr. Rolf Eskuchen, Chirurg im Ruhestand aus Wilhelmshaven, dokumentierte in den 70er und 80er Jahren in der Klinik ca. 20 Minuten pro Tag. „Dokumentation war damals übersichtlich“, erinnert sich der 72-Jährige noch gut. Der Arzt habe angeordnet und die Schwester die Anordnungen abgearbeitet. Auch bei Dr. Marco Hensel, heute niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in der Nähe von Bautzen, fiel die Dokumentation zu Beginn seiner klinischen Tätigkeit im Jahr 1998 noch nicht so stark ins Gewicht. Es wurde zwar handschriftlich erfasst, aber sich dabei auf das Wesentliche konzentriert. Jede Station hatte eine Sekretärin. Abrechnungsprozesse wie heute habe es damals noch nicht gegeben.

Mittlerweile ist die Dokumentation zu einem echten Problem geworden – auch in der Niederlassung, sagt Dr. Hans-Jürgen Bickmann. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, niedergelassen in einer Siegener Praxisklinik, kommt auf mehr als drei Stunden Dokumentation am Tag. „Hier ist eine Parallelwelt zum ärztlichen Tun entstanden. Die Dokumentation nimmt an manchen Tagen mehr Zeit in Anspruch als meine ärztliche Tätigkeit.“

Auf ein ähnliches Ergebnis kam eine Studie der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen. An dieser haben die Frauenkliniken von vier Universitätskliniken (Erlangen, Düsseldorf, Ulm, Tübingen) sowie drei Krankenhäuser teilgenommen. Im Mittelpunkt der Studie stand die Versorgung von Brustkrebspatientinnen. Am Beispiel dieser Behandlung wurde untersucht, wie viel Zeit und finanzielle Ressourcen die Patientendokumentation tatsächlich bindet.

Das Ergebnis: Die Klinikärzte verbringen viel zu viel Zeit an ihrem Schreibtisch. Aufnahme- und Entlassgespräche werden dokumentiert, der Behandlungsverlauf in der Patientenakte notiert, Berichte verfasst oder Kassenanfragen beantwortet. „Von der Anamnese bis zum Ende der Nachsorge fallen für jede Patientin durchschnittlich 23 Stunden für die Dokumentation an“, bilanziert Studienleiter Prof. Dr. Michael P. Lux, Oberarzt an der Erlanger Frauenklinik. Entsprechend umfangreich seien die Dokumentationskosten, wobei diese an den Universitätskliniken auf Grund der Infrastruktur und der aufwendigen Teilnahme an medizinischen Studien besonders hoch seien. Ausnahme: Die Universitätsklinik Tübingen, die niedrigere Dokumentationskosten aufweist. Hier scheint sich nach Auswertung der Ergebnisse die Einführung einer elektronischen Patientenakte positiv ausgewirkt zu haben.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass eine große Diskrepanz zwischen dem Dokumentationsaufwand, welcher der sinnvollen medizinischen Qualitätssicherung dient, und den aktuell erforderlichen, sehr viel umfangreicheren Dokumentationspflichten, welche auch der medizinischen Qualitätssicherung, aber hauptsächlicher der rechtlichen Absicherung dienen, besteht. Die Studie habe gezeigt, dass die Reduktion des Dokumentationsaufwandes dringend notwendig ist, vor allem beim ärztlichen Personal. „Die Dokumentation sollten hauptsächlich nicht-ärztliche Berufsgruppen übernehmen wie zum Beispiel ausgebildete Dokumentationsassistenten“, so Lux. Es könne nicht sein, dass die teuerste Berufsgruppe im Gesundheitssystem dokumentiere. „Das ist Ressourcenverschwendung.“ Ebenso wichtig sei es, bundesweit ein einheitliches, interdisziplinär nutzbares Dokumentationssystem einzuführen, auf das alle an der Patientenversorgung mitwirkenden Berufsgruppen – auch die im ambulanten Sektor – Zugriff haben. Selbst Zahnärzte und Physiotherapeuten könnten den Gesundheitszustand der Patienten mitdokumentieren. Dies könne die Dokumentationsabläufe erheblich straffen. Bis dahin, so Lux, sei es allerdings ein weiter Weg, der maßgeblich von der Politik beschritten werden müsse.

Prozesse optimieren, um Freiräume zu gewinnen

Die Kliniken in Deutschland gehen derweil in kleineren Schritten voran wie das Beispiel der Universitätsmedizin Rostock zeigt. Hier orientiert man sich aktuell an Kliniken in den USA, die mit einem zentralen Patientenmanagement und dem Einsatz digitaler Medien bereits Erfahrungen gemacht haben. „In den letzten zehn bis 15 Jahren hat die Arbeitsverdichtung an den deutschen Kliniken deutlich zugenommen“, sagt Prof. Dr. Christian Schmidt, seit 2014 ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Rostock – mit 3.400 Mitarbeitern einer der größten Arbeitgeber in der Region. Die Bettenzahlen seien gesunken und die Fallzahlen gestiegen. In immer kürzerer Zeit müssten immer mehr Patienten in den Kliniken betreut und behandelt werden.

Um die Patientenströme effektiver zu steuern, die Stationsabläufe zu optimieren sowie die Ärzte und auch die Pflege zu entlasten, arbeiten die Rostocker wie die Vorbild gebenden US-Amerikaner ebenfalls an einem zentralen Patientenmanagement – seit Juli gibt es ein Pilotprojekt für das chirurgische Zentrum. In diesem werden alle Patientendaten elektronisch erfasst – von der Vorbereitung auf die Operation bis hin zu den Röntgenbildern. Auf die Daten kann mit Hilfe von Tablets auch während der Visite zugegriffen werden. „Die Amerikaner haben so etwa anderthalb Stunden pro Tag eingespart“, ist Schmidt zuversichtlich und plant, das zentrale Patientenmanagement 2017 am gesamten Universitätsklinikum Rostock einzuführen. Auch an der Umsetzung des Projekts „going mobile“ (Arbeit mit Tablets) wird intensiv gearbeitet.

„Die Arbeit an solchen Projekten setzt allerdings auch einen entsprechenden Reifegrad des Unternehmens und auch der Mitarbeiter voraus“, weiß Schmidt bereits aus früheren Tätigkeiten zu berichten. In seiner Zeit als Medizinischer Geschäftsführer der Kliniken der Stadt Köln habe er erkannt, dass die Arbeitsbedingungen auch an den Bedürfnissen der Mitarbeiter ausgerichtet werden müssen. In den Kölner Kliniken habe es deshalb bereits zu seiner Zeit zahlreiche Dienstmodelle gegeben, um die verschiedenen Lebensphasen der Ärzte zu berücksichtigen. Auch in der Rostocker Universitätsmedizin gibt es Arbeitszeitmodelle, viele Ärzte und auch einige Oberärzte arbeiten in Teilzeit. Jobsharingmodelle wie sie am Universitätsklinikum Heidelberg (s. Artikel auf der Seite 9) praktiziert werden, gibt es in Rostock noch nicht. Hier gebe es ebenso noch Entwicklungspotenzial wie bei der Prozessoptimierung.

Suche nach Lösungen noch lange nicht am Ende

Die beiden Beispiele – die Studie zum ärztlichen Dokumentationsaufwand in der Brustkrebsbehandlung und die Prozessoptimierung an der Universitätsmedizin Rostock – zeigen, dass Probleme der ärztlichen Tätigkeit wie zum Beispiel ein zu hoher Dokumentationsaufwand erkannt werden, es bei möglichen Lösungen vielerorts aber noch an der Umsetzung mangelt.

Insgesamt betrachtet tragen eine Vielzahl von zeitaufwändigen Vorgaben zur Dokumentation und nicht zuletzt die Qualitätsoffensive im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes aktuell nicht zu einem Bürokratieabbau bei. Ganz im Gegenteil: An vielen Stellen wurde erheblicher Mehraufwand für Ärzte und auch andere patientennahe Berufsgruppen geschaffen – zum Nachteil des Patientenwohls, aber auch zum Nachteil der Ärzte und der Pflege. Hinzu kommt an vielen Kliniken die permanente Verknappung finanzieller Ressourcen, was Personaleinsparungen, unterbesetzte Stationen, die Zunahme von Leistungserbringungen, größere Verantwortungsbereiche, das Arbeiten außerhalb der regulären Arbeitszeit, hohen Zeitdruck, mehr Überstunden, viele Dienste und auch fehlende Zeit für die Patienten zur Folge hat.

Bei der Suche nach Wegen aus der Arbeits(zeit)falle gilt: Wer lange genug nach Lösungen sucht, wird am Ende auch erfolgreich sein. Dass es geht, beweisen bereits viele Best-practice-Vorbilder wie zum Beispiel das Jobsharing-Modell der beiden Oberärztinnen auf der Seite 9.

Foto: © goir/Fotolia

„Augen zu und durch“ gilt leider zu oft auch noch heute

Riskiert man einen Blick zurück – zum Beispiel in die 80er und 90er Jahre (s. auch „Ärztliche Arbeitswelten – gestern und heute“, Seiten 10-13) –, dann stellt man fest, dass sich an der beruflichen Inanspruchnahme der Ärzte im Vergleich zu heute nicht viel geändert hat. Überstunden waren damals wie heute ein bestimmendes Thema. Früher hieß es „Augen zu und durch“, wollte man eine gute Weiterbildung absolvieren und Karriere an der Klinik machen. Dafür wurden – oft auch klaglos – unzählige Überstunden sowie Nacht- und Wochenenddienste in Kauf genommen.

Auch heute stimmen die realen und gesetzlich zulässigen Zeiten – trotz Arbeitszeitgesetz – an vielen ärztlichen Arbeitsplätzen nicht überein, und fehlt der Mehrzahl der Ärzte die gewünschte ausgewogene Balance zwischen Arbeit und Freizeit. Ausufernde Arbeitszeiten, ob durch zu hohen Bürokratieaufwand oder Personalmangel, sind an vielen Kliniken noch immer die Regel. Diese klinische Arbeitswelt bleibt nicht ohne Folge für die Beschäftigten. So haben Screeninguntersuchungen zur Ärztegesundheit ergeben, dass Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen häufiger von psychischen Erkrankungen wie Burnout und Depressionen sowie dem Missbrauch beziehungsweise der Abhängigkeit von Substanzen betroffen sind als andere Berufsgruppen (mehr im Gastbeitrag „Was brauchen Ärzte, damit sie gesund arbeiten können?“ auf den Seiten 14/15).

Der Widerstand der Ärzte wächst

Immerhin: Im Gegensatz zu damals ist die Stimme der Ärzte lauter geworden. Vor allem die jüngere Ärztegeneration – auch aus den Reihen des Hartmannbundes – hat sich ein gewisses Standing erkämpft und pocht immer vehementer auf bessere Arbeitsbedingungen an den Kliniken, die Dokumentation und Vergütung der gesamten Arbeitszeit, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, flexiblere Arbeitsmodelle und flachere Hierarchien. Vor allem vor dem Hintergrund des aktuellen Ärztemangels – hier insbesondere in strukturschwächeren Regionen – wird an vielen Krankenhäusern bereits intensiv darüber nachgedacht, wie die Arbeitsbedingungen für Ärzte attraktiver gestaltet werden können.

„Die Situation der heutigen Ärzte ist besser als früher. Sie können sich ihre Arbeitsstelle und Chefs aussuchen“, glaubt Dr. Christian Hönemann, seit Juli Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin an der Klinik Leer. Er weiß um die Situation vieler Häuser, die regelmäßig ärztliches Personal suchen. Gerade hier können Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden oder diese einfordern. Dafür zu sorgen, dass Ärzte ein ansprechendes Arbeitsumfeld haben, ist Hönemann seit Jahren ein Anliegen. Auch während seiner 13-jährigen Chefarztzeit im St. Marienhospital in Vechta habe er sich dafür stark gemacht, dass die Arbeitszeiten stimmen, flexible Arbeitszeitmodelle für Frauen wie Männer eingeführt werden, auch schwangere Ärztinnen arbeiten dürfen, flache Hierarchien vorherrschen und Gespräche auf Augenhöhe stattfinden.

Arbeiten 4.0 – Zukunft der Arbeit

Die Bedürfnisse und Wünsche der jungen Ärzte von heute passen gut zur aktuellen Suche der Bundespolitik – federführend durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales – nach einem neuen Leitbild von Arbeit sowie neuen Perspektiven und Gestaltungschancen für die Arbeitswelt der Zukunft.

Unter dem Arbeitstitel „Arbeiten 4.0 – Zukunft der Arbeit“ wird derzeit intensiv darüber nachgedacht (und an einem entsprechenden „Weißbuch Arbeiten 4.0“ gearbeitet), wie vor dem Hintergrund aktueller technologischer Trends, der weltweiten digitalen Vernetzung sowie gesellschaftlicher Entwicklungen und Veränderungen am Arbeitsmarkt die Zukunft der Arbeit aussehen kann bzw. muss. Dabei fallen Stichworte wie „flexible Arbeitsorte“, „mobile Arbeit“, „Individualisierung der Arbeitszeiten“, „Selbstverwirklichung“, „Gestaltungschancen“, „Lebensqualität“, „Solidargemeinschaft“, „Wertschätzung erfahren“ oder „Sinnsuche“.

Den Ärzten – insbesondere den jungen – genügt es fürs Erste ganz sicher, dass sie innerhalb der Vorgaben des geltenden Arbeitszeitgesetzes arbeiten können. Die Planbarkeit und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitszeit ist dabei ebenso von maßgeblicher Bedeutung wie der Wunsch danach, mehrheitlich wieder das tun zu dürfen, wofür Ärzte ausgebildet werden, nämlich ärztlich tätig zu sein. Die Schere zwischen dem „Was soll sein“ und dem „Was ist“ klafft aktuell leider noch zu weit auseinander. *(DA)*

Prof. Dr. Christian Schmidt ist ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Rostock.

Prof. Dr. Michael P. Lux ist Oberarzt an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen.

Dr. Christian Hönemann ist Chefarzt für Anästhesie und Intensivmedizin am Klinkum Leer.

Informationen zum Arbeitsrecht

Das Arbeitsrecht und seine Umsetzung ist an deutschen Krankenhäusern häufig mit Problemen behaftet. Zu diesem und vielen anderen Themen bietet der Hartmannbund seinen Mitgliedern rechtliche Beratung sowie zahlreiche Merkblätter. In diesen finden Sie unter anderem Informationen zum Arbeitszeitgesetz, zur Opt-out-Regelung, zur Abgrenzung zwischen Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, Überlastungsanzeige, Informations- und Aufklärungspflichten, Mutterschutz, Elternzeit, Zeugniskriterien und vieles mehr. Die Rechtsabteilung des Hartmannbundes erreichen Sie unter Tel.: 030 206 208-58 oder per E-Mail unter recht@hartmannbund.de.

Zwei Oberärztinnen teilen sich eine Stelle?

Keine Zukunftsmusik mehr, sondern bereits gelebte Realität!

„Zwei Frauen, eine Stelle“ titelte „Zeit Online“ in einem Artikel vom Mai 2015. Hinter der Geschichte steckten zwei Ärztinnen, die sich in der Psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik Heidelberg eine Oberarztstelle teilten. Bundesweit noch eine Arbeitsform mit Seltenheitswert, doch bis heute wird dieses Jobsharing-Modell in Heidelberg erfolgreich praktiziert.

Dies gleich vorweg: Es handelt sich hierbei nicht um ein Programm, das Mütter nach ihrer Elternzeit wieder in den Arbeitsprozess eingliedern soll, sondern um zwei hoch qualifizierte Ärztinnen, die trotz Teilzeit eine Leitungsfunktion übernehmen wollten und dies auch konnten – Dank der Unterstützung des eigenen Chefs.

Prof. Dr. Wolfgang Herzog, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg, zu der die Psychosomatische Ambulanz gehört, kam sogar selbst auf die Idee, eine der Oberarztstellen für zwei in Teilzeit arbeitende Ärztinnen zu teilen. Auch bei den Assistenzärztinnen gibt es derzeit zwei Stellen, die sich jeweils zwei Ärztinnen teilen. „Diese Jobsharing-Modelle bieten wir an unserer Klinik seit mittlerweile fünf Jahren an, und es läuft ausgezeichnet“, ist Wolfgang Herzog bis heute von der Idee überzeugt. Eingeführt hatte er die Jobsharingmodelle, um die Kontinuität auf der Station aufrechtzuerhalten und die hochqualifizierten Ärztinnen, die eine Familie gründen wollten, in der Klinik zu halten anstatt neue Mitarbeiter einarbeiten zu müssen.

Ein Glücksfall für Dr. Miriam Komo-Lang, die von Wolfgang Herzog als erste das Angebot erhielt, sich mit einer zweiten Ärztin eine Oberarztstelle zu teilen. Damals war es noch eine andere Kollegin, die mittlerweile eine Vollzeitstelle als Oberärztin angenommen hat. Seit einem Jahr besteht das Oberarztteam aus Dr. Miriam Komo-Lang – 36 Jahre alt, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Mutter zweier Kinder (drei und sechs Jahre alt) – und Dr. Katharina Bednarz – 47 Jahre alt, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Mutter zweier Kinder (sechs und acht Jahre alt). Die Oberärztinnen arbeiten 70 bzw. 60 Prozent. Beide haben einen Tag in der Woche frei; die eine arbeitet drei volle Tage und einen halben Tag in einem anderen Bereich; die andere arbeitet zwei ganze und zwei halbe Tage. Nachtdienste werden über eine Rufbereitschaft abgedeckt – ein Vorteil in der Psychosomatischen Ambulanz, die keine eigenen Betten zu betreuen hat. Am Dienstagvormittag nehmen beide Oberärztinnen an der Abteilungsleiterbesprechung der Klinik teil und besprechen sich gemeinsam mit ihrem eigenen Team, das aus Assistenzärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Hilfskräften besteht. Es gibt eine Übergabe pro Woche. Wenn eine Urlaub hat, übernimmt die andere die Stelle voll, wenn eine auf Grund von Krankheit ausfällt, ebenso.

Miriam Komo-Lang (links) und Katharina Bednarz teilen sich in der Psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik Heidelberg eine Oberarztstelle. Beide können damit trotz Teilzeit Karriere machen. Foto: Rinderspacher

„Das setzt eine große Flexibilität voraus, die mit Kindern durchaus eine große Herausforderung darstellen kann“, so Katharina Bednarz. In diesen Fällen sei man auf das gesamte Team angewiesen. „Wir versuchen unsere Arbeit komplett allein zu stemmen, aber manchmal brauchen wir bei gelegentlichen Engpässen kollegiale Unterstützung“, erklärt die 47-Jährige.

„Die Station muss zuverlässig laufen und die Dienstpläne müssen funktionieren“, lautet die Devise des Chefs Herzog, der Wert darauf legt, dass alle Mitarbeiter akzeptieren, dass es flexible Arbeitsmodelle gibt und geben muss. Die Arbeitswelt habe sich verändert, früher gab es Ganztagsstellen und sonst nichts. Heute müsse auf die veränderten Bedingungen eingegangen werden, vor allem in Fächern, in denen viele Frauen arbeiten. Herzog: „Soll aber nicht heißen, dass nur die Kinderlosen in die Ambulanzen und Dienste geschickt werden. Es handelt sich nicht um eine reine Wunschveranstaltung, selbstverständlich muss auch Mehrarbeit in Kauf genommen werden.“

Das haben auch die beiden Oberärztinnen akzeptiert. „Es ist unser Laden, für den wir verantwortlich sind“, sagt Miriam Komo-Lang, wirft aber auch ein, dass ein solches Modell von beiden Protagonistinnen eine Menge abverlange. „Es funktioniert nur dann, wenn beiden klar ist, dass wir zu zweit sind. Keine darf das Gefühl haben, mehr zu geben als die andere. Eine allein kann sich nicht profilieren, sondern beide müssen sich gegenüber der anderen solidarisch verhalten.“ Vor diesem Hintergrund müsse viel gesprochen und besprochen werden. „Man muss nicht befreundet sein, aber man muss sich verstehen, verhandeln können und kompromissbereit sein. Die Arbeit muss organisiert werden“, ergänzt Katharina Bednarz.

Beide Ärztinnen wissen, dass ihr Jobsharing-Modell deutschlandweit noch Seltenheitswert hat. Eigentlich seien beide immer davon ausgegangen: Kinder und Teilzeit schließen eine Klinikkarriere aus. Zum Glück kam alles anders. Ob sie sich später vorstellen können, Vollzeit zu arbeiten? Warum nicht. Wenn die Kinder größer sind, werden beide darüber nachdenken. Aber vielleicht machen sie auch so weiter, wenn sie dürfen. *(DA)*

TITEL

Ärztliche Arbeitswelten – gestern und heute

Wie sich die ärztlichen Arbeitswelten in den vergangenen Jahrzehnten und Jahrhunderten entwickelt haben, zeigen sehr eindrucksvoll die Bilder in der Filmrolle – einen Blick zurück ermöglichen die Bilder der Charité (Bilder 1-8). Einen Blick in die heutige Arbeitswelt ermöglicht die Universitätsklinik Heidelberg (Bilder 9-12).

Deutschland im 19. Jahrhundert: Der Kliniker Ernst von Leyden (Mitte) bei einer Visite am Krankenbett in der 1. Inneren Klinik der Charité.

Untersuchung eines Säuglings, der vor über 100 Jahren – im Jahr 1912 – geboren wurde. Die Aufnahme entstand in der Kinderklinik der Charité.

Ärztliche Untersuchung durch den Berliner Internisten Gustav von Bergmann während einer Visite – 2. Medizinische Klinik der Charité. Undatierte Aufnahme.

Untersuchung von Präparaten im Klinischen Institut für Geburtshilfe der Charité. Aufnahme zwischen den Jahren 1912 und 1932.

Arzt und Schwester beim Verbinden eines Patienten auf einer Fahrtrage. Hierbei handelt es sich um eine undatierte Aufnahme aus Berlin.

Arzt vor einem Röntgenbild aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité. Die Aufnahme stammt aus dem Jahr 1952.

Die ärztliche Arbeitswelt hat sich stark gewandelt – hinsichtlich der Hilfsmittel, Technologien und auch der ärztlichen Tätigkeit. Die war zu Beginn der Industrialisierung anders als zu Zeiten der Massenproduktion oder Ende des 20. Jahrhunderts. An dieser Stelle lassen wir Ärzte unterschiedlicher Generationen zu Wort kommen, wie diese ihre Arbeitswelten erlebt haben bzw. noch erleben.

Dr. Rolf Eskuchen blickt auf eine fast 40-jährige ärztliche Tätigkeit als Chirurg zurück – von 1973 bis 1984 in norddeutschen Kliniken und danach bis 2011 in der Niederlassung. Vier Jahrzehnte, in denen der heute 72-Jährige sehr viel gearbeitet hat.

Arbeiten in der Klinik: In die Weiterbildung startete Rolf Eskuchen mit einer 45 Stunden-Woche – allerdings nur auf dem Papier. „Dazu kamen die Dienste. Zehn Nachtdienste im Monat waren normal, ich hatte aber häufig 15, plus drei Wochenenddienste in zwei Monaten. Ein Privatleben gab es da nicht.“ Er kam regelmäßig spät oder gar nicht nach Hause, seine Kinder sahen ihn selten und die Urlaubsplanung war oft vage. Wenn der Chefarzt entschied Ferien zu machen, mussten die Oberärzte – unter ihnen später auch Rolf Eskuchen – trotz geplantem Urlaub zurückstecken. Immerhin: Die Dienste wurden finanziell ausgeglichen. „Die soziale Sicherheit war gegeben, aber man hatte keine sozialen Beziehungen, weil man immer im Dienst war.“ Arbeitszeitmodelle wie heute gab es nicht.

„Zehn Nachtdienste im Monat waren normal, ich hatte aber häufig 15, plus drei Wochenenddienste in zwei Monaten.“

Auch die Hierarchieebenen waren klar. „Oben tritt unten.“ Frauen hatten es besonders schwer. Unter vielen Chirurgen gab es ein klares Bild: „KKK – Kinder, Küche, Kirche“, erinnert sich Rolf Eskuchen ungern an den Umgang mit den Ärztinnen. Die Kliniken wurden von Chefärzten geleitet, die Verwaltung kümmerte sich um die Buchhaltung. Betriebswirtschaft war noch ein Fremdwort. „Aber man musste sich als junger Arzt nicht alles gefallen lassen. Wenn man Chirurg werden wollte, musste man sich der Diskussion mit dem Chef stellen, auch schon als Kleinster.“ Die Weiterbildung war weitgehend unstrukturiert, die Assistenzärzte waren vielfach auf sich gestellt und es war deren persönlicher Initiative überlassen, zu lernen und weiterzukommen. Das Wort Weiterbildungscurriculum habe es damals nicht gegeben. „Im Nacht- und Notdienst waren wir gelegentlich 'Autodidakten' und freuten uns, wenn ein erfahrener Krankenpfleger oder eine erfahrene Krankenschwester zur Seite war. Ich habe mehrere Kollegen erlebt, die daran gescheitert sind – beruflich, menschlich und sozial.“

Wie lief es mit der Dokumentation? Die war in den 70er/80er Jahren übersichtlich. Die Patienten wurden „...über die Gefahren und Risiken des geplanten Eingriffs...“ aufgeklärt, der Arzt unterschrieb, der Patient nickte und los ging es. Rolf Eskuchen dokumentierte in der Klinik ca. 20 Minuten am Tag. Der Arzt ordnete an und die Schwester arbeitete den Laufzettel ab. Besonders nervig: „Wir waren ständig auf der Suche nach den Röntgenbildern.“ Schlecht war auch, dass der Hausarzt nichts an die Hand bekam, außer: „OP war ok? Ja, war ok!“ Und die technische Ausstattung? In den 80er Jahren gab es Lochkarten, ein Karteiwesen, Wachstationen anstatt hochgerüstete Intensivstationen und keinen Ultraschall. Die Röntgengeräte strahlten noch ab. Nicht nur die Patienten waren betroffen.

Arbeiten in der Niederlassung: 1984 ließ sich Rolf Eskuchen als Chirurg (Unfallchirurgie, Durchgangsarzt) in Wilhelmshaven nieder. Auch hier waren die Arbeitszeiten mit dem Privatleben nicht vereinbar. Praxiszeit: Montag bis Freitag 8-20 Uhr, Samstag 8-12 Uhr. Erst 1992, mit der Entscheidung, die Einzel- in eine Gemeinschaftspraxis (Bestellpraxis) umzuwandeln, wurde es besser. Seitdem waren zwei Nachmittage pro Woche frei.

Rolf Eskuchen vor seiner Praxis in Wilhelmshaven. Anfang 2011 schied er aus der Gemeinschaftspraxis aus.

Fazit: Auch wenn der Arbeitsumfang groß und die -modelle nicht gut waren, würde Rolf Eskuchen wieder Arzt werden. Den jungen Kollegen gibt er mit auf den Weg: „Die Freude am Beruf muss da sein, dann kann man auch mal eine Stunde länger arbeiten.“

Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann arbeitet seit 1991 als niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Siegen. Er erlangte 1981 (nach Medizinstudium und vorangegangenem Philosophiestudium) seine ärztliche Approbation und arbeitete viele Jahre an der Frauenklinik des Klinikums Krefeld.

Arbeiten in der Klinik: Für zehn Jahre war die Krefelder Frauenklinik die Arbeitsstätte von Hans-Jürgen Bickmann. In seiner Weiterbildungszeit arbeiteten dort 25 Assistenzärzte, die auf die Dienste aufgeteilt wurden. „Dabei spielte keine Rolle, was man vorhatte.“ Damals gab es noch kein Arbeitszeitgesetz, und so waren zwei bis drei Dienste pro Woche plus regelmäßige Wochenenddienste normal. „Ich fand die Dienste aber nicht schrecklich, denn erstens konnte man in diesen Diensten sehr viel lernen, vor allem auch das selbständige Arbeiten, und zweitens wurden diese Dienste angemessen vergütet, die Bezahlung folgte der Mehrarbeit eins zu eins, sodass sich gelegentlich das Grundgehalt verdreifachte.“ Der große Nachteil: Ein Privatleben gab es so gut wie nicht. Hans-Jürgen Bickmann war selten zu Hause, um die Zeit mit Frau und zwei kleinen Töchtern zu verbringen. Und wollte man forschen, ging auch das nur nach der Arbeit.

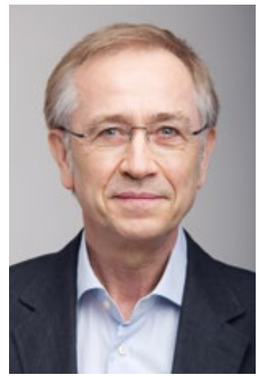
„Die Arbeitsbelastung in der Niederlassung war noch größer. 80 Stunden-Wochen waren Alltag.“

Die 80er Jahre waren nicht einfach. Damals gab es nicht für alle Ärzte eine Stelle. Es soll Ärzte gegeben haben, die umsonst gearbeitet haben. Und andere haben ihre Haftpflichtversicherung selbst bezahlt, erinnert sich Hans-Jürgen Bickmann, der 1986 seinen Facharzt in der Tasche hatte und die Karriereleiter hoch kletterte. Trotz Oberarztstelle zog es ihn dann in die Niederlassung.

Arbeiten in der Niederlassung: Seit 1991 ist Hans-Jürgen Bickmann niedergelassener Frauenarzt und tauchte in eine, wie er sagt, „völlig andere Welt“ ein. Er war bis 1993 Belegarzt an einer Frauenklinik in Siegen, gründete dort 1993 eine Tagesfrauenklinik und war 2002 Mitbegründer der Praxisklinik, in der er noch heute praktiziert. „Die Arbeitsbelastung in der Niederlassung war noch größer. 80 Stunden-Wochen waren Alltag.“ So viel arbeitet er heute nicht mehr (im Schnitt 50 bis 60 Stunden), dafür sind andere Komponenten hinzugekommen, die ihn von seinem ärztlichen Tun abhalten. „Der Großteil meiner ärztlichen Tätigkeit besteht darin zu verhindern, dass ich rechtlich belangt werde.“ Anfang der 90er Jahre wurden die Patienten beraten und die Beratungsgespräche schriftlich festgehalten. Heute muss jedes Gespräch, jede ärztliche Entscheidung, jede ärztliche Handlung, ist sie auch noch so unbedeutend, dokumentiert werden. Und das zeitnah, um ja nichts Entscheidendes zu vergessen. Insgesamt kommt Hans-Jürgen Bickmann auf mehr als drei Stunden Dokumentation am Tag. „Hier ist eine Parallelwelt zum ärztlichen Tun entstanden. Die Dokumentation nimmt mehr Zeit in Anspruch als meine ärztliche Tätigkeit.“

Was wünscht er sich für die Zukunft? Dass sich seine große Sorge nicht bestätigt und ärztliches Tun immer mehr eingeengt wird durch Verrechtlichung und Qualitätssicherung und am Ende eine „Kochbuchmedizin“ übrigbleibt. Die Innovation bleibt hier auf der Strecke, die Ärzte tun nur noch das, was in den Büchern steht. Mit selbständigem ärztlichem Tun habe das nichts mehr zu tun.

Fazit: „So wie wir früher gearbeitet haben, würden Assistenzärzte von heute nicht mehr mitmachen.“ Wäre Hans-Jürgen Bickmann unter den aktuellen Arbeitsbedingungen an einem Krankenhaus tätig – ohne finanziellen oder zeitlichen Ausgleich von Mehrarbeit – „würde ich das auch nicht mehr machen wollen“.



Hans-Jürgen Bickmann ist seit 1991 niedergelassener Frauenarzt in Siegen. Am meisten stört ihn an seiner ärztlichen Tätigkeit, dass er mehr als drei Stunden am Tag mit der Dokumentation beschäftigt ist.

Bilder in der Filmrolle: 1 bis 8 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Bilder 9 bis 12 Universitätsklinikum Heidelberg

TITEL

Dr. Marco Hensel erhielt 1998 seine Approbation und ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Nach 14 Jahren an Kliniken in Dresden und Umgebung wechselte er 2012 in die Niederlassung. Der 46-Jährige praktiziert in der Nähe von Bautzen.

Arbeiten in der Klinik: Marco Hensel absolvierte seine Weiterbildung in einer Zeit, in der es noch den Arzt im Praktikum gab. Standort: Universitätsklinik Dresden. Die Arbeitszeit betrug regulär 40 Stunden in der Woche, hinzu kamen sechs bis sieben Präsenz- und bis zu zwei Wochenenddienste im Monat. „Wir haben viel gearbeitet, hatten aber trotzdem relativ pünktlich Feierabend“, erinnert sich Marco Hensel an einen Chef, der seinen Mitarbeitern gute Arbeitsbedingungen ermöglichen wollte. Was damals keineswegs üblich war: Alle Assistenzärzte in der Abteilung bekamen einen Fünf-Jahres-Vertrag.

Marco Hensel ist seit 2012 Chef seiner eigenen Praxis in Löbau bei Bautzen.

Die Arbeitsbedingungen änderten sich, als der alte Chef in Rente ging und ein neuer kam. „Die Arbeit verdichtete sich, wir haben 60 bis 70 Stunden pro Woche gearbeitet, waren weniger Leute und es wurde eine Opt-out-Regelung eingeführt.“ Was noch nicht so stark ins Gewicht fiel, war die Dokumentation. Alles wurde handschriftlich erfasst, aber es wurde sich aufs Wesentliche konzentriert. Jede Station hatte eine Sekretärin. Abrechnungsprozesse wie heute gab es noch nicht. Rückblickend sieht Marco Hensel seine Kliniktätigkeit als Gewinn an. „Ich habe viel gearbeitet, aber es war eine Ehre, an einer Uniklinik arbeiten zu dürfen. Die Hierarchie war nicht schlimm, sondern sorgte dafür, dass sehr strukturiert gearbeitet wurde.“

Arbeiten in der Niederlassung: Das strukturierte Arbeiten kommt Marco Hensel heute in seiner Einzelpraxis zugute. Standort: Löbau bei Bautzen. Die Arbeitszeit beträgt 50 bis 55 Stunden in der Woche. „Dieses Arbeitspensum reicht mir aus. Weil ich ein Einzelbetrieb bin, arbeite ich immer unter höchster Anspannung. Mehr sollte es deshalb nicht sein“, hat sich Marco Hensel Grenzen gesetzt – auch, um sich um seine Familie (Frau und vier Kinder) kümmern zu können. Jetzt – im fünften Jahr nach seiner Praxisgründung – wünscht sich Marco Hensel noch mehr Zeit für seine Patienten. „Da ich wenige Privatpatienten habe, muss ich mehr Patienten intensiver und schneller behandeln.“ Das wurmt Marcco Hensel, aber er hat die Veränderungen auch selbst in der Hand – vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen. Hier sieht er noch viel Verbesserungsbedarf, allein, wenn er an die zunehmende Dokumentation oder die Erstellung von Gutachten denkt.

„Mehrarbeit während der Karriereplanung ist nicht schlimm, sollte aber nicht zur Normalität werden.“

Fazit: Mehrarbeit ist in der Phase der Weiterbildung und Karriereplanung nicht schlimm, sollte aber nicht zur Normalität werden und muss vergütet werden. In der Niederlassung kann der Arzt freier entscheiden, hat aber auch mehr Verantwortung.

Antonia Stahl ist Assistenzärztin und absolviert ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Nach ihrem Medizinstudium an der Charité zog die 29-Jährige nach Falkensee, eine kleine brandenburgische Stadt westlich von Berlin, um dort ambulant tätig zu sein.

Arbeiten in der Niederlassung: Warum gerade eine Weiterbildung in der ambulanten Versorgung? „Hier finde ich noch mein Bild vom Arzt, wie ich es kenne. Die Arbeitsbedingungen sind sehr gut. Die Teams sind klein, die Hierarchien flach. Ich arbeite im Schnitt 40 Stunden in der Woche. Und das Gehalt ist mittlerweile auch in Ordnung“, spricht Antonia Stahl damit die gerade erst erfolgte Erhöhung der Vergütung für angehende Allgemeinmediziner in der ambulanten Versorgung an. Seit dem 1. Juli werden 4.800 Euro brutto im Monat gezahlt. Mit ihren Kollegen in den Kliniken möchte die Assistenzärztin nicht tauschen. „Ich arbeite lieber ohne diesen ständigen Druck und die riesigen Verwaltungsapparate, kann mich individuell entfalten und habe flexible Arbeitszeiten.“

„Ich arbeite 40 Stunden pro Woche, kann aber auch mal 60 Stunden arbeiten, wenn ich dafür entschädigt werde.“

Wie flexibel die sind, beweisen die bisher vier Stationen ihrer Weiterbildung. In der ersten Weiterbildungsstation – einer Hausarztpraxis – fielen pro Woche 25 bis 30 Sprechstunden an plus eine Stunde pro Tag für Vor- und Nacharbeit sowie in der Regel zwei bis drei Hausbesuche, die für Antonia Stahl aber keine Pflicht waren. Die Arbeitszeiten in den folgenden Praxen – Chirurgie, Kinderheilkunde und Innere Medizin – waren ähnlich. Auch wenn Dienste für Antonia Stahl keine Pflicht sind, übernimmt sie diese gerne freiwillig – in der Regel zwei Bereitschaftsdienste pro Woche. „Ich habe kein Problem damit, auch mal 60 Stunden in der Woche zu arbeiten, weil ich viel lernen kann, neue Patienten kennenlerne und mir die gesammelten Erfahrungen dabei helfen, in meiner Arbeit sicherer zu werden.“ Aber für ihre Mehrarbeit möchte sie auch entschädigt werden, was bei ihr der Fall ist.

Antonia Stahl absolviert aktuell eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Die 29-Jährige fühlt sich in der ambulanten Versorgung wohl.

Was ihr in der Niederlassung auch gut gefällt, ist die Anerkennung im Team sowie der Patienten. „Ich habe mich hier bisher nie als Assistenzärztin gefühlt, sondern immer als Ärztin.“ Dieses Vertrauen in ihre Person gibt sie gerne zurück, hilft auch mal außer der Reihe und gibt dem einen oder anderen Patienten für den Notfall auch schon mal ihre private Telefonnummer.

Nach ihrer Weiterbildung möchte sie erst einmal angestellt bleiben. Aber ihr Ziel ist die Niederlassung – am liebsten in einer Gemeinschaftspraxis. Und wenn sie – aus welchen Gründen auch immer – Teilzeit arbeiten möchte, ist das in der Niederlassung auch kein Problem, ob angestellt oder niedergelassen.

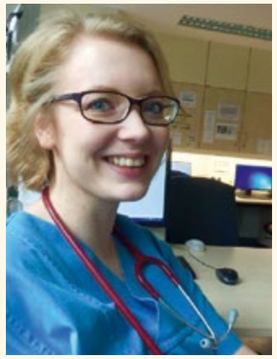
Fazit: Wenn Antonia Stahl noch einmal entscheiden müsste, würde sie den Weg genauso wieder gehen. Und sie würde jedem, der sich später niederlassen möchte, empfehlen, als Assistenzarzt eine Zeit in der ambulanten Versorgung zu arbeiten. *(DA)*

Johanna Diekmann ist Medizinstudentin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die 26-Jährige absolviert aktuell ihr letztes PJ-Tertial und beendet ihr Studium – wenn alles gut verläuft – im November.

Wie waren die Bedingungen? Ihr Chirurgie-Tertial absolvierte sie in einer Klinik in Vechta: kleines Team, wenige Ärzte, hohe Anwesenheitspflicht. „Die Arbeit erforderte eine hohe Flexibilität und die Bereitschaft, dort einzuspringen, wo Bedarf war – oft auch über die Kernarbeitszeit hinaus. Die Ärzte arbeiteten regelmäßig mit einem sehr hohen zeitlichen Einsatz.“ Dies gilt für die Ärzte in Vechta und auch an der MHH, wo Johanna Diekmann ihr zweites PJ-Tertial (Intensiv/Onkologie) absolviert hat. Aktuell läuft das 3. Tertial (Radiologie), wo sie angenehmere Arbeitsbedingungen vorgefunden hat.

„Ich möchte mich später als Ärztin frei entfalten können. Überstunden sind okay, sollten aber vergütet werden.“

Wie möchte sie später arbeiten? „Die Arbeitszeit ist mir wichtig. Ich würde mir wünschen, dass sich die Anzahl der Überstunden, Wochenend- und Rufdienste im Rahmen halten, sodass neben der Arbeit noch genügend Zeit für Privates bleibt. Ein paar Überstunden sind in Ordnung, aber für Mehrleistung sollte man entlohnt werden.“ Sie sei auch bereit, länger zu bleiben, wenn sie im Gegenzug eine gute Ausbildung erhält. Für die Chirurgie wird sie sich, trotz guter Betreuung im PJ, unter anderem aufgrund der wenig planbaren Arbeitszeiten nicht entscheiden. Arbeitszeitmodelle wie Jobsharing, flache Hierarchien, interdisziplinäres Arbeiten und weniger Dokumentation gehören ebenfalls zu den Wünschen für ihren künftigen Arbeitsplatz. Und die Wissenschaft darf auch nicht zu kurz kommen.



Johanna Diekmann absolviert aktuell ihr PJ. Sie studiert bis zum Herbst in Hannover und möchte danach gerne auch wissenschaftlich arbeiten.

Untersuchung und Behandlung Lithostar. Die undatierte Aufnahme (vermutlich 80er Jahre) entstand in der Radiologie/Strahlenmedizin der Charité.

Arzt und Patient bei der Vorbereitung der Untersuchung im Computertomograph – Radiologie/Strahlenmedizin der Charité. Aufnahme undatiert.

Vorbereitung eines Patienten für eine Untersuchung mit dem neuen 3 Tesla-MRT-Gerät (Universitätsklinikum Heidelberg). Aufnahme aus dem Jahr 2016.

Die hochspezialisierte Intensivstation der neuen Thoraxklinik in Heidelberg (mit insgesamt 16 Betten). Aufnahme aus dem Jahr 2015.

Behandlungsräume mit modernster technischer Ausstattung: röntgengesteuerte Bronchoskopie (Universitätsklinikum Heidelberg). Aufnahme aus 2015.

Vollautomatisierte Laborstraße für Patienten-Screening und mikrobiologische Diagnostik (Universitätsklinikum Heidelberg). Aufnahme aus dem Jahr 2016.

Ärztliche Arbeitswelten – gestern und heute

GASTBEITRAG

Gastbeitrag von Prof. Dr. Götz Mundle

Was brauchen Ärzte, damit sie gesund arbeiten können?

Im Vergleich zur Allgemein- oder Arbeitsbevölkerung sind Ärzte in Deutschland häufiger von psychischen Erkrankungen wie Burnout-Syndromen, Depressionen oder Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen. Kostendruck und Fließbandmedizin sorgen nicht dafür, dass es besser wird.

Der Arbeitsalltag von Ärzten ist geprägt durch zahlreiche Stressoren und damit verbundenen Herausforderungen. Das Spektrum umfasst strukturelle Faktoren bedingt durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit Arbeitsverdichtung, langen Arbeitszeiten, Überstunden und zunehmenden Verwaltungstätigkeiten sowie emotionale Herausforderungen im direkten Arzt-Patientenkontakt, geprägt von medizinischen Möglichkeiten, Wünschen der Patienten und internalisierten Idealbildern. Hinzu kommen daraus resultierende physische Belastungen bedingt durch Schlafmangel, chronischen Stress oder auch eigene Erkrankungen.

In diesem Arbeitsumfeld mit komplexen äußeren und inneren Ansprüchen gesund zu arbeiten und eigene Ideale sowie Wertvorstellungen umzusetzen, stellt eine tägliche Herausforderung, an manchen Tagen auch eine Überforderung dar.

Dass für manche Ärzte aus einer chronischen Überforderung auch relevante psychische Belastungen folgen können, belegen in Deutschland durchgeführte Studien zur Ärztegesundheit. Im Vergleich zur Allgemein- oder Arbeitsbevölkerung sind Ärzte in Deutschland häufiger von psychischen Erkrankungen wie Burnout-Syndromen, Depressionen oder Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen. Bei Screeninguntersuchungen wiesen über 30 Prozent der befragten Ärzte erhöhte Burnout-Werte, über 20 Prozent erhöhte Depressionswerte und bis zu 20 Prozent der befragten Ärzte einen erhöhten Substanzkonsum auf (Unrath, Hessisches Ärzteblatt 2013).

Faktoren für gesundes Arbeiten im „Kranken“-Haus

In dem Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Wertewelten Arbeiten 4.0“ werden als relevante Wertefaktoren für ein gesundes Arbeiten ein komplexes Gebilde aus den Themen Sinnstiftung, Sorgenfreiheit, Solidarität, Wohlstand, Wertschätzung, Gestaltungsraum, Stabilität, Leistung, Selbstentfaltung, individualisierte Arbeitszeiten sowie Balance zwischen Arbeit und Privatleben beschrieben. In dem von der Bundesärztekammer unterstützten Forschungsprojekt „Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf“ (Zwack 2013) werden die Bereiche originär ärztlicher Tätigkeit im direkten Kontakt mit den Patienten, Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten, persönliche Ziele und Antreiber, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, außerberufliche Lebenswelten und der Umgang mit der eigenen Gesundheit als relevante Faktoren für ein gesundes Arbeiten benannt.

„Ärzte weisen höhere Werte bei Depressionen, Burnout und Substanzkonsum auf als andere Berufsgruppen.“

Freude und Sinnerleben im Arztberuf werden entsprechend der genannten Untersuchung zentral durch die unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung und die Erfahrung direkter medizinischer Wirksamkeit erlebt. Kostendruck und Fließbandmedizin sind direkte Konkurrenten dieser Gratifikationsquelle. Zeiten für Patienten und den Menschen hinter den Symptomen zu sehen, werden durch die Ökonomisierung wegrationalisiert. Die Möglichkeit, individuelle, an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Patienten angepasste medizinische Behandlungen durchzuführen, scheitert an Vorgaben von Krankenkassen und Krankenhäusern. In diesem Umfeld bewusst und realistisch für die Umsetzung von eigenen persönlichen Zielen, Idealen und Wertevorstellungen einzutreten und persönliche Ansprüche an die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung umzusetzen, ist schwierig. Notwendig hierfür ist nicht nur eine fachliche Kompetenz, sondern ein Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, der es ermöglicht, seine eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen zu kennen und damit respektvoll umzugehen. Mit dieser „fachlich-persönlichen“ Kompetenz können Grenzen des Systems Krankenhaus und persönliche Grenzen artikuliert werden. Nicht erfüllbare Wünsche von Patienten oder auch eigene Unzulänglichkeiten offen anzusprechen, erfordert persönliche Kompetenz und setzt Mut voraus. Entgegen häufiger Befürchtungen wird eine offene und aktive Ansprache von Kompetenzen und Grenzen mittelfristig vom Arbeitsumfeld und von Patienten mit Respekt und Wertschätzung belohnt.

Kollegiales Umfeld steigert die emotionale Zufriedenheit

Ein unterstützendes kollegiales Umfeld ist ein weiterer Faktor bei der Entwicklung der „fachlich-persönlichen“ Kompetenz. Gerade die Teamkultur in Krankenhäusern oder in Arztpraxen prägt die emotionale Zufriedenheit von Mitarbeitern. Gegenseitige Wertschätzung, Offenheit und die Fähigkeit, aktiv kollegialen Austausch zu suchen und Rückmeldung einzuholen, kennzeichnen eine wertschätzende Teamkultur und ermöglichen ein Gefühl der Verbundenheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Zu einem kollegialen Miteinander gehört aber auch der Mut, sich abzugrenzen und kontroverse Meinungen zu äußern. Wie im Kontakt mit Patienten ist im Umgang mit Kollegen die „fachlich-persönliche“ Kompetenz („Wofür stehe ich und wofür stehe ich nicht“) mit einem offenen Bekenntnis zu Grenzen für die eigene Arbeitszufriedenheit von essentieller Bedeutung.

Ein „zweites“ Standbein neben dem Arztberuf wurde in der Untersuchung zur Resilienz im Arztberuf als eine bedeutsame gesunderhaltende Strategie angesehen. Zeiten für Achtsamkeit, Meditation und Innenschau, sportliche und/oder kulturelle Aktivitäten sowie Zeiten für Partnerschaft, Familie und Freunde werden als zentrale Faktoren von Ärztegesundheit benannt.

So unbestritten die Relevanz dieser Faktoren ist, so schwierig ist es für viele Ärzte, Beruf und Familie in Einklang zu bringen. Neben der Möglichkeit von Teilzeitbeschäftigungen bis hin zu individualisierten Arbeitszeiten und -orten helfen eine gute Selbstorganisation, die Schaffung von Ablaufroutinen und fest verankerte Rituale im Arbeitsalltag und im Privatleben, diesen Spagat aktiv zu gestalten. Wer feste Zeiten für seine Partnerschaft, Familie oder Hobbies vereinbart, wird diese im Regelfall eher einhalten und ist im Beruf eher in der Lage, sich abzugrenzen und den Arbeitsplatz pünktlich zu verlassen.

Auch die bewusste Planung von Urlauben zu Beginn des Jahres und verlässliche Auszeiten innerhalb des professionellen Alltages stellen wichtige Faktoren für die eigene Gesundheit dar. So einfach es klingt, so schwierig kann es doch im Arbeitsalltag eines Krankenhauses sein, regelmäßige Pausen, regelmäßige Mahlzeiten oder regelmäßige Arbeitszeiten einzuhalten. Da ritualisierte Rückzugsräume für die mittel- und langfristige Leistungsfähigkeit und Motivation entscheidende Faktoren darstellen, sind eine bewusste Entscheidung jedes Einzelnen an Mindestanforderungen, an die Häufigkeit von Pausen, pünktlichem Arbeitsende, Austausch mit Kollegen sowie Freizeitaktivitäten dringend notwendig.

Gesundes Arbeiten aus der Perspektive eines Therapeuten

Gesundes Arbeiten erfordert neben der medizinischen Fachkompetenz die Kenntnis der eigenen Person mit Wünschen, Idealen, Potentialen sowie Stärken und Schwächen. Sich selbst in der Beziehung zu Kollegen und Patienten als wirksam und hilfreich wahrzunehmen setzt voraus, dass eigene Ziele, Werte, Grenzen und auch biographische Vulnerabilitäten erkannt und akzeptiert werden. Bei einer einseitigen Entwicklung der fachlichen Kompetenz werden persönliche Wünsche und Bedürfnisse am Arbeitsplatz nicht berücksichtigt.

Die Gefahr ist groß, in einen Funktionsmodus – das so genannte Hamsterrad – zu geraten, in dem die eigene Person mit Emotionen, Werten und Grenzen keinen Platz mehr hat. Alle Handlungen und Aktivitäten werden den Bedürfnissen und Erwartungen von Patienten, Kollegen und Vorgesetzten untergeordnet. Die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Grenzen und Überforderungen geht verloren. In Therapien müssen erkrankte Ärzte als erstes lernen, aus dem Funktionsmodus auszusteigen und wieder in Kontakt mit sich selbst zu kommen. Dieser Prozess ist am Anfang verbunden mit unangenehmen Gefühlen, Enttäuschung, körperlicher Erschöpfung und Selbstzweifeln. Nach der Erholungsphase geht es um das bewusste Wahrnehmen eigener Ansprüche, Idealbilder und innerer Antreiber, die – wenn nicht bewusst wahrgenommen

„Ärzte haben häufig den Zugang zu ihren eigenen Gefühlen, Wünschen und Grenzen verloren.“

– ein wichtiger Motor für das Hamsterrad sind. Wenn Wünsche, Ideale und Bedürfnisse bewusst wahrgenommen werden, kann entsprechend des „fachlich-persönlichen“ Profils der für ein gesundes Arbeiten dringend notwendige Prozess einer realistischen Einschätzung stattfinden, welche Ansprüche und Ideale in der täglichen Arbeit (nicht) umsetzbar sind.

Gesundes Arbeiten im Gesundheitswesen erfordert beides, fachliche und persönliche Kompetenz. Nur so können Veränderungen in der Arbeitswelt und Veränderungen in unserer persönlichen Innenwelt immer wieder bewusst wahrgenommen und aufeinander abgestimmt werden. Ärzte sind im Regelfall fachlich hochkompetent, haben jedoch häufig den Zugang zu ihren eigenen Gefühlen, Wünschen und Grenzen verloren. In unserer Therapie erlernen unsere Patienten durch tägliche Achtsamkeitsübungen sich selbst, das heißt ihren Körper, Gedanken und Gefühle aktiv wahrzunehmen. Diese Achtsamkeitsübungen sind eine Art „Stressthermometer“ und stärken die eigene persönliche Kompetenz. Ein unreflektierter Umgang mit eigenen (unrealistischen) Ansprüchen und unrealistischen An(über)forderungen durch unser Gesundheitssystem lässt uns zu Getriebenen der Arbeitswelt werden.

Ärzte müssen sich aktiv mit ihren Rahmenbedingungen auseinandersetzen

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen im Rahmen einer Therapie kann dazu führen, dass äußere Rahmenbedingungen mit dem „fachlich-persönlichen“ Profil des einzelnen Arztes nicht (mehr) übereinstimmen und die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz notwendig ist. Erfahrungen von betroffenen Ärzten zeigen, dass es sich lohnt, sich aktiv mit den Rahmenbedingungen seines Arbeitsplatzes auseinanderzusetzen. Moderne Arbeitgeber sorgen im Interesse beider Seiten – Arbeitnehmer und Arbeitgeber – für die Umsetzung von „gesunden“ Rahmenbedingungen. Realistische Arbeitszeiten, Teilzeitarbeitsplätze, Kindertagesstätten vor Ort, eine Teamkultur der Wertschätzung und Förderung der „fachlich-persönlichen“ Kompetenz sind Aspekte, auf die bei der Auswahl eines Arbeitsplatzes geachtet werden sollte.

Nur wenn wir selbst gesund sind, in einem gesunden Arbeitsumfeld arbeiten und „fachlich-persönlich“ kompetent sind, können wir Vorbild für unsere Patienten sein. Dies bedeutet nicht, dass ärztliches Arbeiten immer stressfrei ist. Im Gegenteil, gesundes Arbeiten erfordert eine tägliche Auseinandersetzung mit Herausforderungen und Grenzen des Spannungsfeldes Beruf, Familie und Freizeit im Kontext der eigenen Persönlichkeit. Wer diese Auseinandersetzung aktiv annimmt und als Chance versteht, wird die ärztliche Tätigkeit als Quelle von Lebendigkeit und Inspiration erleben können.

Prof. Dr. Götz Mundle ist Leiter des „Zentrum für Seelische Gesundheit – Oberberg City Berlin“ (www.zfsg-berlin.de). Das Zentrum bietet für das Spektrum Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie tagesklinische und ambulante Behandlungen mit den Schwerpunkten Burnout, Depression, Angst, Trauma und Abhängigkeitserkrankungen an.

POLITIK

Gesundheitspolitische Gesetzgebungsverfahren der 18. Legis laturperiode

Von Korruption bis E-Health: Minister Gröhe ist voll im Soll

Die Zeichen sind eindeutig: Die 18. Legislaturperiode (2013-2017) nähert sich der Zielgeraden. Abgesehen von unbedingten Erfordernissen durch unvorhersehbare Ereignisse wird die Große Koalition spätestens gegen Ende dieses Jahres endgültig in den Wahlkampfmodus übergehen. Jenseits der kaum noch kalkulierbaren weltpolitischen Lage und deren Auswirkungen auf die deutsche Innenpolitik lässt sich vor diesem Hintergrund gesundheitspolitisch bereits eine erste Bilanz ziehen – sowohl mit Blick auf eine Vielzahl an gesundheitspolitischer Gesetzgebung als auch auf das, was (planmäßig) noch zu erwarten ist.

Foto: © Eisenhans/Fotolia

Hinter den meisten Gesetzesvorhaben der Großen Koalition konnte Gesundheitsminister Hermann Gröhe den Aktendeckel bereits schließen. Nicht immer nur zur Freude der Ärzteschaft.

Als Hermann Gröhe vor rund drei Jahren sein Amt als neuer Minister im Kabinett Merkel antrat, da war er – gesundheitspolitisch jedenfalls – ein mehr oder weniger unbeschriebenes Blatt. Was man schnell ahnte und schon bald zur Gewissheit wurde: Der Mann macht sein Ding! Zwar nicht beratungsresistent, aber im Großen und Ganzen unbeeindruckt von klassischer Lobbyarbeit, soweit es jedenfalls den reflexartigen Aufschrei sogenannter Betroffener betrifft. Gewiss nicht sonderlich ideologisch überfrachtet, aber durchaus geprägt von persönlicher Wahrnehmung und politischer Grundüberzeugung. Konziliant im Auftritt, aber durchaus kantig und auch unbequem, wenn ihm der Geduldsfaden reißt – die Selbstverwaltung kann und konnte ein Lied davon singen. Vor allem aber sorgfältig und gewissenhaft entlang am „roten" Faden des Vertrages der Großen Koalition – an dieser Stelle ganz und gar der „General". Vor allem wohl vor diesem Hintergrund sind die nun folgende Bilanz und der Ausblick zu betrachten.

Ärzte von einigen Gesetzesinitiativen direkt betroffen

Einerseits hat die Politik in dieser Legislaturperiode − wieder einmal − eine Reform der Finanzstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt. Der Arbeitgeberbeitrag wurde mit 7,3 Prozent festgeschrieben, der Arbeitnehmer zahlt über die 7,3 Prozent Beitragssatz hinaus einen einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Daneben wurden der Pflegeversicherung zur Bewältigung der neuen Aufgaben erheblich mehr Finanzmittel für die Zukunft zur Verfügung gestellt. Sie bekommt seit 2015 durch eine Anhebung des Beitragssatzes von 0,3 Prozent deutlich mehr Geld zur Bewältigung ihrer neuen Aufgaben.

Andererseits ist die „Qualitätsoffensive" das Rubrum der Großen Koalition. Ein Ausdruck dieses Politikansatzes war die Initiierung einer weiteren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getragenen Institution, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTiG, dessen Aufbau seit 2015 stattfindet. Es widmet sich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und soll künftig auch in für die Allgemeinheit verständlicher Form die Qualitätssicherungsmaßnahmen veröffentlichen.

In der gesundheitspolitischen Replik der vergangenen drei Jahre hat es zahlreiche weitere Gesetzesinitiativen gegeben, die die Ärzte in besonderer Weise tangieren:

Dies trifft sicherlich insbesondere auf das im Juni 2015 vom Bundestag beschlossene und bereits am 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu, umfasst es doch so umstrittene Regelungen wie die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einzurichtenden und zu finanzierenden Terminservicestellen oder den Aufkauf von Vertragsarztsitzen in – laut derzeit geltenden statistischen Vorgaben – „überversorgten" Regionen. An diesen beiden Punkten haben auch massive Kritik und ein ablehnendes Votum des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt im Mai 2015 nichts geändert.

Auch das im November 2015 beschlossene Krankenhausstrukturgesetz ist nach wie vor sehr konfliktbehaftet. Vor allem ein Punkt sorgt weiterhin für breite Kritik: Der Mangel an Regelungen, mit denen die Bundesländer stärker zur Investitionskostenfinanzierung herangezogen werden könnten. Für die niedergelassenen Ärzte ist auch die im Gesetz enthaltene Regelung zur verpflichtenden Errichtung von vertragsärztlichen Notdienstpraxen (sogenannten Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern bzw. die alternative Einbindung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst besonders diskussionswürdig. Die Einrichtung von Portalpraxen ohne vorhergehende Bedarfsprüfung, so die Kritik, gefährdet funktionierende Strukturen in der ambulanten Notfallversorgung und führe nicht zu notwendigen Entlastungen der Krankenhausärzte.

Obwohl Ärzte und Krankenkassen die mit dem E-Health-Gesetz eingeführten Sanktionen für die Nichteinhaltung bestimmter Fristen beim weiteren Ausbau und der Inbetriebnahme der sogenannten Telematik-Infrastruktur strikt ablehnen, ist der Gesetzgeber bei seiner Linie geblieben. Mit Spannung ist zu erwarten, ob die Körperschaften der Selbstverwaltung von angedrohten Sanktionen getroffen werden. Noch immer scheinen die Zuliefererfirmen aus dem IT-Bereich Probleme zu haben, fristgerecht die benötigte Hardware – wie etwa Kartenlesegeräte – liefern zu können. Das E-Health-Gesetz hat auch den Medikationsplan gebracht, der die Arzneimittelsicherheit erheblich erhöhen soll. Ob er schon ab drei regelmäßig einzunehmenden Medikamenten sinnvoll ist, wie das Gesetz es vorsieht, oder besser erst ab fünf, darüber wird immer noch gestritten. Zunächst wird er von den Ärzten ab 1. Oktober 2016 in „hardware", also Papierform, umgesetzt, ab 2018 dann auf der Elektronischen Gesundheitskarte.

Mit ihren Verbesserungsvorschlägen durchdringen konnten die ärztlichen Verbände beim Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Angesichts einer im Jahr 2012 vom Bundesgerichtshof (BGH) angemahnten Gesetzeslücke − der BGH hatte entschieden, dass die geltenden Korruptionstatbestände für niedergelassene Ärzte grundsätzlich nicht gelten − legte die Politik einen entsprechenden Gesetzentwurf vor. Nachdem betroffene Verbände wie der Hartmannbund nachdrücklich auf drohende Rechtsunsicherheiten hingewiesen hatten, modifizierte bzw. strich der Gesetzgeber einige Passagen des Gesetzes. Letzteres betrifft etwa die Streichung des Passus, nach dem die Strafbarkeit an die Verletzung von „berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit" geknüpft worden wäre. Zudem wurde die Abgrenzung von erlaubten und erwünschten Kooperationen gegenüber solchen geschärft, welche den Straftatbestand der Korruption erfüllen.

Ob die Reform der privatärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) überhaupt eine Chance gehabt hätte, angesichts der Polemik aus der SPD und deren Initiativen, eine GOÄ-Reform in diese Legislaturperiode zu verhindern, kann bezweifelt werden. Schon flammt auch die Diskussion um eine Bürgerversicherung versus Duales System wieder auf, die, wie in den Anfängen dieser Großen Koalition vereinbart, für diese Legislaturperiode ausgeklammert wurde und deshalb in der praktischen Politik keine Rolle spielte. Die Reformanstrengungen für eine neue GOÄ haben die innerhalb der Ärzteschaft vorhandenen Problemlinien sichtbar gemacht. Das war zwar zunächst schmerzhaft, birgt aber die große Chance, nun mit ausreichender Ruhe eine akzeptierte Reform vor dem Hintergrund der vorangegangenen intensiven Diskussionen auszuarbeiten.

Und was kommt noch?

Eine erklecklich weitere Anzahl von Gesetzen befindet sich noch im parlamentarischen Verfahren wie beispielsweise das ins Stocken geratene Pflegeberufereformgesetz, das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen oder auch das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz.

Ein von Bund und Ländern geplanter „Masterplan Medizinstudium 2020" beschäftigt Ärzte und Medizinstudierende in besonderer Weise. Laut Koalitionsvertrag soll dieser für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium entwickelt werden. Entgegen den fundierten Empfehlungen ärztlicher Verbände und auch der Medizinstudierenden haben sich die Gesundheitsminister der Länder im Juni dieses Jahres offenbar auf die Einführung von Quartalen im Praktischen Jahr (PJ) sowie für ein PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung geeinigt. Auch die „Landarztquote", die nach Überzeugung der meisten Interessenorganisationen nicht zielführend zur Lösung der ländlichen Versorgungsprobleme beiträgt, scheint noch nicht vom Tisch zu sein.

Fazit: Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der schon erfolgten Gesetzgebung darf durchaus seriös die Prognose gestellt werden, dass diese Koalition im Gesundheitsbereich auch die weiteren Gesetzgebungsverfahren „abarbeiten" wird – sollte nichts Ungewöhnliches geschehen. Die „ideologisch" motivierten Risse werden dabei vor dem Hintergrund der in den nächsten Monaten anstehenden Landtagswahlkämpfe und auch im Vorfeld der Bundestagswahl zunehmend deutlich werden – auch in der Gesundheitspolitik gilt es schließlich, ein deutliches eigenständiges Profil zu zeigen. Dieses Spielfeld dürfte vornehmlich der SPD-Bundestagsfraktion zufallen, wie sich schon in einigen Gesetzgebungsverfahren zeigt. Die öffentlichkeitswirksame Ablehnung jedweder GOÄ-Reform war da sicher der erste Vorbote, die Forderung nach einer Rückkehr zur Beitragsparität dürfte ebenfalls dieser Strategie geschuldet sein. *(MR/GB)*

Fotoquelle: BMG/Stephan Klonk

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu Erreichtem und Geplantem

Zur Sicherstellung der Versorgung ist mehr denn je Mannschaftsleistung gefragt

Sehr geehrter Herr Minister, Sie haben in den vergangenen drei Jahren – stets auch mit Blick auf den Koalitionsvertrag – zahlreiche Gesetze vor allem mit dem Ziel auf den Weg gebracht, die Versorgung zu verbessern. Wie begegnen Sie Kritikern, die Sie in der Bilanz vor allem als „teuren Minister" charakterisieren – zuletzt vor dem Hintergrund steigender Zusatzbeiträge?

Mit unseren Gesetzen machen wir das Gesundheitswesen zukunftsfest und stärken die einzelnen Versorgungsbereiche und deren Vernetzung. Das ist richtig und wichtig, denn wir stehen vor der großen Herausforderung, den Bedürfnissen einer wachsenden Anzahl älterer, häufig chronisch und mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten besser gerecht zu werden. Notwendige Leistungsverbesserungen sind mit Augenmaß geschehen. Und die Stärkung etwa der Stationspflege, der Krankenhaushygiene sowie die Verbesserungen bei der Hospiz- und Palliativversorgung sind nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern auch aller, die an ihrer Versorgung beteiligt sind. Unser Gesundheitswesen steht finanziell auf einem soliden Fundament. Mit Strukturverbesserungen zum Beispiel bei den Krankenhäusern und durch das Präventionsgesetz wollen wir auch die nachhaltige Finanzierbarkeit sichern. Wenn es uns etwa gelingt, die Volkskrankheit Diabetes – daran leiden immerhin 6,7 Millionen Menschen – durch Prävention einzudämmen, ist das vor allem ein Gewinn für die Betroffenen, nützt aber auch dem Gesundheitswesen insgesamt.

Sie haben es in Ihrem Ressort intensiv mit einer Berufsgruppe zu tun bekommen, die Sie zuvor eher aus persönlichem Erleben oder einem globaleren politischen Kontext kannten. Haben drei Jahre Amtszeit Ihre Sichtweise auf die Ärzteschaft verändert? Wo sind Sie vielleicht positiv „überrascht" worden, an welcher Stelle vielleicht auch nachdenklich geworden?

Als Gesundheitsminister bin ich viel unterwegs und führe oft und gern Gespräche mit Ärztinnen und Ärzte, die entweder in der eigenen Praxis, im Krankenhaus oder im öffentlichen Gesundheitssektor arbeiten. Ich bin jedes Mal beeindruckt von dem großen fachlichen Wissen und Können sowie der hohen Einsatzbereitschaft der Ärzteschaft. Sie trägt maßgeblich zur großen Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bei. Ich empfinde viele dieser Begegnungen als Bereicherung. Zwei Ereignisse der letzten Jahre möchte ich besonders erwähnen: Während der Ebola-Epidemie in Westafrika haben Hilfsorganisationen wie „Ärzte ohne Grenzen" und das Deutsche Rote Kreuz erheblich zur medizinischen Versorgung vor Ort beigetragen. Ich konnte mich in Liberia selbst vom herausragenden Einsatz deutscher Ärzte, Krankenschwestern und Sanitäter überzeugen. Außerdem habe ich viele Ärztinnen und Ärzte kennengelernt, die mit großem persönlichem Einsatz bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland geholfen haben – und dies bis heute tun.

Wer Sie intensiver beobachtet, dem fällt auf, dass Ihnen das Thema Delegation/ Substitution besonders am Herzen liegt. Sie machen kein Geheimnis daraus, dass Sie unter bestimmten Umständen künftig auch anderen, neu ausgebildeten Berufsgruppen im Gesundheitswesen die Übernahme von Aufgaben zutrauen, die bisher ausschließlich von Ärzten geleistet worden sind. Sehen Sie hier einen der zentralen Lösungsansätze bei der Gewährleistung der medizinischen Versorgung von morgen? Und wie beurteilen Sie die Haltung der Ärzteschaft zu diesem Thema?

Klar ist, dass zur Sicherstellung der Versorgung künftig mehr denn je Mannschaftsleistung gefragt sein wird. So fördern wir etwa mit einem Innovationsfonds Formen der Zusammenarbeit, die die Versorgung voranbringen, indem sie Brücken etwa zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern schlagen. Dazu gehört aber auch, dass zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, flächendeckend ausgebaut und leistungsgerecht vergütet wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns gegenüber die gesetzlichen Regelungen ausdrücklich begrüßt, nach denen die bestehenden Möglichkeiten zur Delegation sowie eventuelle Erweiterungen nun geprüft werden sollen. Daher werte ich das als ein positives Signal, dass die KBV im Bewertungsausschuss erste Maßnahmen zur Umsetzung des neuen Auftrages des Gesetzgebers zum 1. Juli 2016 mit beschlossen hat.

Haben wir zu wenige Ärzte oder sind es gar zu viel? Sind es genügend Ärzte, aber arbeiten sie vielleicht zu wenig? Antworten auf diese Dauerfragen liegen ja bekanntlich im Auge des Betrachters – und fallen damit sehr unterschiedlich aus. Eine Frage aber wird die Politik vielleicht schon bald beantworten müssen: Müssen wir die Ärzte, die wir haben, mit Blick auf den Versorgungsbedarf stärker lenken – sowohl in regionaler als auch in fachlicher Hinsicht?

Ich halte viel vom Gedanken der Selbstverwaltung unseres Gesundheitswesens und bekenne mich ganz klar zur Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte. Mit verschiedenen Maßnahmen haben wir die Möglichkeiten der ärztlichen Selbstverwaltung gestärkt und erweitert. So kann beispielsweise schon jetzt mit Hilfe des Strukturfonds gegengesteuert werden, bevor Unterversorgung in einer Region eintritt. Mit speziellen Hilfen kann die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum attraktiver gemacht werden. Ich setze darauf, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Möglichkeiten nutzen. Zudem haben wir die Möglichkeiten der Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden Facharztrichtungen deutlich verbessert. Ich hielte es allerdings auch für wünschenswert, wenn wir in den nächsten Jahren die Zahl der Medizinstudienplätze moderat erhöhen könnten. Daher freue ich mich darüber, dass Augsburg schon bald eine medizinische Fakultät erhält.

Sehr geehrter Herr Bundesminister, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und sind gespannt auf das nun angebrochene letzte Jahr der 18. Legislaturperiode. *(MR)*

Anzeige

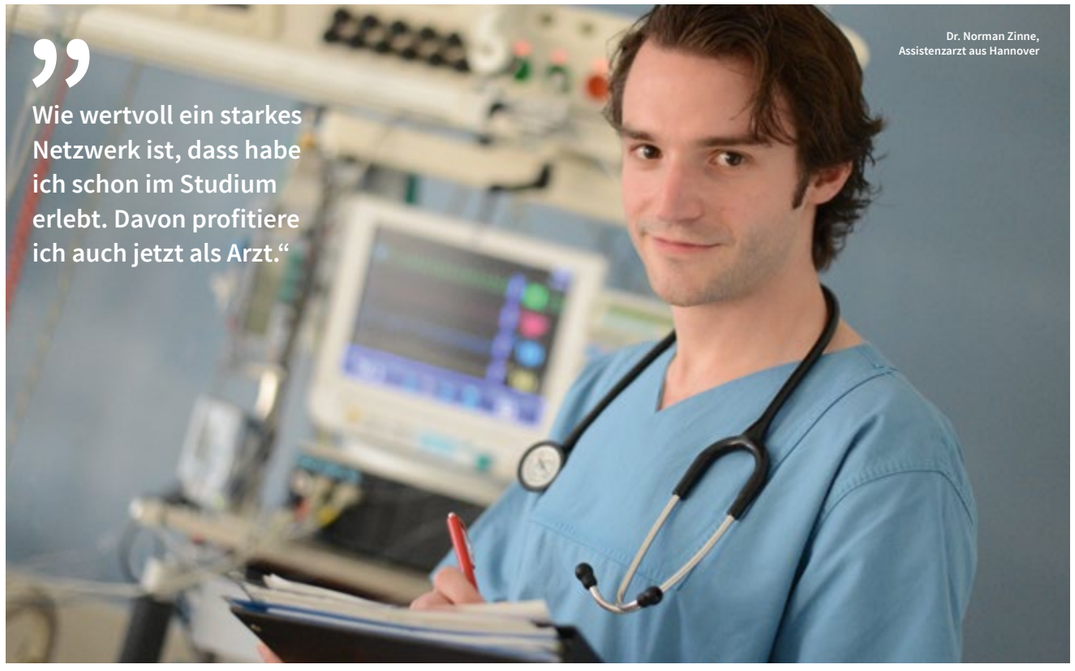


Foto: © Wolfilser/Fotolia

Wie in jedem Sommer sitzen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband an einem Tisch. Und wie immer geht es um's Geld.

Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung

Ein Buch mit sieben Siegeln?

Es geht um's Geld – wie immer wieder im Sommer, in einer auch gesundheitspolitisch eher ereignisarmen Zeit. Genauer gesagt geht es um die Honorare der etwas über 167.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die für das jeweilige Folgejahr bereitgestellt werden. Oft gehen die entsprechenden Verhandlungen mit sich wiederholenden Ritualen einher, besonders dem Beklagen von zu wenig Geld und deutlich gestiegenen Kosten. Anlass genug, sich mit den Verhandlungen auf Bundesebene, die die Grundlage der Verhandlungen in den Ländern bilden, zu befassen, stellen sich doch immer wieder junge niederlassungswillige Ärzte, aber auch „alte Hasen" die Frage: Was verhandeln die in Berlin da eigentlich?

Am 10. August hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband mit den jährlichen Honorarverhandlungen über die Grundlagen der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten begonnen. Ort der Verhandlungen war – wie immer gemäß den gesetzlichen Vorgaben – der Bewertungsausschuss. Kommt keine Einigung zwischen den Vertragspartnern zustande, wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden erweitert und damit zum erweiterten Bewertungsausschuss.

Zum Auftakt beriet das (nicht erweiterte) Gremium über die Anpassung des Orientierungswertes und damit der Preise ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen.

Dabei wurde noch bis vor einigen Jahren die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme als Referenzgröße für die Anpassung der Gesamtvergütungen herangezogen. Seit einigen Jahren nun drehen sich die Verhandlungen auf Bundesebene um zwei Fragen – den Preis für die einzelne ärztliche Leistung und die Menge aller ärztlichen Leistungen – die Basis für die Vergütungsgespräche in den Bundesländern.

Der Preis der einzelnen ärztlichen Leistung drückt sich im sogenannten Orientierungswert (oder Orientierungspunktwert) aus, für dessen Anpassung die Entwicklung der Praxiskosten entscheidend ist. Der Orientierungswert beträgt derzeit 10,4361 Cent.

Zudem gibt der Gesetzgeber vor, dass dabei auch Potenzial aus Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostendegressionen bei hohen Fallzahlen betrachtet werden solle. Es liegt in der Natur der Dinge, dass jede Seite andere Einflussfaktoren präferiert. So entwickelt sich der Orientierungswert von Jahr zu Jahr eher marginal im Bereich zwischen 1,3 und etwas über 1,5 Prozent zum Vorjahr im Vergleich zu den gefühlten oder tatsächlichen Kostensteigerungen in den Praxen und lässt bei dem Einen oder Anderen eine gewisse Wehmut nach der alten Grundlohnsumme aufkommen, die in den letzten Jahren immerhin stabil über zwei Prozent lag.

Zu einer Festlegung des für das kommende Jahr geltenden Orientierungswertes kam es auch in der zweiten Sitzung am 31. August nicht, sodass man – wie so oft in den Vorjahren – die Zeitvorgabe des Gesetzgebers für den Abschluss der Verhandlungen auf Bundesebene nicht einhalten konnte.

Ebenfalls zäh gestalteten sich die Gespräche zur Mengenkomponente, also der Festlegung des Behandlungsbedarfs, für deren Weiterentwicklung der Bewertungsausschuss, eigentlich auch bis zum 31. August diesen Jahres, ebenfalls eine Empfehlung für das Folgejahr zu beschließen hat. Verhandelt werden dabei die Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Folgejahr. Als Kriterien für den Behandlungsbedarf gelten Morbidität, Alter und Geschlecht.

Strittig war bislang das Klassifikationsmodell, mit dessen Hilfe die diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsraten ermittelt werden. Der GKV-Spitzenverband wollte an dem Bewertungsmodell Änderungen vornehmen, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung aber nach eigener Auskunft verhindern konnte. Nun haben sich beide Seiten in dieser Frage auf Eckpunkte verständigt, auf deren Grundlage man in den nächsten Verhandlungsrunden einen Beschluss zum Klassifikationsmodell fassen möchte. Die Eckpunkte sehen vor, dass die Berechnung der Veränderungsraten für die Gesamtvergütungen des Jahres 2017 nach dem derzeit geltenden Klassifikationsmodell, jedoch mit aktualisierter Datengrundlage erfolgen soll. Danach soll geprüft werden, ob das Klassifikationsmodell angepasst wird. Änderungen würden dann erst für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2018 wirksam.

Die auf Bundesebene jeweils für die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen errechneten empfohlenen Veränderungsraten bilden dann die Basis, auf der auf KV-Ebene eine regional spezifische Gesamtveränderungsrate für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart wird, die auf die Gesamtvergütung des Vorjahres aufsetzt.

Entscheidungen sowohl zur Entwicklung des Behandlungsbedarfes als auch des Orientierungswertes für das kommende Jahr haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband für den 21. September diesen Jahres vorgenommen. Wenn es hier zu einer Einigung kommen würde, wäre man immerhin noch fast im Zeitplan. *(PM)*

Termine

7. September (Mittwoch), 18.30 Uhr
Big Data in der Medizin, Veranstalter: Women's Networking Lounge, Ort: Panketal bei Bernau, Gebühr: für Hartmannbund-Mitglieder 26,18 €.

7. September (Mittwoch), 18.30 Uhr
Nach mir die Sinnflut? Durchführung einer Praxisübergabe. Veranstalter: Women's Networking Lounge, Ort: Quedlinburg, Gebühr für HB-Mitglieder: 26,18 €.

14. September (Mittwoch), 18 Uhr
Herausfordernde Gesprächssituationen meistern. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank statt. Ort: Aachen, Gebühr: keine. Im Anschluss sind die Teilnehmer zu einem Imbiss eingeladen.

28. September (Mittwoch), 18 Uhr
Arbeitsrecht – Zwischen Mythos und Wirklichkeit, Veranstalter: Women's Networking Lounge, Ort: Neubrandenburg, Gebühr für HB-Mitglieder: 26,18 €.

8. Oktober (Samstag), 10 bis 14 Uhr
Die Kunst, freundlich nein zu sagen. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank statt. Ort: Mannheim, Gebühr: kostenfrei. Die Veranstaltung wurde mit vier Punkten durch die LÄK Baden-Württemberg zertifiziert.

Mehr Seminare finden Sie hier: www.hartmannbund.de/akademie

Anzeige

Abrechnung? Aber sicher!

Der Kommentar zu EBM und GOÄ
Wezel/Liebold: Die erste Wahl bei der Abrechnung

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

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

als Loseblattwerk, auf CD-ROM oder direkt online

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

Der Kommentar
zu EBM und GOÄ
BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD

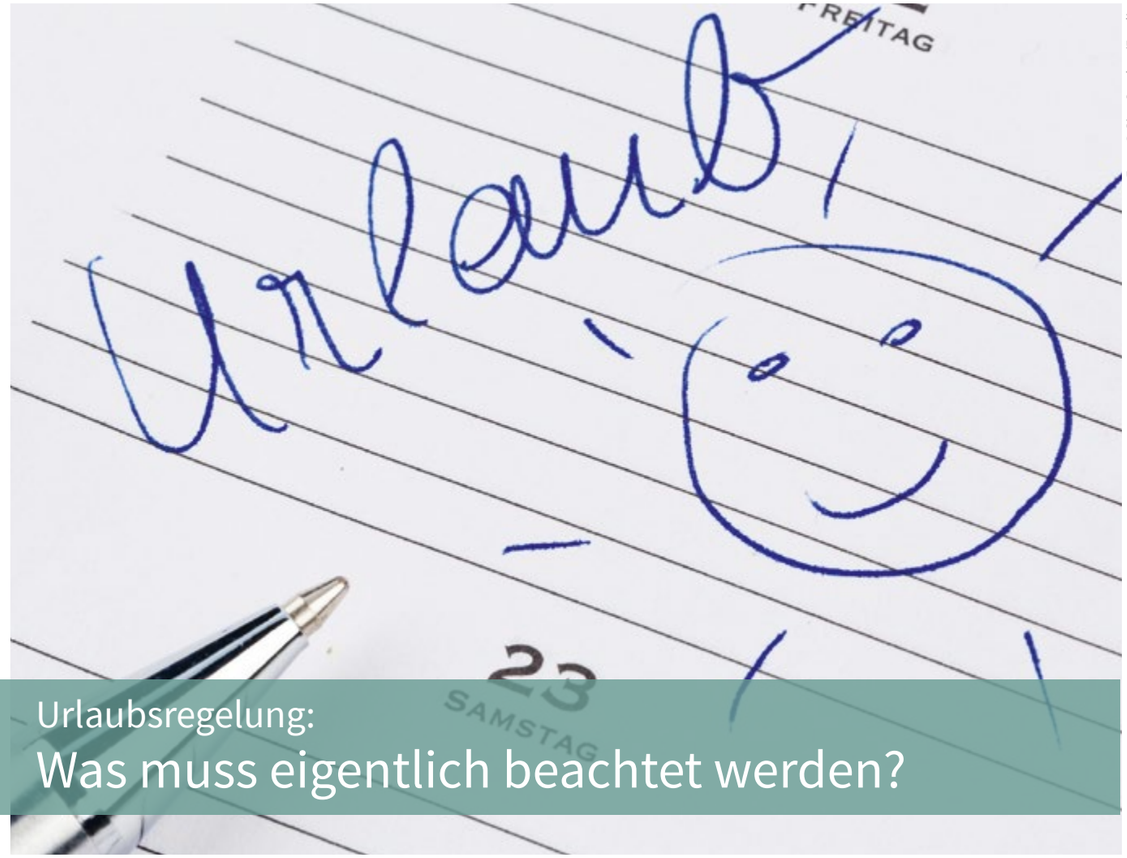


Foto: © Gina Sanders/Fotolia

Urlaubsregelung: Was muss eigentlich beachtet werden?

Der Anspruch auf Erholungsurlaub ist ein gesetzlich verankertes Recht. Jeder Arbeitnehmer und jeder Angestellte hat einen jährlichen Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub. Hört sich einfach und unkompliziert an, aber es gibt auch jede Menge zu beachten. Dieser Artikel erklärt, auf welche Punkte besonders geachtet werden sollte.

Das Minimum der Urlaubsdauer ist der gesetzliche Mindesturlaub (§ 3 BUrlG). Dieser beträgt nach dem Wortlaut des Gesetzes kalenderjährlich zwar mindestens 24 Werktage, allerdings geht das Gesetz bei der Bemessung des Urlaubs von einer Sechs-Tage-Woche aus, weil der Samstag als Werktag zählt (§ 3 Abs. 2 BUrlG). Bei einer Beschäftigung an fünf oder weniger Werktagen bedarf es daher der anteiligen Umrechnung: 24 : 6 x Anzahl der geschuldeten Wochenarbeitstage = gesetzlicher Mindesturlaub. Für eine Fünf-Tage-Woche ergibt sich danach regelmäßig ein gesetzlicher Mindesturlaub von 20 Arbeitstagen (24:6 = 4 x 5 = 20).

Oberhalb des gesetzlichen Mindesturlaubs besteht jedoch volle Vertragsfreiheit. Mehrurlaub ist also grundsätzlich frei verhandelbar. Tarifvertraglich sind in der Regel zwischen 28 und 30 Urlaubstage vorgesehen. Der volle Urlaubsanspruch entsteht erstmalig nach Ablauf einer sechsmonatigen Wartezeit (§ 4 BUrlG). Rechtlich nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob und wieviel Urlaub vor Ablauf der Wartezeit verlangt werden kann. An dieser Stelle wäre die einvernehmliche Regelung mit dem Arbeitgeber das Mittel der Wahl. Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben zum Vorteil des Arbeitnehmers sind nicht verboten (§ 13 Abs. 1 BUrlG).

Achtung: Kann die sechsmonatige Wartezeit nicht mehr im laufenden Urlaubsjahr ablaufen, wie es regelmäßig der Fall ist, wenn das Arbeitsverhältnis am 1. Juli eines Kalenderjahres oder später beginnt, besteht nur ein Anspruch auf Teilurlaub (§ 5 Abs. 1 BurlG). Er beträgt ein Zwölftel des Jahresurlaubs für jeden vollen Beschäftigungsmonat, der bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres noch zurückgelegt werden kann (Zwölftelungs-Prinzip): Gesamt-Urlaubstage : 12 x volle Beschäftigungsmonate.

Beispiel: Sie sollen im Krankenhaus beginnend ab dem 1. Oktober angestellt werden. Laut Arbeitsvertrag haben Sie Anspruch auf 30 Urlaubstage jährlich. Rechnerisch ergibt sich dann ein Anspruch auf siebeneinhalb bzw. im Ergebnis acht Urlaubstage (30:12 = 2,5 x 3 = 7,5). Bruchteile von Teil-Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind aufzurunden (§ 5 Abs. 2 BUrlG).

Vorsicht: Beginnt Ihr Arbeitsvertrag am 2. Oktober, zählt dieser Monat nicht als „voller“ Beschäftigungsmonat.

Zeitliche Festlegung

Bei der zeitlichen Festlegung des Urlaubs sind die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers grundsätzlich zu berücksichtigen (§ 7 Abs. 1 BUrlG). Für Arbeitnehmer bedeutet das zweierlei: Die Gewährung des Urlaubs erfolgt nicht automatisch. Rechtlich sind Arbeitnehmer gehalten, den Urlaub gegenüber dem Arbeitgeber – etwa im Rahmen eines Urlaubantrags – nach Dauer und Lage geltend zu machen. Nur ganz ausnahmsweise muss der konkrete „Wunschurlaub“ nicht gewährt werden, etwa wenn dringende betriebliche Gründe entgegenstehen oder Urlaubswünsche von Kollegen unter sozialen Gesichtspunkten im Einzelfall vorrangig sind. Hierbei können beispielsweise die Bindung an Schulferien, die familiäre Situation, aber auch das Alter, Gesundheit und die Beschäftigungsdauer eine Rolle spielen.

Übertragung und Verfall

Die Grundregel lautet: Urlaub muss im laufenden Kalenderjahr gewährt und genommen werden. Ist das nicht möglich, bis spätestens zum 31. März des Folgejahres, sonst verfällt er endgültig. Eine Übertragung des Urlaubs auf das nächste Jahr ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe (z.B. Krankheit) dies rechtfertigen (§ 7 Abs. 3 BUrlG). Für den Fall der Krankheit sind tarifvertraglich zum Teil auch um bis zu drei Monate verlängerte Verfallfristen vorgesehen. Nicht vergessen: Auch die Übertragung muss beim Arbeitgeber beantragt werden! Nicht selten kursieren aber auch Arbeits- und Tarifverträge, die auf das Vorliegen besonderer Übertragungsgründe komplett verzichten und die Übertragung generell erlauben. In der gelebten Arbeitswelt werden zu Übertragung und Verfall von Urlaub häufig Fragen relevant, die vor allem durch den Einfluss des Europarechts regelmäßig die Gerichte beschäftigen.

Ein Auszug: Ist ein Arbeitnehmer dauerhaft erkrankt und es ihm deshalb nicht möglich, Urlaub in Anspruch zu nehmen, verfällt der jeweilige Jahresurlaub nach derzeitigem Stand erst 15 Monate nach Ablauf des Urlaubsjahres. Sind Arbeitnehmer zum Beispiel im Februar 2016 dauerhaft arbeitsunfähig geworden, würde der Jahresurlaub 2016 mit Ablauf des 31.3.2018 endgültig verfallen (EuGH, Urt. v. 22. 11. 2011 – C-214/10; BAG, Urt. v. 7. 8. 2012 – 9 AZR 353/10). Dieser Schutz vor Verfall gilt allerdings nur für den gesetzlichen Mindesturlaub. Wird im Arbeits- oder Tarifvertrag nicht ausdrücklich zwischen Mindest- und Mehrurlaub unterschieden, verfällt auch der freiwillige Mehrurlaub erst nach Ablauf der 15 Monate.

Übergang von Voll- zu Teilzeit nach Mutterschutz und Elternzeit

Ein Beispiel: Eine in Vollzeit beschäftigte Ärztin hat 2010 noch Resturlaub, unterliegt wegen ihrer Schwangerschaft zunächst bis Dezember 2010 einem Beschäftigungsverbot, geht danach direkt in den Mutterschutz und anschließend in Elternzeit, bevor sie Ende Dezember 2011 mit drei Tagen pro Woche auf Teilzeitbasis in die Klinik zurückkehrt. Da es ihr nicht möglich war, ihren während der Vollzeitbeschäftigung erworbenen Resturlaub in Anspruch zu nehmen, gilt nach neuerer Rechtsprechung, dass er nicht durch eine Verringerung der Arbeitszeit beim Übergang von einer Voll- zu einer Teilzeitbeschäftigung gemindert werden darf (EuGH Beschl. v. 13.6. 2013 – C-415/12), sondern mindestens bis zum 31.3.2012 in voller Höhe erhalten bleibt (BAG, Urt. v. 15.12.2015 – 9 AZR 52/15). *(FT)*

Anzeige

telc LANGUAGE TESTS

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

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

Prüfungstermine 2016:
- 06./07. Dezember

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

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

Foto: © Bacho-Foto/Fotolia

Diskriminierung im Bewerbungsprozess

Im Einzelfall sogar das „Recht zur Lüge“

Glänzende Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, keine Schwierigkeiten bei der Stellensuche und freie Wahl, an welcher Klinik man in die Weiterbildung zum Facharzt startet? Bei voller Flexibilität des Arztes sicherlich, allerdings gibt der Stellenmarkt ein heterogenes Bild ab. Während sich in Ballungszentren und an Universitätsstandorten die Bewerber tummeln, kämpfen die kleineren und mittleren Kliniken um Nachwuchsärzte, die sie beispielsweise mit Stipendien während des Studiums versuchen aufs Land zu locken. Wie bewerbe ich mich richtig, um meine Traumstelle zu bekommen? Dieser Beitrag soll einen kleinen Einblick in die rechtlichen Hintergründe des Bewerbungsprozesses geben.

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2006 mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) eine Rechtsgrundlage geschaffen, die auf das Bewerbungsverfahren großen Einfluss nimmt und an die Arbeitgeber sich zu halten haben. Das AGG verbietet die Benachteiligung aufgrund Rasse oder ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Geschlecht oder sexueller Identität sowie Behinderung oder Alter.

Stellenausschreibung

Mit der Stellenausschreibung fordert der Arbeitgeber potentielle Arbeitnehmer zur Bewerbung auf, dennoch hat er bereits in diesem Stadium darauf zu achten, dass die Stellenanzeige den rechtlichen Anforderungen entspricht und keine Diskriminierung enthält. Wer noch vor einigen Jahren „einen jungen Arzt (m/w) zur Verstärkung des Teams“ suchte, macht sich heute unter Umständen nach dem AGG schadensersatzpflichtig wegen Altersdiskriminierung, da die Stellenausschreibung eine Bevorzugung junger Bewerber impliziert. Interessant zu wissen: Ein Verstoß gegen das AGG kann lediglich einen Schadensersatzanspruch des abgelehnten Bewerbers – dessen Diskriminierung festgestellt wurde – begründen, nicht aber einen Anspruch auf Einstellung.

Freistellungsanspruch

Sofern Sie Ihren Job wechseln möchten, haben Sie nach § 629 BGB grundsätzlich einen Anspruch auf Freizeit zur Stellensuche, wenn das Arbeitsverhältnis gekündigt wurde. Analog wird der Freistellungsanspruch auch bei einer Befristung des Arbeitsvertrages angewendet, der demnächst endet. In allen anderen Fällen gilt: Der Arbeitnehmer muss für Bewerbungen Urlaub nehmen oder diese außerhalb der Arbeitszeit durchführen.

Einladung zum Vorstellungsgespräch

Mit der Einladung zum Vorstellungsgespräch ist die erste Hürde geschafft, doch nicht jeder geht entspannt in eine solche Vorstellungsrunde. Welche Fragen muss ich beantworten? Und wie soll ich mich im Fall einer unzulässigen Frage verhalten?

Das sogenannte Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (in den ersten Gesetzesentwürfen hieß es noch Antidiskriminierungsgesetz) ist vom Arbeitgeber auch im Bewerbungsgespräch zu beachten. Der Arbeitnehmer hat bei unzulässigen Fragen ein „Recht zur Lüge“, dieser Grundsatz wurde von der Rechtsprechung entwickelt. Hintergrund ist der Umstand, dass der Arbeitgeber bei einem Schweigen auf unzulässige Fragen negative Schlüsse ziehen könnte. Bei zulässigen Fragen besteht hierzu korrespondierend eine Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers. Zulässig ist eine Frage nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) dann, wenn der Arbeitgeber ein berechtigtes Interesse an der Frage bzw. deren Beantwortung hat.

Beruflicher Werdegang/Schwangerschaft: Klassiker einer zulässigen Frage ist die nach dem beruflichen Werdegang. Der Arbeitgeber hat ein berechtigtes Interesse daran, sich ein umfangreiches Bild von den Kenntnissen und Fähigkeiten des Bewerbers zu machen. Im Gegensatz dazu ist die Frage nach einer bestehenden Schwangerschaft unzulässig, das heißt, die Bewerberin hat diesbezüglich ein „Recht zur Lüge“ und kann die Frage auch wahrheitswidrig verneinen.

Konfession: Die Frage nach der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession ist grundsätzlich unzulässig. Allerdings besteht für konfessionelle Träger ein Sonderrecht, sodass diese den Abschluss eines Arbeitsvertrages von einer bestimmten Konfessionszugehörigkeit abhängig machen dürfen und damit auch gerechtfertigt die Frage nach der Religionszugehörigkeit stellen dürfen.

Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis: Die Frage nach einer gültigen Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis wurde seit Inkrafttreten des AGG noch nicht höchtrichterlich entschieden. Das AGG nennt als Diskriminierungsmerkmale „ethnische Herkunft“ und „Rasse“, sodass dies eigentlich als diskriminierende und damit unzulässige Frage einzustufen wäre. Jedoch müssen auch die Belange des Arbeitgebers berücksichtigt werden, der ein berechtigtes Interesse hat, legale Arbeitsverhältnisse einzugehen, sodass im Ergebnis von einer Zulässigkeit der Frage auszugehen ist.

Bewerbungskostenerstattung

Die Kosten der Bewerbung werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber dies ausdrücklich bei der Einladung oder der Stellenausschreibung ausgeschlossen hat. Hat er den Ausschluss nicht dem Bewerber gegenüber unmissverständlich erklärt, so ergibt sich ein Anspruch aus §§ 670, 662 BGB – unabhängig davon, ob das Arbeitsverhältnis zustande kommt oder nicht. Erstattungsfähig sind in der Regel die Fahrtkosten, gegebenenfalls auch Übernachtungskosten. Bei Unsicherheiten sollten Sie sich vorab vergewissern, ob die Kosten übernommen werden.

Einstellungsuntersuchung

Eine ärztliche Einstellungsuntersuchung ist für Ärzte obligatorisch und auch berechtigt. Hinsichtlich des Umfangs der Untersuchung hat sich diese grundsätzlich auf die Anforderungen für den konkreten Arbeitsplatz zu beschränken. Der untersuchende Arzt muss von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbunden werden. Hinsichtlich des Umfangs der Schweigepflichtsentbindungserklärung reicht es grundsätzlich aus, dass der Arbeitgeber lediglich das Ergebnis erfährt, sprich, ob Sie tauglich oder untauglich für die Ausübung der Position sind. *(CB)*

Weitere Informationen und eine individuelle rechtliche Beratung zum Thema bietet die Rechtsabteilung des Hartmannbundes allen Mitgliedern an. Gerne prüfen wir auch Ihren Arbeitsvertrag oder beraten Sie zu Ihren berufsbezogenen rechtlichen Fragen.

Die Rechtsabteilung des Hartmannbundes erreichen Sie telefonisch unter der Nummer 030 206 208-58 oder per E-Mail unter der Adresse recht@hartmannbund.de. Weitere Informationen zum Hartmannbund finden Sie auch unter www.hartmannbund.de.

Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!
Im Studium, in der Weiterbildung und in der Niederlassung als Ärztin/Arzt in Niedersachsen!

KVN Niederlassen in Niedersachsen

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

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

www.niederlassen-in-niedersachsen.de

MEDIZINSTUDIERENDE

Endlich!!! BAföG-Sätze werden zum Wintersemester 2016/2017 erhöht

Nach sechs Jahren Stillstand war eine Anp assung überfällig

Foto: © Photocase

Zu Beginn des Wintersemester 2016/2017 werden die BAföG-Sätze nach sechs Jahren Stillstand endlich an aktuelle Preis- und Einkommensentwicklungen angepasst. Die Redaktion des Hartmannbund-Magazins sprach darüber mit Stefan Grob, dem stellvertretenden Generalsekretär des Deutschen Studentenwerkes, wo jeder Studierende übrigens auch seine BAföG-Anträge einreichen muss.

Der Bund hat lange nicht mehr an der BAföG-Regelung gerüttelt. Warum war diese längst überfällig?

In der Tat hat die Bundesregierung, die seit 2015 die volle Verantwortung für das BAföG hat, seit dem Jahr 2010 die Sätze und Elternfreibeträge nicht erhöht. Das heißt: Wir hatten beim BAföG sechs Jahre Stillstand. Gut zwei Generationen von Studierenden mussten mit einem BAföG auskommen, dass nicht mit der Preis- und Einkommensentwicklung Schritt gehalten hat. Deshalb war die jetzt zum Wintersemester 2016/2017 greifende Erhöhung überfällig! Wir als Deutsches Studentenwerk fordern schon lange, dass das BAföG regelmäßig erhöht wird, und zwar auf der Basis der BAföG-Berichte, die die Bundesregierung alle zwei Jahre vorlegt. Im Moment sehen wir das Muster „eine BAföG-Erhöhung pro Legislaturperiode“, und das ist entschieden zu wenig.

Viele Studierende wissen nicht, dass sie BAföG-Anspruch haben. Sollte sich dies herausstellen, würde es rückwirkend Geld geben?

Nein. BAföG kann frühestens ab dem Monat der Antragstellung gezahlt werden. Deshalb raten wir den Studierenden auch, möglichst frühzeitig ihren Antrag einzureichen – an vielen Standorten geht das seit dem 1. August auch online. Weil zum kommenden Wintersemester die Elternfreibeträge um sieben Prozent erhöht werden, können nun, weil ihre Eltern sieben Prozent mehr verdienen können, auch viel mehr Studierende in den Genuss der BAföG-Förderung kommen. Wir raten auch allen Studierenden, die unsicher sind, einen Antrag zu stellen. Oft denken Studierende, sie bekämen kein BAföG, und sind dann überrascht, wenn es doch klappt. Und selbst wer vom BAföG-Amt einen Negativ-Bescheid bekommt, weiß dann schwarz auf weiß, welchen Anspruch auf Unterhalt er gegenüber seinen Eltern hat.

Seit dem 1. August ist eine Online-Antragstellung möglich. Geht das bereits in allen 16 Bundesländern?

Aktuell nur in acht Bundesländern. Wir hoffen, dass auch die anderen Länder zügig einen e-Antrag einführen, damit die Studierenden einfacher und schneller eine Förderung erhalten können. Die Einführung des e-Antrages zum Herbst 2016 hatten Bundestag und Bundesrat bereits mit der BAföG-Novelle 2014 beschlossen – damit soll eine elektronische Antragstellung mit den Antragsformularen, einschließlich der elektronischen Identifikation per ID-Funktion des Personalausweises oder De-Mail möglich sein. Bisher mussten ausgefüllte Online-Anträge ausgedruckt, händisch unterschrieben und mit Anlagen per Post verschickt werden. Ohne Vollständigkeitsprüfung, weitreichende Plausibilitätsprüfungen, bei den Feldern hinterlegte Ausfüllhinweise und einer individualisierten Liste beizufügender Anlagen waren auch nahezu alle Online-Anträge wie Papieranträge unvollständig.

Es hat sich auch etwas hinsichtlich der Erbringung eines Leistungsnachweises geändert. Was genau?

Beim BAföG-Leistungsnachweis, der dem BAföG-Amt zum Beginn des 5. Fachsemesters vorgelegt werden muss, wurde der Sonderfall gestrichen, wonach dieser Nachweis bereits zu einem früheren Zeitpunkt (3. oder 4. Fachsemester) erforderlich war. Man muss ehrlicher Weise zugeben: Die gesamte Regelung, dass zum 5. Fachsemester ein Leistungsnachweis vorgelegt werden muss, stammt noch aus Zeiten vor Bologna, also vor Bachelor und Master. Aber trotz unserer wiederholten Forderung, dies zu streichen, bleibt das weiterhin gesetzliche Regelung.

Immer wieder beschweren sich Medizinstudierende darüber, dass eine PJ-Aufwandsentschädigung auf das BAföG angerechnet wird. Die Studierenden empfinden dies als ungerecht, da es eine Entschädigung für eine geleistete Arbeit in den Krankenhäusern sein soll – oft 40 Stunden und mehr in der Woche. Mit der neuen BAföG-Regelung dürfen die Studierenden immerhin 450 Euro monatlich dazu verdienen. Die PJ-Aufwandsentschädigung liegt im besten Fall höher. Sind hier Anpassungen geplant?

Warum sollte beim BAföG die Regelung für die Aufwandsentschädigung für Pflichtpraktika für Medizinstudierende anders sein als bei allen anderen Studierenden, die BAföG erhalten und Pflichtpraktika absolvieren? BAföG erhält grundsätzlich nur, wessen Eltern wegen ihrer wirtschaftlichen Situation keinen Unterhalt leisten können. Beim BAföG gilt: Wie bei jedem Pflichtpraktikum wird auch die Aufwandsentschädigung für das PJ als Einkommen auf das BAföG anteilig angerechnet, wenn die Werbungspauschale von 1.000 Euro im Jahr überschritten wird. *(DA)*

Wir danken Ihnen für das Gespräch.

Stefan Grob ist Stellvertreter des Generalsekretärs des Deutschen Studentenwerkes.

Information

Masterplan Medizinstudium 2020

Nach bisher offiziell nicht bestätigten Quellen (bei Redaktionsschluss) soll der „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Praktischen Jahr (PJ) ein verpflichtendes Quartal in der ambulanten Versorgung beinhalten. Wie Medien bereits im Juli berichteten, sollen sich die Landesgesundheits- und Kultusminister darauf geeinigt haben. Das neue PJ-Quartal soll ausschließlich in der vertragsärztlichen Versorgung absolviert werden, Hochschulambulanzen seien ausgeschlossen.

Noch in diesem Herbst wollen die Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung mit den Gesundheits- und Kultusministern der Länder den „Masterplan Medizinstudium 2020“ offiziell beschließen. Wie bereits bekannt wurde, soll der Masterplan rund 40 Maßnahmen beinhalten. Neben einer Quartalisierung des PJ sowie einem PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung sollen auch die Einführung einer M3-Prüfung Allgemeinmedizin und eine optionale Landarztquote geplant sein.

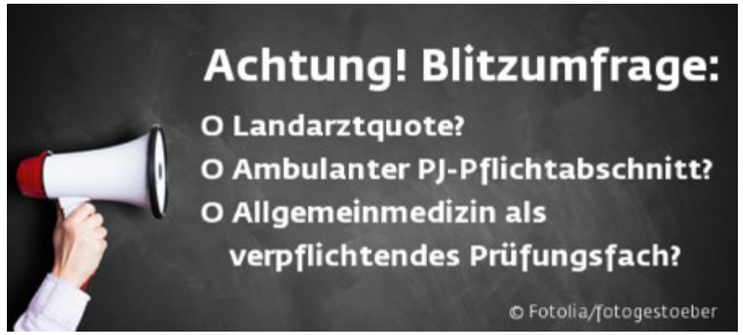
Wie steht der Hartmannbund dazu? *„Die Einführung eines PJ-Pflichtquartals in der ambulanten Versorgung wäre ein politischer Beschluss gegen zahlreiche konstruktive Alternativvorschläge zur notwendigen Stärkung der Allgemeinmedizin und eine Maßnahme gegen das klare Votum der Medizinstudierenden.“ Mit dieser Feststellung hat Moritz Völker, Vorsitzender des Ausschusses Medizinstudierende im Hartmannbund, auf Meldungen reagiert, nach denen sich die Gesundheits- und Kultusminister der Länder darauf geeinigt haben sollen, künftig jeden Medizinstudierenden zu einem PJ-Quartal in der vertragsärztlichen Versorgung zu verpflichten. Wie klar das Votum der Studierenden ist, belegte auch eine Blitzumfrage des Hartmannbundes (s. Seite 28). Rund 80 Prozent der 8.314 Umfrageteilnehmer (!) haben sich gegen ein ambulantes PJ-Pflichtquartal und auch gegen eine M3-Prüfung Allgemeinmedizin ausgesprochen.*

„Diese Stimme von Tausenden Medizinstudierenden sollte die Politik nicht einfach vom Tisch wischen“, forderte Völker. Es wäre fatal, wenn stattdessen der Eindruck entstünde, die Meinung eines einzelnen Interessenvertreters setze sich im Sinne eines Meinungsmonopols quasi durch die Hintertür durch, verwies Völker in diesem Zusammenhang auf die „Doppelrolle“ des Vorsitzenden der Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Ferdinand Gerlach, der neben der Interessenvertretung für das Fach Allgemeinmedizin gleichzeitig Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist und seit Jahren die Bundesregierung berät. Man sei zumindest sehr überrascht, wie schnell ein erst Ende Mai bekannt gewordener Vorschlag der DEGAM von der Politik in die Tat umgesetzt würde. „Es wäre schön, wenn die Politik auch die einhellig vorgetragenen Bedenken und Alternativvorschläge anderer Gruppierungen berücksichtigt“, appellierte Völker noch einmal eindringlich an alle am Prozess Beteiligten.

Blitzumfrage zum „Masterplan Medizinstudium 2020“

Ambulante Pflicht im PJ wird abgelehnt

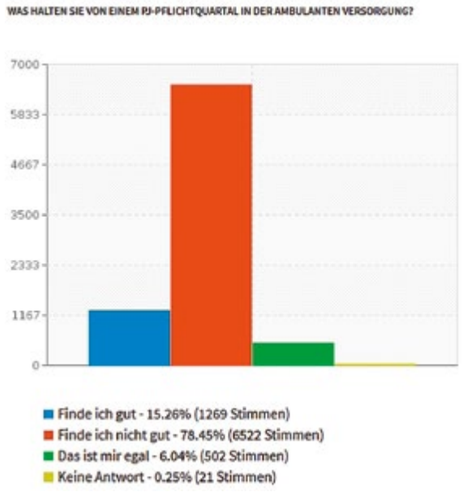
Auf die Entscheidung der Ländergesundheitsminister im Juni, sich im Rahmen der Erstellung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ für ein PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Medizin, eine Pflichtprüfung Allgemeinmedizin im Staatsexamen und die Möglichkeit der Einführung einer Landarztquote auszusprechen, reagierte der Hartmannbund mit einer Blitzumfrage. Die Beteiligung mit mehr als 8.000 Medizinstudierenden in nur einer Woche ist HB-Rekord: Noch nie haben so viele an einer HB-Umfrage teilgenommen.

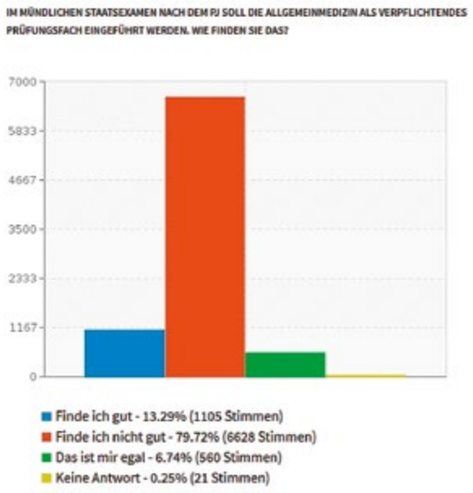


Fast 80 Prozent der 8.314 Teilnehmer der Blitzumfrage zum „Masterplan Medizinstudium 2020“ lehnen die Einführung eines Pflichtquartals in der ambulanten Versorgung im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) ab. Auch zur verpflichtenden M3-Prüfung (mündliches Staatsexamen nach dem PJ) in der Allgemeinmedizin gab es von den Studierenden ein klares „Nein“.

„Diese phänomenale Teilnehmerzahl innerhalb nur einer Woche und die eindeutigen Voten kann man nicht einfach vom Tisch wischen, das kann die Politik nicht ignorieren“, äußerte sich Moritz Völker, der Vorsitzende des Ausschusses „Medizinstudierende im Hartmannbund“, gegenüber der Öffentlichkeit. Vor diesem Hintergrund rief Völker noch einmal die für die endgültige Entscheidung zuständigen Ministerien dazu auf, die bereits mehrfach vorgebrachten konstruktiven Alternativvorschläge der Ärzte von morgen zu berücksichtigen. Bis zur angekündigten Veröffentlichung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Herbst gebe es noch ausreichend Zeit, die Verabschiedung möglicherweise übereilt zustande gekommener Kompromissvorschläge zu überdenken. „Dies haben wir im Übrigen auch noch einmal in entsprechenden Briefen an die beteiligten Bundesministerien sowie an die Gesundheits- und Kultusminister der Länder deutlich gemacht“, so Völker. In den Briefen sei ebenfalls darauf hingewiesen worden, dass die Einführung einer optionalen Landarztquote keine Lösung für strukturelle Probleme sein kann. Rund 70 Prozent der Umfrageteilnehmer lehnen auch diese geplante Maßnahme ab.

Wie geht es weiter mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“? Aktuell liegt nur ein Entwurf vor. Es ist geplant, dass der Masterplan im Herbst 2016 durch eine gemeinsame Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern verabschiedet und danach der Öffentlichkeit vorgestellt wird. Im Juni wurden nur einige wenige Maßnahmen bekannt gegeben. Insgesamt sieht der Masterplan wohl 40 Maßnahmen vor. Ziel des Masterplans ist es unter anderem, die Allgemeinmedizin im Studium zu stärken, die Praxisnähe zu fördern und Studienplatzbewerber zielgerichteter auszuwählen.





Die Blitzumfrage des Hartmannbundes bestand aus drei Fragen: Was halten die Studierenden von einem geplanten PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung, einer M3-Allgemeinmedizinprüfung im Staatsexamen und einer optionalen Landarztquote bei der Auswahl der Studienplatzbewerber? Die Antworten fielen jeweils sehr eindeutig aus. An dieser Stelle auf Grund Platzmangel nur die Grafiken zu den ersten beiden Fragen. Mehr dazu auf der Hartmannbund-Homepage.

Hauptversammlung 2016:

Es geht um E-Health

Die Hauptversammlung des Hartmannbundes wird sich in diesem Jahr mit einem „Zukunftsthema“ beschäftigen, das längst in der Gegenwart angekommen ist, dessen Potentiale aber nach Einschätzung vieler Experten noch lange nicht ausgeschöpft sind: E-Health! Woran liegt es, dass E-Health gerade von vielen Playern im Gesundheitswesen noch immer skeptisch gesehen wird? Wo liegen die Chancen und wo gilt es abzuwägen zwischen Fortschritt und Risiken? Was ist eigentlich derzeit schon möglich und wo sehen Experten die Grenzen? Vor allem mit Blick auf den Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten in der Praxis und in der Klinik will der Hartmannbund gemeinsam mit E-Health-Experten die spannendsten Fragen dieses wichtigen Themenkomplexes diskutieren. Dabei soll von der Hauptversammlung das Signal ausgehen, sich den Möglichkeiten und Herausforderungen von E-Health positiv zu stellen und ungerechtfertigte Bedenken zu überwinden. Es ist ganz besonders auch der Wunsch der vielen jungen Mediziner und Medizinstudierenden im Hartmannbund, diesem Zukunftsthema mit mehr Mut und Gestaltungswillen zu begegnen.

Zum Thema „E-Health“ wird es am ersten Tag der Hauptversammlung eine Podiumsdiskussion mit Experten geben. Die Einladung zur Hauptversammlung sowie Informationen zum Ablauf finden Sie in diesem Heft auf der Seite 2.

Neue Seminarreihe zum Antikorruptionsgesetz

Mit dem Beschluss des Antikorruptionsgesetzes im Gesundheitswesen können Ärzte wegen Korruption künftig strafrechtlich belangt werden, in besonders schweren Fällen drohen bis zu fünf Jahre Haft. Besonders kontrovers ist im Gesetzgebungsverfahren zum Antikorruptionsgesetz über die Anwendbarkeit der neuen Paragrafen auf ärztliche Kooperationen gestritten worden. Und wie sieht es mit der Beteiligung eines Arztes an einem Gesundheitsunternehmen aus? Und wie sieht die Sache aus, wenn sich nicht der Arzt selbst, sondern seine Ehefrau an einem Gesundheitsunternehmen beteiligt, dem der Arzt Patienten zuweist?

Um die Ärzte über die Veränderungen zu informieren und entsprechende Rechtssicherheit zu geben, starten der Hartmannbund und ETL Gesundheitswesen im Herbst eine deutschlandweite Informationskampagne. Die Veranstaltungen finden immer an einem Mittwoch in der Zeit zwischen 18 und 20 Uhr statt.

Im Rahmen der Präsentation werden unter anderem folgende Fragen beantwortet: Wie kommt es zur Tatentdeckung? Welche Sanktionen drohen? Was sind die Anforderungen an Kooperationen? Sind auf Gesellschaften ausgelagerte Bereiche zulässig (zum Beispiel Labor)? Sind Rabatte beim Einkauf zulässig? Darf ich kostenlose Fortbildungen annehmen?

Die Veranstaltungen sind deutschlandweit geplant. Die ersten Termine stehen bereits fest: 5. Oktober in Frankfurt/Oder, 12. Oktober in Bielefeld und Hamburg, 19. Oktober in Magdeburg, 26. Oktober in Köln, 2. November in Saarlouis, 9. November in Koblenz, 14. Dezember in Aachen. Weitere Termine sind in Planung. Alle Informationen zum Veranstaltungsformat finden Sie im Internet auf www.korruption-gesundheitswesen.de.

Anzeige

SIND SIE ANGESTELLTER ARZT?

IHRE VORTEILE ALS HARTMANNBUNDMITGLIED

© Style-Photography - fotolia.com

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

Rechtsberatung Klinik

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

Prüfung von Arbeitsverträgen
Ärzte in Weiterbildung
Oberärzte
Chefärzte

Ärztliche Weiterbildung

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

Förderprogramme
Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Förderbedingungen, Antragstellung, Dokumentation etc.)

Evaluation der Weiterbildung

Betriebswirtschaftliche Beratung

Existenzgründung
Möglichkeiten des Vertragsarztrechtes
Praxiswert
Finanzierungsaspekte und Fördermöglichkeiten

Steuern und Abgaben
Lohnsteuer
Sozialversicherung
Werbungskosten
Steuererklärung

Versicherungen
Berufshaftpflicht
Berufsunfähigkeit
Rechtsschutz etc.

Vorsorge

Weitere Beratungsangebote

Rechtsberatung Niederlassung

Medizinstudium

Auslandstätigkeit

Internationale Angelegenheiten

Kontakt zu den Beratern:
030 206 208-0
info@hartmannbund.de
www.hartmannbund.de

Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTE.

KV-Wahlen 2016

Die ersten Ergebnisse liegen vor

In den vergangenen Wochen fanden die ersten Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Hier die ersten Ergebnisse :

Saarland: Für die Amtsperiode vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2022 wurden 30 Ärzte in die VV gewählt. Gewählte HB-Mitglieder sind Dr. Christoph Rolf Pönicke sowie Dr. Gudula Zimper.

Hamburg: Hier wurden 23 Ärzte in die VV gewählt. Gewählte HB-Mitglieder: Dr. Dirk Heinrich, Dr. Michael Reusch, Dr. Klaus Becker (Stellvertretendes Mitglied). Die Wahlbeteiligung lag bei den Ärzten bei 54,44 Prozent und bei den Psychotherapeuthen unter 61,23 Prozent.

Mecklenburg-Vorpommern: Das HB-Mitglied Bernd Grigo wurde in die VV gewählt. Die Wahlbeteiligung lag bei den Ärzten bei 64,35 Prozent und bei den Psychotherapeuthen unter 75,27 Prozent.

Nordrhein: In die VV wurden 50 Ärzte und Psychotherapeuten gewählt. Von Seiten des Hartmannbundes sind mit dabei: Dr. Lothar Rütz, Dr. Sabine Marten, Dr. Jo-

achim Wichmann, Dr. Frank Bergmann, Angelika Haus, Dr. Jürgen Zastrow.

Sachsen: Die neue VV besteht aus 40 Mitgliedern – 16 Hausärzte, 20 Fachärzte und vier Psychotherapeuten. Vom Hartmannbund haben es Dr. Thomas Lipp und Dr. Marco Hensel in die VV geschafft.

Zum Redaktionsschluss liefen folgende KV-Wahlen noch oder stehen kurz bevor:

Sachsen-Anhalt 20.8.-8.9., Berlin 2.-16.9., Schleswig-Holstein 5.-21.9., Brandenburg 5.-23.9., Thüringen 12.-23.9., Westfalen-Lippe 20.-30.9. (Liste H „Hartmannbund – Netze Westfalen-Lippe Hausarzt. Facharzt. vernetzt“, Listenführer: Dr. Klaus Reinhardt), Hessen 28.9.-26.10. (gemeinsame Liste „Hessenmed – Hartmannbund“, Listenführer: Dr. Lothar Born), Bayern 6.-19.10. (von HB organisierte Liste „Ärztinnen und Ärzte-Liste Bayern, Listenführerin: Dr. Astrid Bühren), Niedersachsen 12.-27.10., Bremen 26.10.-2.11. Die Wahlfrist in Baden-Württemberg wurde bis zum 25. September verlängert. Die KV-Wahl in Rheinland-Pfalz findet im November statt.

Wissenswertes rund um die KV-Wahlen hat der Hartmannbund im Internet zusammengestellt: www.kv-wahlen-2016.de.

In Erinnerung an Dr. Karl-August Samse

Dr. Karl-August Samse ist am 6. Juni 2016 in Göttingen verstorben. Geboren wurde er am 8. September 1920 in Rühle im Landkreis Holzminden. Im Anschluss an sein Abitur war er als Sanitätssoldat im Kriegseinsatz. 1946 bestand er das Medizinische Staatsexamen und wurde im Mai 1947 zum Dr. med. promoviert. Sehr früh als Assistenzarzt hatte Dr. Samse die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung und der freien ärztlichen Verbände erkannt. Als Vorsitzender des Marburger Bundes Niedersachsen (1953-1963) setzte er sich erfolgreich und geschickt für die Interessen der Krankenhausärzte ein. Mit fünf weiteren Kollegen erstritt er ein bedeutsames, folgenreiches Urteil am Bundesgerichtshof. Dieses ermöglichte es jungen Krankenhausärzten, sich früher und in größerer Anzahl in freier Arztpraxis niederzulassen. Das eröffnete eine ganz neue Zukunftsperspektive.

Seit 1960 als Internist in Holzminden niedergelassen, trat er dem Hartmannbund bei, wo er Landesvorsitzender von Niedersachsen und Mitglied im Gesamtvorstand war. Sein jahrzehntelanges, großes Engagement wurde durch Ehrenmitgliedschaft von Marburger Bund und Hartmannbund gewürdigt. Darüber hinaus war er viele Jahre Mitglied in der Vertreterversammlung und im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und Mitglied der Kammerversammlung und des Vorstandes der Ärztekammer Niedersachsen. Sein unermüdliches und erfolgreiches Engagement für die Interessen der Ärzteschaft beruhte auf seiner Überzeugung, dass Ärztinnen und Ärzte nur in einem freien Beruf für die Patienten wirkungsvoll und unabhängig arbeiten können. Das beispielhafte Wirken von Dr. Samse auf allen Ebenen der Standes- und Berufspolitik wurde vielfach gewürdigt: So erhielt er 1979 die Hartmann-Thieding-Plakette, 1984 die Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen und 1986 das Bundesverdienstkreuz.

Neben den eindrucksvollen Leistungen auf berufspolitischem Gebiet muss auch seine praktische ärztliche Tätigkeit als Internist gewürdigt werden. Er war ein Arzt der „alten klassischen Schule“. Seine große Erfahrung auf der Grundlage einer breitgefächerten Weiterbildung kam den Patienten zu Gute, denen er stets zugewandt war,

doch gelegentlich auch mahnend agierte. Karl-August Samse war eine Persönlichkeit mit klaren Überzeugungen, zu denen er auch öffentlich stand. Gewiss nicht ohne Ecken und Kanten, doch nie verletzend oder polemisch. Auf ihn trifft das bekannte Wort von Helmuth von Moltke zu „Mehr sein als scheinen“. Er war ein wichtiger Zeitzeuge. Seine Erlebnisberichte waren eindrücklich und aufschlussreich. Der Krieg als elementare und existenzielle Grenzerfahrung hat ihn sein Leben lang bewegt. Als Sanitätssoldat hat er sich durch seine Opferbereitschaft bewährt. Er hat schwer verwundete Kameraden unter Gefahr für Leib und Leben geborgen. Karl-August Samse wurde die Gnade eines sehr langen und reichen Lebens zu Teil, das sich nun vollendet hat. Wir werden ihn in ehrender Erinnerung behalten.

Prof. Dr. med. Heyo Eckel

Betriebliche Altersvorsorge

Keine Sorge vor Altersarmut der Praxismitarbeiter

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

Es ist wohl eine der größten Herausforderungen des Praxismanagements: Gutes medizinisches Fachpersonal zu finden und dauerhaft zu motivieren. Eine Möglichkeit ist zweifellos das Angebot einer soliden betrieblichen Altersvorsorge.

Das Problem kennen sicher viele Praxisinhaber: Qualifizierte Mitarbeiter zu finden, die den stetig steigenden Anforderungen in der medizinischen Versorgung gewachsen sind. Sie sind dünn gesät und können sich die für sie attraktivsten Stellenangebote auswählen. Der Arzt als Arbeitgeber muss also gute Argumente haben, geeigneten Mitarbeitern die Praxis „schmackhaft" zu machen und eine langfristige und gute Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Um sich als attraktiver Arbeitgeber zu empfehlen, ist das Angebot einer betrieblichen Altersvorsorge eine ausgezeichnete Möglichkeit. Zudem können den Mitarbeitern noch aufwandsneutrale Zuschüsse zur Entgeltumwandlung aus der Ersparnis von Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt werden. Die Rahmenbedingungen dafür schafft der „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung" für die Mitarbeiter in den Arztpraxen. In diesem Vertrag ist festgelegt, dass die Arbeitgeberbeiträge zur Altersvorsorge ab April 2016 auf 76 Euro für Vollzeitkräfte, 53 Euro für Auszubildende sowie 43 Euro für Teilzeitkräfte betragen. Diese Beträge lassen sich hervorragend in die „GesundheitsRente" investieren, die die Deutsche Ärzteversicherung, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank und die Pro bAV Pensionskasse gemeinsam entwickelt haben. Seit dem Jahr 2002 existiert diese „GesundheitsRente" und wird seitdem bundesweit erfolgreich in den Arztpraxen als betriebliche Altersvorsorge für Praxis-angestellte eingesetzt.

Neu ist nun eine Variante dieser „GesundheitsRente", die von der Deutschen Ärzteversicherung unter dem Namen „Relax Rente Comfort" angeboten wird. Der Organisationsaufwand für den Arzt ist gering, die Renditechance für die Mitarbeiter hingegen hoch. Was ist der Vorteil dieser „Relax Rente Comfort"?

Der Vorteil ist, dass ein Teil der eingezahlten Beiträge für die Mitarbeiter renditeorientiert angelegt und zusätzlich in das Sicherungsvermögen der Versicherungsgesellschaft investiert wird. Das bedeutet, dass selbst bei einer ungünstigen Kursentwicklung der Aktienmärkte der eingezahlte Beitrag in vollem Umfang garantiert wieder ausbezahlt wird. Es besteht für die Mitarbeiter kein Verlustrisiko. Und, das ist das Attraktive: Bei einer günstigen Kursentwicklung ist mit einem beträchtlichen Wertzuwachs zu rechnen.

Im Gespräch mit einem potentiellen Praxismitarbeiter bzw. einer -mitarbeiterin kann das Angebot einer betrieblichen Altersvorsorge ein bedeutendes Gewicht bekommen. Natürlich auch für die bereits in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter ist die „Relax Rente Comfort" ein hervorragendes Motivationsargument. Denn gerade nichtakademischem Fachpersonal droht ohne private Vorsorge oft die von Fachleuten befürchtete Altersarmut. Mit dem Abschluss einer betrieblichen Altersvorsorge für seine Mitarbeiter kann der Arzt dazu beitragen, dass sein Team entspannt in die Zukunft blicken kann.

<u>Vorteile für den Arzt als Arbeitgeber:</u>

- Sie haben motivierte Mitarbeiter und damit ein gutes Betriebsklima.
- Die Handhabung ist unkompliziert und der Verwaltungsaufwand sehr gering.
- Auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge entfallen die Steuern und Sozialversicherungsabgabe.
- Es besteht kein Haftungsrisiko.
- Es ist ein sogenannter Gruppenvertrag und das bedeutet bessere Konditionen als bei Einzelverträgen und damit bessere Renditen und höhere Ablaufleistung für die Mitarbeiter.

DIE GESUNDHEITSRENTE ZAHLT SICH FÜR MITARBEITER AUS

Leistungsbeispiel für eine 25-jährige Praxismitarbeiterin, die den Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 76 Euro anlegt, bis zum Rentenbeginn mit 67 Jahren (Versicherungsbeginn: 01.07.2016)

GesundheitsRente mit Tarif Relax Rente Comfort		
	Garantierte Altersrente	Altersrente inklusive Überschüsse**
Monatliche Altersrente	107 €	472 €
Oder einmalige Kapitalabfindung	38.304 €	168.533 €

** Die Altersrente inklusive Überschüsse basiert auf der Hochrechnung der für 2016 deklarierten Überschüsse sowie der Wertentwicklung der Fondsanteile und der Indexpartizipation. Dies alles kann nicht garantiert werden.

SRH Fernhochschule

Wie lässt sich Gesundheit mit der Digitalisierung vereinbaren?

Die SRH Fernhochschule – The Mobile University ist nicht nur mit 17 Studiengängen und verschiedenen akademischen Weiterbildungen in der Lehre aktiv, sondern engagiert sich auch für aktuelle Forschungs- und Entwicklungsthemen.

Lehre und Forschung sind an der SRH Fernhochschule eng miteinander verbunden. Die angewandte Forschung unterstützt vor allem die Lehre als strategischen Schwerpunkt der Hochschule. In Forschungs- und Beratungsprojekten unterstützt die Hochschule Organisationen unterschiedlicher Größen und Branchen bei der ganzheitlichen Analyse, Modellierung und Optimierung ihrer Arbeit. So hat die SRH Fernhochschule Anfang des Jahres beispielsweise den Zuschlag für ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung eingeworbenes Projekt über die Digitalisierung der Wirtschafts- und Arbeitswelt erhalten.

Die fortschreitende Digitalisierung führt in der Produktion zu einer sogenannten „4. Industriellen Revolution". Im Kern geht es darum, dass in der Produktion sogenannte Cyber-Physical Production Systems (CPPS) entstehen, mit intelligenten Betriebsmitteln und Erzeugnissen, die eigenständig Informationen austauschen, Aktionen auslösen und sich gegenseitig selbstständig steuern. Oder einfach ausgedrückt: Die industrielle Fertigung wächst mit dem Internet zusammen und entwickelt sich zu einer digitalisierten Industrie. Die Digitalisierung in der Industrie ist bisher vor allem als Technologieprojekt verankert, der Beschäftigte an sich bleibt vielfach unberücksichtigt.

Diese Entwicklungen stellen aber veränderte Anforderungen an die Tätigkeiten der Beschäftigten und somit auch an das betriebliche Gesundheitsmanagement. Wenn „intelligente" Produktions- und IT-Systeme miteinander verschmelzen, werden Arbeitstätigkeiten im Produktionsbereich sowohl aus technologischer als auch organisatorischer Perspektive anspruchsvoller und führen zu einer veränderten Belastungssituation physischer und psychischer Natur für den Beschäftigten. Bisher gibt es kaum erprobte Konzepte, um die Gesundheit der Mitarbeiter in einer digitalisierten Industrie zu erhalten. Nennenswerte Erfahrungen konnten bislang ausschließlich in Großunternehmen gesammelt werden – den für die deutsche Produktion typischen kleinen und mittelständischen Unternehmen wurde jedoch wenig Beachtung geschenkt.

Das Projektteam „Prädikatsarbeit" (v.l.n.r.): Prof. Dr. Manfred Mühlfelder (SRH Fernhochschule), Barbara Kienesberger (Dekra), Paul Bittner (SRH Fernhochschule), Christina Geiß (Liebherr), Daniel Blessing (Liebherr), Oliver Schwarzendorfer (Liebherr). Dahinter (v.l.n.r.): Stefan Herper (Zorn), Christian Rommel (Fraunhofer IFF), Silke Stopper (SRH Fernhochschule), Stefanie Kabelitz (Fraunhofer IFF), Arno Fischer (Dekra), Prof. Dr. Jörg von Garrel (SRH Fernhochschule)

Die SRH Fernhochschule führt daher das auf dreieinhalb Jahre angesetzte Projekt „PRÄDIKATSARBEIT – Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz in der digitalisierten Industrie von morgen: Kompetenz- und alternsgerechte Arbeitsfähigkeit" durch. Ziel ist es, in Kooperation von Industrieunternehmen, Präventionsdienstleistern, interdisziplinären Forschungsinstitutionen, und Sozialpartnern praxisnahe Lösungskonzepte für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik in einer digitalisierten Industrie zu erarbeiten.

Studiengänge und akademische Weiterbildungen im Gesundheitsbereich

Ob Wirtschaftspsychologie oder Prävention und Gesundheitspsychologie, die „SRH Fernhochschule – The Mobile University" bietet sowohl Bachelor- als auch Master-Studiengänge an. Gesundheitsrelevantes Fachwissen wird mit Inhalten der Betriebswirtschaftslehre und des Managements kombiniert, gleichfalls erwerben Interessierte Fach- und Führungskompetenzen für die Tätigkeit im weitreichenden Gesundheitssektor. Auch bietet die Fernhochschule mit „Gesundheitsökonomie für Mediziner" eine auf die Bedürfnisse von Ärzten, Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie Medizinstudierenden ausgerichtete akademische Fortbildung an.

Das mit dem Hartmannbund entwickelte modulare Weiterbildungsangebot qualifiziert Beschäftigte im Gesundheitsbereich für diese neuen Anforderungen. Für jedes erfolgreich abgeschlossene Modul werden von der Landesärztekammer Baden-Württemberg 40 Fortbildungspunkte (Fortbildungskategorie H) angerechnet.

Kontakt: SRH Fernhochschule – The Mobile University, Telefon: 07371-93 15-0, E-Mail: info@mobile-university.de, Internet: www.mobile-university.de

Steuerliche Realteilung

Auch berufliche Partnerschaften halten nicht immer ewig

Martina Becker, Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Gera, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

Kontakt: ETL ADVITAX Gera, advitax-gera@etl.de
www.etl.de/advitax-gera
Tel.: 0365 773 11 30

Worauf müssen niedergelassene Ärzte steuerlich achten, wenn sie eine Berufsausübungsgemeinschaft auflösen möchten? In diesem Fall macht der Gesetzgeber einige Vorgaben, die bei einer Realteilung zu beachten sind. Welche das sind, erklärt dieser Artikel.

Schließen sich Ärzte oder Zahnärzte mit ihren jeweiligen Einzelpraxen auf Augenhöhe zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusammen, wird – sofern die beiden Praxen nicht „von Hause aus" räumlich zusammenfallen – in aller Regel eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) gebildet. Da das Steuerrecht solchen Verbindungen nicht im Wege stehen will, ist der Zusammenschluss grundsätzlich steuerneutral möglich, sofern keiner der Partner dem anderen unmittelbar einen Kaufpreis hierfür zahlt. Zahlungen in das Gesamthandsvermögen der üBAG lösen dabei in der Regel keine Steuern aus.

Doch wie sieht es mit einer späteren Trennung aus?

Ohne eine gesonderte Regelung wäre zunächst einmal die aufwendige Erstellung einer Trennungs- oder Auseinandersetzungsbilanz zu Verkehrswerten erforderlich, damit für jeden Partner auch sein tatsächlicher wirtschaftlicher Anteil an der üBAG bestimmt werden kann. Im nächsten Schritt würden die Praxen dann real zwischen den Partnern aufgeteilt, wobei zu schauen wäre, ob einer der Partner dem anderen noch einen Ausgleich bzw. eine Abfindung zahlen muss.

Die Praxis zeigt jedoch, dass jeder Partner lediglich seine Praxis – ohne Zuzahlungen – zurück in sein Einzelunternehmen überführt. Für diesen Fall der sogenannten Realteilung hat der Gesetzgeber angeordnet, dass die einzelnen Partner die steuerlichen Buchwerte der Praxen bzw. die der übernommenen Einzelwirtschaftsgüter zwingend fortzuführen haben, ohne dass hierdurch ein steuerpflichtiger Veräußerungsgewinn entsteht. Steuerlich kann dann auf eine Bilanz verzichtet werden. Allerdings hat der einzelne Berufsträger die übernommenen Wirtschaftsgüter der Praxis auch für eine gewisse „Wohlverhaltensphase" unverändert in seinem Einzelunternehmen fortzuführen.

Einzelwirtschaftsgüter können gleichwertig verteilt werden

Doch wie vielleicht die Anteile an der üBAG nicht immer paritätisch bzw. nach Köpfen unter den Mitunternehmern aufgeteilt sind, so sind auch die Ertrags- und Vermögenswerte der vorhandenen Praxen nicht gleichmäßig verteilt. Daher ist es unschädlich, wenn die Einzelwirtschaftsgüter gleichwertig auf die beiden Praxen verteilt werden. Lediglich die Zuzahlung ist als sogenannter Spitzenausgleich schädlich für eine steuerneutrale Realteilung, da hier unterstellt wird, dass einem der Partner dadurch stille Reserven vergütet werden.

Unklar ist, ob kurz vor einer Realteilung noch Wirtschaftsgüter (insbesondere Kapital) in die üBAG eingelegt werden kann, um die Kapitalkonten anzugleichen. Unterschiede in den steuerlichen Kapitalkonten können im Übrigen über die sogenannte Kapitalkontenanpassungsmethode zwischen den Partnern ausgeglichen werden. Sofern sich hierdurch stille Reserven von einem auf den anderen Partner verschieben, wird dies vom Gesetzgeber ausdrücklich geduldet. Doch Vorsicht ist auch bei der Aufteilung der Wirtschaftsgüter ohne Spitzenausgleich geboten. Denn für den einzelnen Partner kann sich später bei der laufenden Besteuerung seiner Einzelpraxis eine höhere Steuerlast ergeben, wenn er bei der Realteilung im Verhältnis zu seinem Kapitalkonto weniger Buchwerte erhält als die übrigen Partner.

Bei einer Realteilung gibt es viele Fettnäpfchen zu beachten

Grundsätzlich gehen aus einer solchen Realteilung zwei Einzelpraxen hervor. Eine üBAG kann aber auch so aufgeteilt werden, dass hieraus eine Einzelpraxis und eine BAG mit zwei Partnern fortgeführt wird. So sieht es zumindest der Bundesfinanzhof in einer seiner letzten Entscheidungen.

Dennoch gibt es genug Fettnäpfchen, in die man bei einer Realteilung tappen kann. Die Folgen sind entweder eine unausgewogene Steuerlast zwischen den ehemaligen Partnern oder schlimmer – eine steuerpflichtige Auseinandersetzung. Auch sollte man für eine beabsichtigte Trennung bedenken, dass das letzte Wort bei der Realteilung noch nicht gesprochen wurde. Denn hinsichtlich der Buchwertübertragung stehen noch weitere Entscheidungen aus.

Daher empfiehlt es sich für Ärzte bzw. Zahnärzte, bei einer geplanten Trennung den steuerlicher Berater zu informieren und mit ihm das weitere Vorgehen zu besprechen.

Weitere Informationen zum Thema erhalten Sie auch von Ihrem Hartmannbund. Dieser berät Sie individuell zu berufsbezogenen, rechtlichen und auch steuerrechtlichen Fragen. Die Rechtsabteilung des Hartmannbundes erreichen Sie telefonisch unter der Nummer 030 206 208-58 oder per E-Mail: hb-info@hartmannbund.de.

Bei steuerrechtlichen Fragen können Sie telefonisch die Nummer 030 206 208-46 wählen. Weitere Informationen zum Hartmannbund finden Sie auch unter www.hartmannbund.de.

praktischArzt

Wir verbinden Ärzte mit Kliniken und Praxen

Das Karriereportal „praktischArzt" ist ein medizinisches Portal für Ärzte und Medizinstudierende und seit dem Jahr 2014 Partner des Hartmannbundes. Praxen und Kliniken erreichen über moderne Kanäle ihren Nachwuchs oder ihre Fachkräfte von morgen. Mediziner bleiben über aktuelle Stellenangebote, Fragen zum Medizineralltag und Karrieretipps am Ball.

„Der Wettlauf um qualifizierte Ärzte und die Mediziner von Morgen ist groß und oft mit hohen Kosten verbunden. Wir haben daher analysiert, was der Markt benötigt und vor allem, wie man dem Markt nachhaltige Mehrwerte bringt", so Timo Krasko, Mitgründer von praktischArzt. Das Karriereportal wurde über die Jahre Schritt für Schritt zu der Plattform, die sie heute ist.

Bereits im Jahr 2013 ist praktischArzt – damals noch mit einem Fokus auf Medizinstudierende – online gegangen. Damals war praktischArzt die einzige deutschlandweite Plattform für die Vermittlung von Famulaturen, PJ-Plätzen und Assistenzarztstellen, mit dem Ziel, für Kliniken und Praxen kurz-, mittel- und langfristig den Kontakt zu Jungmedizinern aufzubauen.

Heute bedient praktischArzt mit seinem Stellenangebot als auch seinem Karriereportal alle medizinischen Karrierestufen und dient als zentrale Anlaufstelle für arbeitssuchende Mediziner. Mit einem der größten Stellenangebote für Ärzte und Medizinstudierende finden diese deutschlandweit fast alle verfügbaren Stellen und müssen so nicht mehr mühsam auf verschiedenen Stellenportalen nach der Wunschtätigkeit suchen.

Einmalige Reichweite für Stellen- oder Praxisangebote

Einen solchen Mehrwert bietet praktischArzt auch seinen Kunden als Alleinstellungsmerkmal. Denn Stellen, die auf praktischArzt inseriert werden, werden über 15 weitere Kanäle gestreut, um eine optimale Reichweite unter Medizinern zu erreichen. Durch das Online-Konzept und die Arbeit mit einem Partnernetzwerk können die eingesparten Kosten direkt an die Kunden weitergegeben werden, wodurch eine Stellenschaltung inklusive aller Kanäle bereits für 279 Euro ermöglicht wird. Damit wird gerade auch kleineren Häusern oder den vielen Praxen in ländlichen Gebieten die Chance gegeben, qualifiziertes Personal zu finden.

Soziale Netzwerke – gerade unter Jungmedizinern beliebt

Etwa 1,5 Milliarden registrierte Nutzer hat das soziale Netzwerk Facebook weltweit. In Deutschland sind es 27 Millionen. Die Nutzung dieses Informations- und Unterhaltungsnetzwerks ist für Karriereportale ein Muss. Das Medium Facebook kann jede Klinik und jede Praxis gezielt nutzen. Employer Branding – Arbeitgebermarkenbildung – dient dazu, sich als Arbeitgeber attraktiv zu präsentieren.

Dieser Trend beziehungsweise diese Notwendigkeit war eine der frühen Erkenntnisse in der Evolution der heutigen praktischArzt Plattform. Die Kombination aus umfassendem Informationsportal und führender Facebook-Präsenz ermöglicht es, Aufmerksamkeit auf die unbekannte Praxis auf dem Land oder das Klinikum fernab von Ballungszentren zu lenken. Mit Aufmerksamkeit erreicht man das qualifizierte Personal, das man für die Zukunft benötigt.

Wer nun jedoch denkt, dass viele Kanäle oder inhaltliche Platzierungen im Portal mit viel Arbeit verbunden sind, der irrt. Das kostbarste Gut eines Arbeitgebers – sei es beim Praxisinhaber im Tagesgeschäft oder beim Personaler im Klinikverbund – ist stets die Zeit. Daher ermöglicht ein kostenfreier Einstellservice die Veröffentlichung von Stellenanzeigen innerhalb weniger Stunden. Benötigt wird lediglich eine Ausschreibung via Mail.

Der Hartmannbund ist ein sehr wichtiger Partner

Durch den ursprünglichen Fokus auf Nachwuchsmediziner und den Wunsch, den Markt positiv zu beeinflussen, stand für das ehemalige Gründerteam von praktischArzt fest, dass der Hartmannbund ein wichtiger Kooperationspartner ist. Mit praktischArzt, dem Blog und den sozialen Netzwerken kann beispielsweise dem großen und nachhaltigen Engagement der Medizinstudierenden im Hartmannbund eine weitere Plattform geboten werden und damit Reichweite und Einfluss vergrößert werden. Aus Partnerschaften wie diesen entstehen Synergien, die letztendlich allen Medizinern helfen werden – sei es der Medizinstudent am Anfang seiner Karriere, der Personaler einer Klinik oder der Praxisinhaber, der seine Praxis abgeben möchte.

Wenn Sie genauer wissen möchten, was hinter praktischArzt steckt, gehen Sie doch auf www.hartmannbund.de. Unter Netzwerke finden Sie die Stellenbörsen.

Ansprechpartner für Mitglieder

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

© burak çakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen
Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand
Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung
Steffen Pankau
Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium
Dörthe Arnold
Tel.: 030 206208-11

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten
Dr. med. Michael Vogt
Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung
Farid Tehrani / 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

Regionalreferat Nord
(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)
Patrik Benzler
Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost
(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)
Sabine Beukert
Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat West
(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)
Christoph Günther
Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Süd
(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)
Sebastian Bauknecht
Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen

PRAXISNACHFOLGE/-IMMOBILIE/-INVENTAR

Zahnarztpraxis ab sofort abzugeben
ZA Praxis, Oralchirurgie, 3 BHZ, barrierefrei, Parkplätze vorhanden, Industriestandort im bayerischen Voralpenland, alle Schulen am Ort, ab sofort abzugeben. Angebote bitte unter Chiffre: 055110 (s. Informationen rechts unten).

Nachfolge für Praxis in Chemnitz gesucht
Facharzt für Allgemeinmedizin sucht Praxisnachfolge ab März 2017 aus Altersgründen. Große Anzahl an Stammpatienten, umsatzstark (Praxis behindertengerecht, gute Parkmöglichkeit, Wohn-und Geschäftshaus) in 09131 Chemnitz. Kontakt telefonisch nach 18 Uhr unter 0371 413489.

Nachfolge für Praxisräume in Hamburg gesucht
Nachfolge für Praxisräume gesucht, 120 Quadratmeter, in Hamburg-Mitte, Bestlage und Bestkonditionen im Sinne alter Hamburger Tradition. Arzt und/oder arztverwandte Berufe finden hier ein vertrautes Zuhause. Zeitpunkt verhandelbar, sofort oder auch später. Kontakt telefonisch unter 0172 4248590.

Homo-Skelett mit Stativ preisgünstig abzugeben
Homo-Skelett mit Stativ preisgünstig in Nordrhein-Westfalen abzuholen. Gut erhaltenes Skelett mit Stativ und sehr guter Bezahnung preisgünstig in NRW abzugeben (VB 280 Euro). Kontakt telefonisch unter 02841 65392.

STELLENANZEIGEN

Privatpraxis sucht Verstärkung
Verstärkung für Privatpraxis in Teilzeit gesucht. Unser Patientenstamm wächst, das ist toll. Und wir nehmen uns gerne Zeit für die Patienten. Aktuell haben wir Schwierigkeiten, allen Patienten einen passenden Termin anzubieten. Zusätzlich würden wir gerne unsere Öffnungszeiten erweitern. Daher suchen wir zur Verstärkung unseres Teams auf diesem Wege eine(n) fachlich und menschlich qualifizierte(n) Kollegin oder Kollegen in Teilzeitstellung. Auch würden wir uns über eine Erweiterung/Ergänzung unseres Spektrums freuen. Möglich wären zum Beispiel: Allgemeinmedizin oder Innere Medizin jeweils mit sämtlichen Zusatzqualifikationen, Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkten. Mehr Informationen gibt es auf unserer Homepage www.naturheilverfahren-arzt.com. Der kleine Film auf unserer Webseite ist etwas älter, wir haben auch ein neues Sono, neue ERGO und vieles mehr. Kontakt: Thomas Ems, Gesundheitszentrum Königsdorf, Aachener Str. 581, 50226 Frechen-Königsdorf, Telefon: 0173 9300893

Weiterbildungsassistent/-in in Herne gesucht
Große allgemeinmedizinisch-internistische Gemeinschaftspraxis sucht Weiterbildungsassistenten/-in ab sofort oder später. Flexible Arbeitszeiten sind möglich. Nähere Informationen zur Praxis gibt es unter www.praxis-herne.de. Telefonischer Kontakt unter 0160 7465160.

KLEINANZEIGEN – FÜR MITGLIEDER KOSTENLOS*

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

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

Anzeige

IMPRESSUM

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

Redaktion:
Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

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

Anschriften:
Pressereferat Hartmannbund
Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin
Tel. 030 206208-11, Fax 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de

Verlag:
Köllen Druck+Verlag GmbH
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14,
53117 Bonn
Tel. 0228 98982-85, Fax 0228 98982-99
E-Mail: c.bellert@koellen.de

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

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

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

Mitteilungsblatt des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Erscheinungsort:
Bonn – 4 Ausgaben jährlich.
Einzelheft 3,50 Euro
Jahresabonnement 12 Euro, incl. 7 % MwSt., zzgl. Versandkosten.
ISSN: 0944-7369

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

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

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

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

Titelfoto: © diez-artwork/Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com

Kurz vor Schluss

In MVZ arbeiten immer mehr angestellte Ärzte

Die Zahl der in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen Ärztinnen und Ärzte steigt stetig. Das geht aus einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Statistik hervor. In den bundesweit 2.156 MVZ arbeiteten Ende 2015 insgesamt 14.317 Ärztinnen und Ärzte. Das entspricht fast zehn Prozent der in der ambulanten Versorgung tätigen Mediziner. Etwa 90 Prozent davon waren Angestellte. Lag ihre Anzahl im Jahre 2010 noch bei 7.278, waren es fünf Jahre später schon 12.976 Mediziner.

Immer mehr Ärzte verlassen Großbritannien

Laut Information des Hamburger Ärztenachrichtendienstes haben bereits zahlreiche Ärzte aus anderen EU-Ländern den britischen Inseln den Rücken gekehrt. Britische Berufsverbände sehen diese Entwicklung mit Sorge. In einem offenen Brief soll die „Federation of Specialist Hospitals“, in der viele britische Krankenhäuser organisiert sind, vor den Folgen dieser Abwanderung gewarnt haben. Es werde mit Sorge beobachtet, dass immer mehr hoch qualifizierte ausländische Fachärzte den Nationalen Gesundheitsdienst verließen. In Fachbereichen wie der Kardiologie und Neurologie soll es bereits erste Versorgungslücken geben.

Hufeland-Preis fördert Doktoranden mit je 4 x 5.000 Euro

In diesem Jahr wird nicht nur der mit 20.000 Euro dotierte Hufeland-Preis für richtungsweisende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Präventivmedizin und der Versorgungsforschung ausgeschrieben. Zusätzlich werden einmalig vier Doktorarbeiten auch auf dem Gebiet der Versorgungsforschung mit jeweils 5.000 Euro durch die Stiftung Hufeland-Preis unterstützt. Zur Teilnahme berechtigt sind Doktoranden, deren Arbeiten ein Dissertationsthema im Bereich der Versorgungsforschung aufgreifen. Mehr Informationen auf der Hartmannbund-Homepage.

Mehr aktuelle Informationen auf www.hartmannbund.de

Anzeige

ETL | ADVISION

Anzeige

Deutsche Ärzteversicherung

Tun Sie es für sich – und für andere

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