

01/2014

 Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Hightech mit Ladehemmung?

Potenziale und Grenzen der Telemedizin



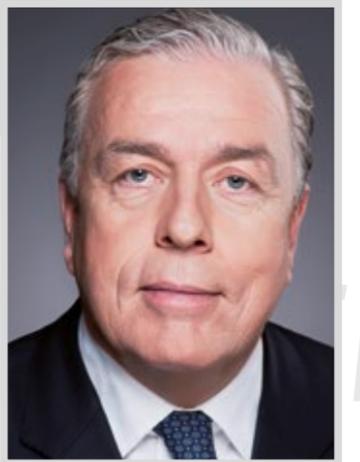
”
**Ich behandle 30 Patienten
 in einer Schicht. Ich löse 30
 Probleme in einer Schicht.
 Ich bin froh, dass auch
 jemand für meine Probleme
 da ist. Ich bin Mitglied im
 Hartmannbund.** “



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
 Vorsitzender des Hartmannbundes
 Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
 liebe Kollegen*

Wenn Sie heute ein ganz neues Hartmannbund-Magazin in den Händen halten, so spiegelt dies – neben vielen anderen Aktivitäten und Initiativen der vergangenen Jahre – die Weiterentwicklung unseres Verbandes und seiner Publikationen. Das neue Magazin erscheint nicht nur in wesentlich modernerem Layout, sondern es trägt auch einem veränderten Medienverhalten Rechnung. Es wird stärker als zuvor Hintergründe beleuchten, Themen tiefgründiger vermitteln und sich stärker auf Meinung und Diskurs konzentrieren. Dabei werden wir auf „Medien-Mix“ setzen, indem wir Magazin und Homepage Stück für Stück intensiver vernetzen. Online sollen – neben der gewohnten Berichterstattung über die Angebote und Leistungen des Verbandes und der Berichterstattung zur Entwicklung im Gesundheitswesen – künftig Magazin-Themen ergänzt, aktualisiert oder thematisch erweitert werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei all dem soll aber Kommunikation nach wie vor keine Einbahnstraße sein. Wir wünschen uns ganz ausdrücklich den Diskurs mit Ihnen, unseren Mitgliedern. Lassen Sie uns wissen, was Sie bewegt, sagen Sie uns, was Sie von uns erwarten oder wo Sie berufspolitischen Handlungsbedarf sehen.

Ganz aktuell würden wir von Ihnen gerne wissen, wie Sie zum Thema der Delegation oder gar Substitution ärztlicher Leistungen stehen. Der Gesetzgeber wird hier tätig werden und wir wollen die anstehenden Entscheidungsprozesse politisch beeinflussen und uns frühzeitig aktiv einschalten. Dazu ist uns Ihre Meinung wichtig, dazu wollen wir auch auf Ihre Erfahrungen setzen. Bitte beteiligen Sie sich an unserer Umfrage. In den vergangenen Tagen haben Sie dazu per Mail bereits gesonderte Informationen erhalten. Sie können – auch das ist neu – über einen speziellen Link in diesem Heft mit Ihrem Smartphone direkt auf die Umfrage zugreifen. Unsere neue Rubrik „Pro & Contra“ bietet schon einmal einen interessanten Einblick in unterschiedliche Argumente und Positionen zum Thema.

Auch unser Titelthema, die Telemedizin, wird in den kommenden Jahren unsere erhöhte Aufmerksamkeit erfordern. Denn wenn wir nicht von Herausforderungen und sich stetig verändernden Bedingungen unseres Berufes überrascht und überrollt werden wollen, dann müssen wir uns ihnen frühzeitig stellen und die Dinge aktiv mitgestalten.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und freue mich auch zukünftig auf einen lebendigen und konstruktiven Dialog im Verband.

Klaus Reinhardt

IHRE **VORTEILE** ALS HARTMANNBUND MITGLIED

Neben unserem großen Beratungsangebot an berufs-, steuer- und tarifrechtlichen Fragen bietet der Hartmannbund auch ein breitgefächertes Angebot an Serviceleistungen, die in vielen Fällen mit hohen geldwerten Vorteilen verbunden sind:

- Versicherungen
- Steuerberatung
- Bankdienstleistungen
- MEDI-LEARN Club
- Fonds und Vermögen
- Niederlassungspaket
- StepStone – Stellengesuche
- Arztsuche für Privatpatienten
- Autovermietung
- Autokauf
- Hotelbuchung
- BSW BonusClub
- Großhandel (Metro)
- Fernstudium
- Servicepartner

Weitere Informationen:
030 20620841
www.hartmannbund.de



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Inhalt

12

Weiter gemeinsam an der Zukunft drehen?
Die KBV am Scheideweg



6
Titel
Telemedizin auf Abwegen?
Eine Spurensuche

10 **Politik**
Wohin steuert die
neue Regierung?

14 **Pro & Contra**
Delegation & Substitution



16
Das Interview
Dr. Klaus Reinhardt über
Ärztbashing und
den neuen Minister



18
Recht
Vorsicht beim Faxen von
Rezepten an Apotheken

20
Der Gemeinsame Bundesausschuss
– aktiv seit 10 Jahren

Einheitliche Sprachtests
für ausländische Ärzte? **22**

Acht Monate Weiterbildung:
Ein Assistenzarzt berichtet **24**

Friedrich-Thieding-Preis
wurde ausgeschrieben **26**

28
HB-Intern
117. Deutscher Ärztetag
in Düsseldorf

32
Service
Kooperationspartner

Ansprechpartner **36**

Impressum **38**

Telemedizin auf A b bewegen?

Eine Spurensuche

Seit vielen Jahren schon wird eine flächendeckende Integration telemedizinischer und telematischer Anwendungen in der Regelversorgung angestrebt, doch noch immer ist das Potenzial bei weitem nicht ausgeschöpft. Warum ist das so? Worin liegt die Ursache für die Verzögerung? Verschlüßt Deutschland ein Zukunftsthema?

Die gute Nachricht gleich vorweg: „Deutschland muss sich in Sachen Telematik und Telemedizin hinter anderen Ländern nicht verstecken und ist keineswegs so schlecht aufgestellt wie es den Anschein macht.“ Sagt Dr. Franz-Josef Bartmann, seines Zeichens Vorsitzender des Arbeitsausschusses Telematik bei der Bundesärztekammer (BÄK). Es sei nicht abzustreiten, dass Telemedizin und Telematik in Ländern wie Norwegen weiter entwickelt seien (*dazu auch Seite 9*), doch das habe triftige Gründe, verweist Bartmann auf strukturelle und auch kulturelle Ursachen, die in Deutschland so nicht anzutreffen seien. „Wir leisten mehr, als nach außen abgebildet wird, und sind in der Telemedizin wie auch in der Telematik auf einem guten Weg.“

Trotzdem gibt es an dieser Stelle ein „aber“. Bei bundesweit mittlerweile mehr als 600 Projekten muss die Frage gestellt werden, warum es Telematik und Telemedizin bis heute nicht flächendeckend in die Kliniken und Praxen geschafft haben? Steht der Großteil der deutschen Ärzte neuer Technik möglicherweise latent ablehnend gegenüber? Tragen sich die Ärzte mit der Sorge, durch neue Techniken Patienten und auch Geld zu verlieren? Oder ist mal wieder die Politik an allem Schuld?

Es ist vermutlich wie so oft von allem ein bisschen. Die einen behaupten, es liege an der derzeit fehlenden Verankerung der telemedizinischen und telematischen Anwendungsfelder in den Vergütungssystemen. Andere sagen, die technischen Voraussetzungen würden zu wünschenswert übrig lassen und die Organisationsstrukturen seien zu kleinteilig. Und wieder andere geben zu bedenken, dass Telemedizin und Telematik mit dem Datenschutz gegenüber den Patienten nicht vereinbar seien.

Eines scheint sich mittlerweile durchgesetzt zu haben: Telemedizin als auch Telematik sind bei vielen Ärzten – mittlerweile auch bei den niedergelassenen – keine so großen Reizwörter mehr, sondern werden als wichtige Bausteine zur Verbesserung der Versorgung ernst genommen. „Viele Ärzte zeigen bereits heute Eigeninitiative, und es gibt regional viele Win-Win-Situationen“, sieht Bartmann die deutschen Ärzte auf einem guten Weg, hat aber gleichzeitig ein Hindernis ausgemacht. Den meisten der 600 telemedizinischen und telematischen Projekte in Deutschlands Krankenhäusern und Arztpraxen, von denen ca. 200 Hand und Fuß hätten,

mangele es an einer Evaluation – also der Frage, ob das jeweilige Modellprojekt qualitätssteigernd und effizient genug ist, um es auf eine breitere Versorgungsstruktur anzuwenden? Diesem Anspruch werden seiner Meinung nach bisher nur wenige Projekte gerecht – so zum Beispiel das bayerische Netzwerk TEM-PiS zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung, mit dessen Telekonsildiensten und Spezialisten jährlich mehr als 7000 Patienten in teilnehmenden Satellitenkliniken behandelt werden können. Oder das telemedizinische Monitoring von Herzschrittmacherpatienten, das es möglicherweise als erste telemedizinische Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) schaffen könnte. Auch die telemedizinische Überwachung von Diabetespatienten oder die Betreuung von Parkinsonerkrankten (via Te-

lelkonsultation) haben Potenzial für einen bundesweiten Einsatz, da sie unabhängig vom Aufenthaltsort des Patienten und des Arztes zum Einsatz kommen. Aber wie steht es um die virtuellen Sprechstunden, elektronischen Arztbriefe oder elektronischen Rezepte? Wird es bald flächendeckend Fernoperationen geben? Oder ist das alles noch Zukunftsmusik?

„Es gibt viele sinnvolle Projekte, die Vorteile für die Ärzte in den Kliniken und Praxen und deren Patienten bringen können. Und was sinnvoll ist, wird sich irgendwann auch durchsetzen“, glaubt Bartmann an eine stete Zunahme flächendeckender telemedizinischer und telematischer Projekte bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung und der Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit.

Vorteile beim Einsatz von Telemedizin und Telematik sieht auch der Allgemeinmediziner Dr. Thomas Lipp, der für den Hartmannbund im BÄK-Arbeitsausschuss Telematik aktiv ist und in seiner Gemeinschaftspraxis in Leipzig seit einiger Zeit Telekon-

sultationen mit Kollegen in HNO-

Facharztpraxen durchführt. Vorteile für die Patienten: Zeitersparnis, weniger Arztkontakte, geringere Wartezeit, zeitnahe Diagnostik, leichter Zugang zu Fachärzten. Vorteile für die Praxis: schnelle Expertise, Erhöhung der Diagnose- und Therapiesicherheit, effektiveres Arbeiten, zufriedenerer Patienten.

„In meiner Arbeit spielen Telemedizin und Telematik bereits eine wichtige Rolle“, resümiert Lipp. Hinsichtlich einer flächendeckenden Integration – hier vor allem im ambulanten Bereich – sehe er allerdings noch viele aktuelle Probleme. Auch sei das Thema Telemedizin/Telematik noch lange nicht in den Köpfen aller Ärzte angekommen. Hierzu müs-



Expertenmeinung

Wie steht es um die eGK?

Zum 1. Januar 2014 ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) gültiger Versicherungsnachweis, der in Arztpraxen und Krankenhäusern akzeptiert werden muss. Entgegen anderslautender Meldungen aus dem Umfeld der gesetzlichen Krankenversicherung behalten die „alten“ Krankenversicherungskarten (KVK) ihre Gültigkeit bis zum Ende des jeweiligen Ablaufdatums. Nach Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen sind bereits 90 Prozent ihrer Mitglieder im Besitz der neuen eGK.

Der flächendeckenden Ausstattung von Arztpraxen und Krankenhäusern mit neuen Lesegeräten folgen der Aufbau und die Testung der Infrastruktur und der jeweiligen Anwendungen der eGK. In zwei Testregionen werden Ende 2014 mindestens jeweils 500 Praxen und mehrere Krankenhäuser vernetzt; sie erhalten einen sicheren Internetzugang, testen den elektronischen Arztbrief mit elektronischer Signatur (QES) und den sog. Versichertenstammdatenabgleich. Bisher müssen bei Änderung persönlicher Daten, bspw. bei Adresswechsel des Versicherten, unterjährig mehrere Millionen Karten mit großem zeitlichen und finanziellen Aufwand ausgetauscht werden. Änderungen des Datensatzes erfolgen zukünftig ausschließlich über eine Meldung des Versicherten bei seiner Kasse. Die aktualisierten Stammdaten werden automatisch beim nächsten Arztbesuch übertragen, ohne dass die Praxis mit der IT der Krankenkasse verbunden ist. Mit diesem Verfahren lassen sich auch gestohlene Karten sperren. Jemand, der die Karte missbräuchlich einsetzt, weiß in Zukunft, dass er „auffällt“. Das war's. Damit wird im Übrigen eine „alte“ Forderung ärztlicher Organisationen nach Eindämmung des Missbrauchs von Versicherungskarten erfüllt.

Natürlich muss sich dieser Prozess nahtlos in die Abläufe in den Praxen einfügen. Daher die ausführlichen Tests. Diese Anwendung ist die einzige, die für den Patienten verpflichtend ist. Alle anderen Anwendungen, die zurzeit erarbeitet werden, wie z.B. elektronische Fallakten oder ein Notfalldatensatz auf der eGK, sind freiwillig. Das System ist so angelegt, dass es Patienten und Ärzte überzeugen muss.

Dr. Franz-Josef Bartmann, seit 2006 Vorsitzender des BÄK-Arbeitsausschusses Telematik.



se die ärztliche Selbstverwaltung, aber auch die Politik noch umfassender informieren. Unbedingten Klärungsbedarf sieht Lipp bei haftungs- und berufsrechtlichen Fragen (Stichwort: aktuelles Fernbehandlungsverbot), bei datenschutzrechtlichen Fragen (Kritik an Digitalisierung der Daten von Patienten und Ärzten), im künftigen Miteinander der einzelnen Fachgruppen, aber auch zwischen Kliniken und Praxen hinsichtlich der Aufteilung von Diagnostikaufgaben sowie bei der Frage nach den Abrechnungsmöglichkeiten – ambulant wie stationär.

In puncto Anpassung des EBM zur Abbildung telemedizinischer und telematischer Leistungen mahlen die Mühlen besonders langsam. Bereits vor einem Jahr – zum 31. März 2013 – sollte der Bewertungsausschuss festlegen, in welchem Umfang Anwendungen im Leistungskatalog der GKVnen abgebildet werden können. Doch die Frist lief ohne Ergebnis ab. Immerhin dann das: Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben eine Rahmenvereinbarung geschlossen, in der die Voraussetzungen

für die Vergabe einer EBM-Ziffer für telemedizinische Projekte festgeschrieben sind und die außerdem einen Prüfauftrag durch den Bewertungsausschuss beinhaltet. Wann mit einem Ergebnis zu rechnen ist, ist unklar. „Die Prüfungen laufen noch“, so der Pressesprecher der KBV, Dr. Roland Stahl.

Voraussetzung für eine Vergütung, so Bartmann, seien fundierte Daten, eine bundesweite Evaluierung und die Einhaltung spezifischer Qualitätsstandards. Doch noch sei die Datenlage ziemlich dürftig. „Deshalb kann ich nicht empfehlen, Ziffern auf Grundlage eines Modellprojektes festzulegen. Erst wenn man weiß, wie gut das jeweilige Projekt ist, kann die Vergütungsfrage geklärt werden.“ Trotzdem sollten Modellprojekte, nur weil sie aktuell keine Vergütungsgrundlage haben, nicht aufgegeben werden, rät Bartmann. Das wäre zu kurz gedacht.

Man merkt dem Thema an, dass es noch jede Menge Klärungsbedarf gibt. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass Telemedizin und Telematik in Deutschland an Bedeutung zunehmen und selbst auf dem IT-Gipfel der Bundesregierung im Oktober 2014 in Hamburg eine wichtige Rolle spielen werden. Auch der Deutsche Ärztetag wird sich indirekt mit dem Thema beschäftigen, so Bartmann. Im Vorfeld werde es eine umfassende Bestandsaufnahme von Telemedizin und Telematik geben. Und auch regional hat das Thema immer mehr Relevanz – auf Veranstaltungen und Messen für niedergelassene Ärzte ebenso wie für Krankenhäuser, Krankenkassen und die Politik, aber auch in den verschiedensten regionalen Ärztenetzen sowie bei KVen und Landesärztekammern. Und auch die technischen Grundvoraussetzungen sind nicht schlecht. Laut einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2010 verfügte bereits damals die große Mehrheit der niedergelassenen Ärzte über einen Internetanschluss. In noch höherem Maße ist die Möglichkeit für eine externe Anbindung in den Krankenhäusern gegeben. Und es kann davon ausgegangen werden, dass die technischen Voraussetzungen nicht schlechter geworden sind.

Bleibt die Frage zu stellen: Wie steht es mit Aus-, Weiter- und Fortbildung? „Es wird nie einen Facharzt für Telemedizin geben“, so Bartmann. Und im Rahmen des Medizinstudiums sei es aktuell schwierig, Telemedizin/Telematik unterzubringen. Deshalb empfiehlt Bartmann dem Nachwuchs, sich regelmäßig über den aktuellen Entwicklungsstand zu informieren, und den Ärzten, sich fortzubilden. Und dort, wo Telemedizin und Telematik für die Weiterbildungsordnung relevant werden sollten, werden die entsprechenden Punkte übernommen. (DA)



Der Gesprächspartner Dr. Franz-Josef Bartmann arbeitet als Chirurg in Flensburg und ist seit 2001 Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein. Bei der Bundesärztekammer ist er Telematikbeauftragter und Vorsitzender des Ausschusses für Weiterbildung.



Der Gesprächspartner Dr. Thomas Lipp ist niedergelassener Allgemeinmediziner in Leipzig. Er ist Mitglied des Geschäftsführenden HB-Vorstands sowie Vorsitzender des HB-Landesverbandes Sachsen. Für den Hartmannbund sitzt er im BÄK-Ausschuss „Telematik“.

Vorreiter Norwegen ging früh andere Wege

Als ein Land mit großen Entfernungen und dünner Besiedlung hatte Norwegen bereits Ende der achtziger Jahre ein Interesse an der Telemedizin gezeigt und neue Anwendungen von Piloten und Klein-Skala-Diensten getestet.

Ein Bericht des Norwegischen Zentrums für Integrierte Versorgung und Telemedizin (NST) aus dem Jahr 1998 hat 102 telemedizinische Programme in Norwegen identifiziert, von denen der große Teil innerhalb der Radiologie, Psychologie, Dermatologie, Pathologie und Otorhinolaryngologie zu finden war. Heute haben sich die Fachgebiete der Kardiologie, Lungenmedizin, Notfallmedizin, Onkologie, Ophthalmologie, Nephrologie, Neurologie, Endokrinologie und Orthopädie sowie andere eingereicht.

Die Qualität und Effizienz des Gesundheitsdienstes sind die Hauptbeweggründe, weshalb man die Telemedizin in Norwegen sowohl innerhalb eines Sektors als auch Sektorenübergreifend eingeführt hat. So beurteilt zum Beispiel die Lungenabteilung des Universitätskrankenhauses Oslo die Telekonsultation via Videokonferenz als nützliches Mittel, um mit sechs Lokalkrankenhäusern Patientenfälle dieser im Hinblick auf eine Operation zu evaluieren und auf diese Art ihre Verantwortung als Hauptkrankenhause zu wahren.

Mit der in 2009 eingeführten Kooperationsreform hat die Regierung den Zukunftsplan für eine verstärkte Integrierte Versorgung gefestigt und hier auch Telemedizin eingeplant. Das „Sunnaas Model“ des Rehabilitierungsklinikums kann hier als gutes Beispiel dienen. Patienten, die einen Bedarf für langwierige Rehabilitation haben, werden über Videokonferenz betreut, indem das Krankenhaus mit dem Gesundheitspersonal der Kommune und anderen Akteuren die Einweisung, Entlassung und den Follow-up des Patienten besprechen. Verbessertes Informationsfluss und Kompetenzüberführung werden als positive Resultate genannt. In Bezug auf Telemedizin zur Selbsthilfe, vor allem bei Patienten mit chronischen Krankheiten wie Diabetes und COPD, gibt es Initiativen auf politischem Niveau wie auch im Bereich der Welfare Technologie.

Eine europäische Studie über die Akzeptanz der Telemedizin bei Gesundheitspersonal und Patienten, die das NST zusammen mit den europäischen Organisationen EPF (Leiter des Projektes), CPME, EFN, PGEU und der lettischen Organisation Sustento in dem Chain of Trust Projekt (www.chainoftrust.eu) in europäischen Ländern durchgeführt hat, zeigt, dass das Gesundheitspersonal in Europa positiv zur eigenen Nutzung der Telemedizin steht (60 Prozent), allerdings wird die Telemedizin nur im sehr geringen Maße genutzt (6 Prozent). 80 Prozent des Gesundheitspersonals sagt aus, dass der Arbeitgeber keine Möglichkeit der Nutzung der Telemedizin anbietet. Weitere Ursachen für die geringe Nutzung der Telemedizin, die in der Stu-

die angegeben werden, sind Befürchtungen zum Datenschutz, increasing workload und der Qualitätsverringering der Patientenbehandlung. Andererseits, was die Patienten anbelangt, wünschen diese sich eine aktivere Rolle in Bezug auf Selbstmanagement einzunehmen (92 Prozent), und 60 Prozent könnten sich vorstellen, Telemedizin zu nutzen. Allerdings haben mehr als 50 Prozent Bedenken bei der eigenen Verantwortung, die Selbstmanagement mit Hilfe von Telemedizin mit sich bringt.

Die Tatsache, dass Norwegen in dieser Studie zu den Ländern gezählt wird, in denen die Anwendung der Telemedizin am höchsten ist, bestätigt auch das Bild von Norwegen als Vorreiterland. Meiner Meinung nach muss der „Vorzug“ Norwegens einigen Reflektionen unterzogen werden. Zwar weißt die Studie auf, dass Norwegen auf Rang 2 ist, was die Nutzung der Telemedizin seitens des Gesundheitspersonals anbelangt. Auch zeigt eine frühe NST-Studie, dass bereits im Jahre 2002 50 Prozent der befragten Norweger gern die Möglichkeit gehabt hätten, mit ihrem Arzt via Informationstechnik zu kommunizieren. Auch sehen wir einen großen Fortschritt in der Einführung der elektronischen Patientenakte, zu 100 Prozent in Krankenhäusern und Hausarztpraxen und zu mehr als 90 Prozent in Krankenheimen. Doch was Einsichten über den aktuellen Stand der Telemedizin in Norwegen anbelangt, sagt wiederum eine kürzlich durchgeführte Studie aus, dass das Potential der Telemedizin bei weitem nicht genutzt wird.

Die Herausforderungen sind ähnlich denen anderer europäischer Länder: technologische Insellösungen, Datenschutz, Vergütungssystem, strategische Weigerung, Akzeptanz der Nutzer etc. Der wirkliche Vorzug Norwegens beruht auf unseren vieljährigen und zahlreichen Erfahrungen mit der Telemedizin, mit der Pilotierung vieler telemedizinischer Lösungen innerhalb vieler Fachbereiche, der Implementations- und Organisationsentwicklungserfahrung als Forschungs- und Entwicklungsinstitut und dem internationalen Austausch.



Die Autorin Undine Knarvik ist am Norwegischen Zentrum für Integrierte Versorgung und Telemedizin mit Sitz in Tromsø für die „Internationalen Beziehungen“ zuständig. Die im Text erwähnte NST-Studie finden Sie hier: www.globalhealthaction.net

Information

Was verbirgt sich hinter den Begriffen?

Telematik*: Technologie, die die Bereiche Telekommunikation und Informatik verbindet und die Verarbeitung und den Austausch von elektronischen Daten beinhaltet.

Gesundheitstelematik*: Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien, die nicht nur die elektronische Speicherung, sondern auch die Übermittlung medizinischer Daten über Datennetze ermöglicht. Ziel ist es, medizinische Patientendaten, die häufig verteilt an verschiedenen Orten im Gesundheitswesen vorliegen, für den behandelnden Arzt verfügbar zu machen. Andererseits ergibt sich durch die Überwindung der räumlichen Distanz mit technischen Hilfsmitteln die Möglichkeit, Befunde oder Zweitmeinungen von nicht vor Ort anwesenden Spezialisten einzuholen (Teleradiologie, Telepathologie). Ferner ist es möglich, Vitaldaten eines Patienten (z.B. EKG) bei Bedarf oder auch kontinuierlich online zu übertragen, zu überwachen und zu beurteilen (z.B. Telemonitoring in der Geriatrie).

Telemedizin*: Bezeichnet die Anwendung von Telematik im medizinischen Umfeld, wobei die Überwindung einer räumlichen Trennung zwischen Arzt und Patient oder zwei Ärzten untereinander im Vordergrund steht (z.B. in der Diagnostik oder in der Radiologie).

Wie Telemedizin und Telematik in Deutschland aktuell aufgestellt sind, zeigt das Deutsche Telemedizinportal (www.telemedizinportal.de), das durch Fraunhofer FOKUS unter Beteiligung der Bundesärztekammer erstellt wurde. Etwa 200 Projekte werden hier gezeigt.

*Informationen laut Bundesärztekammer

Freiberuflichkeit, Therapiefreiheit, freie Arztwahl

Die Eckpfeiler müssen stehen

Nun soll es also für die nächsten vier Jahre Hermann Gröhe richten. So überraschend kam die Nominierung des Ex-CDU-Generals kurz vor Jahreswechsel, dass sich bei der Präsentation des neuen Gesundheitsministers ausnahmsweise einmal wirklich niemand mit einem „Ich hab's Euch doch gesagt“ aus der Deckung traute.

Den 53-jährigen Juristen aus Nordrhein-Westfalen hatte vor allem deshalb niemand auf der Rechnung, weil Gesundheitspolitik bis dato nun überhaupt nicht zu den politischen Spielfeldern des Merkel-Vertrauten gehörte. Aber andererseits: Warum soll nicht ein Generalist Gesundheitsminister werden, während

sich eine ehemalige Familien- und Arbeitsministerin aufmacht, als Verteidigungsministerin die Bundeswehr zu reformieren?!

Als vierter Gesundheitsminister in fünf Jahren hat Hermann Gröhe diverse von seinen Vorgängern ungelöste Probleme „geerbt“ und wird ganz sicher neue „hinzugewinnen“. Ob der gesundheitspolitische Neuling dabei bestehende Herausforderungen schneller abarbeitet, als dass er neue hinzugewinnt, dürfte neben seiner Fähigkeit, sich in eine komplexe Materie einzuarbeiten, unter anderem auch davon abhängen, in wie weit er bereit ist zuzuhören – und zwar vor allem jenen, die ganz maßgeblich die täglichen Herausforderungen des Systems zu bewältigen haben. Es hat sich in den vergangenen vier Jahren im Kern sehr bewährt, dass sich Politik und Akteure

des Gesundheitswesens im Anschluss an die Ära Ulla Schmidt wieder gegenseitig respektiert und auch Argumente ausgetauscht haben – im Wesentlichen vorurteils- und ideologiefrei.

Dabei geht es neben den Regelungen im Detail vor allem um Grundüberzeugungen. Dort, wo ärztliche Freiberuflichkeit, Therapiefreiheit und die freie Wahl des Arztes für den Patienten gewährleistet sind, kann man sich mit der deutschen Ärzteschaft über Details immer unterhalten. Daneben – und auch das gehört ausgesprochen – muss die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit des Systems gewährleistet werden. Dies gilt für den ambulanten Bereich ebenso wie für die Strukturen in der stationären Versorgung. Und so lange die Festvergütung ärztlicher Leistungen in Euro und Cent nicht gewährleistet ist, so lange der

Budgetdeckel engagierter Ärzte bestraft wird, so lange verlässliches ärztliches Honorar lediglich die „Idealkonzeption“ (BSG-Urteil) ist und so lange die Kliniken nicht so ausreichend finanziert sind, dass auch die dort Beschäftigten angemessen bezahlt werden können, so lange wird der Hartmannbund den Finger in diese Wunde legen.

Die Debatte über angeblich zu lange Wartezeiten, Termingarantien und „angedrohte“ Verschiebungen von Leistungen in einen (ohnehin bereits auch) überlasteten stationären Bereich steht beispielhaft für Phantomdiskussionen. Man wird die Versorgungsprobleme nicht durch das Hin- und Herschieben von Verantwortung in den Griff bekommen, sondern ausschließlich dadurch, dass man die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung einer guten Versorgung schafft. Dazu gehören unter anderem klare Signale zur Steigerung der Attraktivität ärztlicher Berufsbedingungen, die Weiterentwicklung des Dualen Systems mit einer neuen GOÄ oder auch die Befriedung des KV-Systems. Für letztere trägt allerdings vor allem die ärztliche Selbstverwaltung selber die Verantwortung. Da ist die Ärzteschaft gefragt, es sich und dem Minister (endlich wieder) zu beweisen*.

Was sich das KV-System rund um den Jahreswechsel an Grabenkriegen geleistet hat – mit der Amtsaufgabe des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler als vorläufigem Höhepunkt – grenzte ohne Frage an Selbstzerstörung. Jetzt gilt es, unverzüglich die innerärztlichen Auseinandersetzungen im Sinne eines fairen Interessenausgleiches zu beenden, um in politisch herausfordernden Zeiten wieder selbstbewusst und geschlossen gegenüber der Politik aufzutreten. Das System bedarf in den kommenden Mona-

ten einer grundsätzlichen Neuordnung, um ein weiteres Auseinanderdriften der Ärzteschaft zu verhindern.

Dabei sind die Einheit der Ärzteschaft und ihr gemeinsames Eintreten für die Grundfesten der ärztlichen Berufsausübung nicht nur Sache der Körperschaften. Hier sind ganz besonders in turbulenten Zeiten auch die Berufsverbände gefragt, sich nicht im Klein-Klein von Einzelinteressen zu verlieren, sondern geschlossen aufzutreten. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände ist hierfür eine hervorragende Plattform. Über Partikularinteressen hinweg werden gemeinsame Initiativen entwickelt und umgesetzt. Hier hat sich längst die Erkenntnis durchgesetzt, dass man anderenfalls den Krankenkassen mit ihren (mit Versicherungsgeldern finanzierten) gut ausgestatteten Kommunikationsabteilungen die Deutungshoheit über Entwicklungen und vermeintlich erforderliche Maßnahmen im deutschen Gesundheitswesen überlässt. Mit dreist lancierten Botschaften über Todesraten in Krankenhäusern hat die AOK in diesem Jahr bereits ein eindrucksvolles Beispiel ihrer Strategie abgeliefert. Exemplarisch steht diese „Aktion“ auch für den Gestaltungsanspruch der Kassen – hier hinsichtlich der Zukunft der deutschen Krankenhauslandschaft. „Mehr Spezialisierung, kleine Häuser weg“ lautet ihre Konsequenz aus der von ihr vorgelegten sogenannten Studie.

Gefahr droht an den Kliniken aber nicht nur von den Kassen. Auch den Plänen der Großen Koalition, zur Tarifeinheit zurückzukehren und damit die spezifische Interessenvertretung bestimmter Berufsgruppen zu unterbinden, gilt es entschlossen entgegenzutreten. Ganz besonders für die Ärztinnen und Ärzte an den Krankenhäusern würde dies ei-



Der neue Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat den Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt zu einem ersten Arbeitsgespräch eingeladen. Konstruktiv diskutiert wurde unter anderem die Situation der Selbstverwaltung, der Zugang zum Medizinstudium und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

nen herben Rückschlag beim Kampf um faire Bezahlung und familienfreundliche Arbeitsbedingungen bedeuten. Damit sind an den ohnehin schon unterbesetzten Häusern zusätzliche Verluste an qualifiziertem Personal vorprogrammiert. Der Hartmannbund, der ebenfalls viele tausend angestellte Kolleginnen und Kollegen an deutschen Kliniken vertritt, wird Seite an Seite mit den betroffenen Ärztinnen und Ärzten für die Aufrechterhaltung der Pluralität im Tarifbereich kämpfen. (MR)

*Der Hartmannbund hat in einem umfangreichen Papier den schwarz-roten Koalitionsvertrag zum Thema Gesundheit analysiert und kommentiert. Er wird sich im Laufe der Gesetzgebungsverfahren konstruktiv – und wo nötig – auch kritisch und lautstark in die Diskussionen einbringen. Mehr über die Positionen des Hartmannbundes zu den von der Koalition vorgesehenen Gesetzesvorhaben finden Sie unter: www.hartmannbund.de

Im neuen Jahr
wird alles
besser!



Geht's noch?

Ein System stellt sich in Frage

„Vielleicht können Sie mir ja gelegentlich mal sagen, wer eigentlich für die deutsche Ärzteschaft spricht“, hat Ex-Gesundheitsminister Daniel Bahr seine gesundheitspolitischen Gesprächspartner schon einmal gerne leicht süffisant gefragt. Sein Nachfolger konnte sich nun kürzlich selber davon überzeugen, wer dies – mindestens momentan – nicht tut. Die Kassenärztliche Vereinigung. Die stellt sich durch ihren eskalierenden internen Zwist eher in Frage. Schlecht für das Ansehen der Selbstverwaltung.

Seine Absicht ist es ganz sicher nicht, aber die „Show“ stiehlt er ihm dann doch, dem frisch amtierenden Gesundheitsminister. Als Hermann Gröhe beim Neu-

jahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft im Berliner Kaufhaus des Westens seinen ersten Auftritt vor der versammelten Vertretung der deutschen Ärzteschaft hat, steht ein Anderer im Mittelpunkt: KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Der hatte nur wenige Stunden zuvor seinen Rücktritt angekündigt und lässt es sich an diesem Abend trotzdem nicht nehmen, ein paar Worte zur Lage an das mehr oder weniger geneigte Publikum zu richten.

Beeindruckter Minister

Keine Häme, keine Abrechnung, eher eine nüchterne Bestandsanalyse und ein paar wenige Worte darüber, dass er nach überstandenen Herzinfarkt „aus gesundheitlichen Gründen“ sein Amt nicht weiterführen können. Was der Minister aber vor allem mitnimmt, sind die Sekunden nach der Rede Köhlers. Ein Drittel der Gäste applaudiert, ein weiteres Drittel spendet höflichen Beifall, der Rest quit-

tiert Köhlers „letzte Worte“ mit demonstrativ verschränkten Armen.

Dieses Bild, so wird kolportiert, habe den Minister nachhaltig beeindruckt. Dokumentierte es doch nicht nur die tiefen Zerwürfnisse innerhalb des KV-Systems, sondern lieferte zugleich ein Zeugnis vom Stil des Umgangs in der innerärztlichen Auseinandersetzung. So waren denn sicher auch Gröhes anschließende demonstrative Würdigung der Leistungen Köhlers für die deutsche Ärzteschaft und sein Verweis darauf, Politik müsse hauptsächlich da agieren, wo die Selbstverwaltung es nicht richte, mehr als nur der berühmte „Wink mit dem Zaunpfahl“.

Was der Minister an diesem Abend live und in Farbe erleben durfte, war der vorläufige Höhepunkt einer monatelangen Selbstdemontage des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die seit Jahren schlummernden und bis dahin nur zuweilen in ihrer ganzen Dimension an-

die Oberfläche tretenden Konflikte zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen „Schiene“ waren eskaliert.

Die Vorgeschichte dieses vorläufigen Höhepunktes innerärztlicher Auseinandersetzung ist lang – ihre Ursache vielschichtig. Neben den für Außenstehende leichter nachvollziehbaren Animositäten zwischen Ärzten und Nichtärzten ist auch die Gruppe der Ärzte nicht im Ansatz so homogen, wie es die Akteure gern hätten – und wie es gut und vernünftig wäre. Neben der (gar nicht mehr so strikt existierenden) Sektorentrennung (ambulant und stationär) finden sich Spannungen zwischen Haus- und Fachärzten ebenso wie Interessenskonflikte unter einzelnen Facharztgruppen – teilweise sogar innerhalb ihrer Reihen.

Druck des Deckels

Unter dem Druck des gedeckelten Budgets ist jede Gruppe bemüht, ihre zumeist berechtigten Interessen durchzusetzen – angesichts der Komplexität des Systems und dessen finanzieller Begrenztheit kaum ohne Friktionen machbar. Manche meinen sich zu erinnern, dass Verhältnis von Fachärzten zu Praktischen Ärzten sei schon vor der Honorarbudgetierung angespannt gewesen – wegen vermeintlicher Über- oder Unterlegenheitsgefühle auf der einen oder anderen Seite. Dies mündete insbesondere in der Zeit seit Einführung der Budgetierung im Jahr 1993 in ein Gefühl der systematischen Benachteiligung der Hausärzte durch die „fachärztlich dominierten“ KVen. Mancher sieht auch den

nicht enden wollenden Streit um den Rostocker DÄT-Beschluss zum Facharzt für oder die Vorgaben des Gesetzgebers zur (leistungsbezogenen und honorar-technischen) Trennung der Versorgungsbereiche in einen haus- und einen fachärztlichen als Katalysatoren innerärztlichen Zwists.

Wie auch immer. Ob nun die Eskalation der vergangenen Monate das (notwendige) reinigende Gewitter war oder aber der Anfang einer unaufhaltsamen Selbstdemontage des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen, das hängt jetzt ganz entscheidend vom Verantwortungsbewusstsein der handelnden Akteure ab. Erste neue Weichen sind gestellt. Ob sie allerdings die KBV wieder auf einen Weg führen, der eine gemeinsame Interessenvertretung aller Ärzte unter einem Dach ermöglicht, bleibt zunächst einmal offen.

Politik irritiert bis genervt

Die Politik wird sich die Entwicklung jedenfalls ganz genau anschauen. Soviel ist sicher. Dort ist man zurzeit noch irritiert, genervt oder auch schon einmal amüsiert bis heimlich erfreut – je nach Interessenlage. In jedem Fall erwartet man Besserung und ein klares Signal, dass es die Selbstverwaltung kann!

Von der dort nun an den Tag gelegten (Überzeugungs-)Kraft wird es unter anderem auch abhängen, mit welchem Tempo die Große Koalition ihre Pläne vorantreibt, die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen zu

gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten zusammenzusetzen. Denn ob eine solche faktische Trennung des KV-Systems wirklich die Probleme der Selbstverwaltung und vor allem die der sich in der Vertreterversammlung streitenden Arztgruppen löst, ist auch politisch durchaus umstritten.

Integration statt Segmentierung

Auch hier hat man nicht übersehen, dass medizinische Versorgung immer stärker fachübergreifend erfolgt und dass die Komplexität der Subspezialisierung vielmehr durch stärkere Integration statt durch Segmentierung beantwortet werden müsste.

Das sehen im Übrigen viele Ärztinnen und Ärzte an der Basis ähnlich und beobachten das ihnen von ihren Standsvertretern gebotene Szenario eher mit Befremden. Denn auf der Strecke bleiben so (quasi systembedingt) nur allzu oft die gemeinsamen ärztlichen Interessen, Einheit, Schlagkraft und Akzeptanz des Berufsstandes beim (gesundheits-)politischen Gegenüber. Vielleicht gelingt es ja den Weitsichtigeren unter den Akteuren, Instrumente für eine stärkere partielle Entscheidungsautonomie auf Facharzt- und Hausarztseite zu entwickeln, die wieder zu einem stärkeren Miteinander statt zu einer Spaltung führen. Dies würde dem Selbstbewusstsein und dem Ansehen der Selbstverwaltung sicherlich besser bekommen, als erzwungenes politisches Eingreifen. Manchmal ist der „Wink mit dem Zaunpfahl“ ja auch nicht umsonst gewesen. (MR)

Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!

Weiterbildungsassistent/in in der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin!

Genießen Sie eine breite und flexible Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, ohne sich um Rotationen, Arbeitgeberwechsel etc. kümmern zu müssen. **Viele Punkte sprechen dafür!**

- Komplette an einem Ort
- Weiterbildung nach WBO
- Integration in Netzwerke
- breite Standortauswahl
- Planungssicherheit
- individuell und flexibel gestaltbar
- Niederlassungsberatung
- strukturiert aufgebaut
- abwechslungsreiche Tätigkeit
- zügiger Abschluss
- Unterstützung durch Mentoren
- finanzielle Förderung
- Teilzeitmöglichkeit ...

www.verbundweiterbildung-niedersachsen.de



PRO & CONTRA

Delegation/Substitution



PRO Delegation/Substitution von Rolf Höfert Kompetenz auf Augenhöhe

Rolf Höfert, Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes und seit 2012 Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerates, plädiert für eine stärkere Einbeziehung der Pflege in ärztliche Tätigkeiten.

Seit Jahren gibt es die emotional geführten Diskussionen über Kompetenzen zwischen Medizin und Pflege. Die perspektivischen Herausforderungen, bedingt durch demografischen Wandel und Fachkräftemangel in allen Versorgungsstrukturen des Gesundheits- und Pflegewesens, erfordern dringend eine politische und partnerschaftliche Neujustierung für die Gesundheitsberufe. Bereits 2007 hat der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen unter dem Titel „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ Empfehlungen aufgezeigt. Hierzu gehören: Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe; Übertragung von Tätigkeiten auf nicht ärztliche Gesundheitsberufe, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt (z.B. Prävention); größere Handlungsautonomie nicht ärztlicher Berufe (z.B. Verordnung von Pflegebedarfsartikeln); Poolkompetenzen für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können.

Zur Pflegeprofession heißt es in dem Gutachten, „eine Tätigkeitsübertragung insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrecht erhalten und verbessert werden soll.“ Die Pflege- und Berufsverbände

werteten dieses Gutachten als Bestätigung der langjährigen Forderung nach einem klaren Berufsgesetz und nicht nur einem Ausbildungsgesetz für die Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Der aktuelle Koalitionsvertrag bestätigt diese Empfehlung, und es ist die Realisierung eines Berufsgesetzes Pflege avisiert. Berufsgesetz und Pflegekammer wären auch Module zur Attraktivität und Imagesteigerung des Pflegeberufes für potentielle Bewerber im Kontext der Fachkräftemangeldiskussion.

Bis auf Weiteres wird in Deutschland retrospektiv durch Richterrecht festgestellt, was Pflege hätte tun oder nicht tun dürfen. Und so bleibt auch weiterhin zwischen Ärzten und Pflegenden die Kardinalfrage bezüglich der Aufgabenkompetenz für Pflegeberufe im Sinne der Substitution oder Delegation. Dabei kann die Pflege vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Leiden und Multimorbidität sowie notwendigen Veränderungen der Versorgungsstrukturen mit ihren Expertisen pflegewissenschaftlicher Expertenstandards zu Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung, Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und Ernährung einen zukunftsorientierten Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. In anderen europäischen Ländern sind Nurse-Practitioner bereits eine Selbstverständlichkeit. Zur flankierenden Maßnahme eines



Berufsgesetzes im Sinne von Kompetenz auf Augenhöhe besonders mit der Ärzteschaft gehört die seit Jahren geforderte Selbstverwaltung der Pflegeberufe. Für die Partnerberufe im Gesundheitswesen muss die pflegerische Kompetenz und Verantwortung transparent sein. Das künftige Motto lautet Kooperation statt Konfrontation. Glücklicherweise kann man sagen, funktioniert in Deutschland die Kollegialität auf Augenhöhe und gibt es – anders, als im politischen Raum oft angenommen – vielerorts eine effiziente und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden.

Hartmannbund-Umfrage zu „Delegation/Substitution“

Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie zu Delegation/Substitution stehen. Befürworten die Ärzten grundsätzlich eine Übertragung ärztlicher Leistungen durch Delegation? Welche Effekte bzw. Befürchtungen werden mit dem Thema Delegation verbunden? Welche ärztlichen Tätigkeiten sind delegierbar und welche nicht? Können sich die Ärzte vorstellen,

CONTRA Delegation/Substitution von Dr. Tom Stiller Substitution ist kontraproduktiv



wortungswelt auszugliedern und bislang nachgeordneten Dienstleistungsgruppen im Gesundheitswesen zu übertragen. Dadurch würden die Kostenträger unabhängig von der Entscheidung einer einzelnen Berufsgruppe. Sie wünschen sich die Substitution von für sie teuren ärztlichen Leistungsfeldern, um diese günstigeren nicht ärztlichen Leistungserbringern zu übertragen. In der professionalisierten Pflege besteht der Wille nach mehr Entscheidungskompetenz.

Die knappe Ressource Arzt sollte sich auf die wesentlichen Entscheidungsprozesse konzentrieren können. In der Ärzteschaft, insbesondere in der Nachwuchsgeneration jüngerer Assistenz- und Fachärzte, wächst daher der Wunsch, mehr Routinearbeiten zu delegieren.

Delegation bedeutet, unter ärztlicher Anleitung Aufgaben in der Patientenversorgung an ärztliche Assistenzberufe abzugeben und die Ergebnisse der Tätigkeit am Patienten mit ihm abzustimmen. Der Arzt ist weiterhin der Gestalter des Gesundheits- und Betreuungsprozesses. Dies ist auch seine originäre Aufgabe im Gesundheitssystem.

Substitution bedeutet, dass der behandelnde Arzt in viele autonom gewordene Teilbereiche nicht ärztlicher Gesundheitsberufe keinen Einblick mehr hätte und die Therapiestrategie nicht mehr bestimmen könnte. Die so ermächtigten nicht ärztlichen Leistungserbringer müssten dann auch für die Folgen ih-

rer Entscheidungen am Patienten haften. Verantwortung, Erfahrung und Beratung kann es aber nicht zum Billigtarif geben.

Substitution ist eine Gefahr der Auf- und Abspaltung von bislang gut funktionierenden Behandlungspfaden am Patienten im deutschen Gesundheitswesen.

Delegation hat sich in der ärztlich geführten Praxis seit Jahrzehnten bewährt. Viele Routinearbeiten werden vom Arzt an Mitarbeiter delegiert und die Ergebnisse auf kurzem Weg zurückgemeldet. So kann die Vielzahl der Aufgaben einer Praxis gut bewältigt werden.

Eine substituierte Leistungserbringung verschiedener Leistungserbringer am selben Patienten ist kontraproduktiv. Wer ist verantwortlich und wer trifft die Entscheidung in strittigen Fällen oder in Grenzbereichen? Wie ist der Informationsfluss gewährleistet? Dies passt nicht zum holistischen Ansatz der Medizin. Auch Teilaspekte, die substituiert werden könnten, benötigen ebenfalls einen breiten Wissensblick mit einem Focus in die medizinische Tiefe.

Delegation schafft Teamgeist. Substitution erzeugt Konkurrenz um Vergütung und Zuständigkeit. Dieser Wettbewerb kann aber nicht um den Patienten stattfinden, da dieser einen geschlossenen, auf ihn und seine individuelle Situation abgestimmten Behandlungsprozess benötigt, in den alle Versorgungsbereiche als Team eingebunden sind.

Die Lösung liegt in der Delegation ärztlicher Leistungen. Routinedinge, die die ärztliche Kraft binden, sollten delegiert werden, damit der Arzt seine Kraft am Patienten voll entfalten kann, aber trotzdem noch den Entscheidungsprozess lenken kann.

Dr. Tom Stiller, seit 2006 niedergelassener Allgemeinmediziner in Niedersachsen, hält Substitution für eine Gefahr der Auf- und Abspaltung gut funktionierender Behandlungspfade.

Ärztliches Wirken ist essentiell im Gesundheitswesen, um eine Wertschöpfung im monetären Sinne zu erreichen, oder um einen salutogenetischen Prozess anzuknüpfen und weiter fortzuführen. Dieses Alleinstellungsmerkmal lässt immer wieder Überlegungen entstehen, einige Bereiche aus dieser ärztlichen Verant-

unter bestimmten Umständen klar definierte und bisher dem Arzt vorbehaltenen Aufgaben an nicht ärztliche Berufsgruppen abzugeben? Mit den Ergebnissen aus der Umfrage möchte sich der Hartmannbund frühzeitig und aktiv in den politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozess einbringen. Machen auch Sie mit!

Die Umfrage wird online durchgeführt und befindet sich auf:

www.hartmannbund.de/umfrage





Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt Das Ärzte-Bashing der Kassen bin ich einfach leid

Herr Dr. Reinhardt, Sie hatten bereits kurz nach seinem Amtsantritt die Gelegenheit zu einem Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Wie war Ihr erster Eindruck? Herr Gröhe teilt mit uns Grundwerte wie Freiberuflichkeit, Therapiefreiheit und freie Arztwahl. Das sind gute Voraussetzungen für den vor uns liegenden konstruktiven Dialog – nicht zuletzt, wenn es um Details geplanter Gesetzesvorhaben geht. Und es war spürbar, dass der Minister entschlossen ist, unvoreingenommen zuzuhören und sich selber ein Bild von der Situation und den bestehenden Herausforderungen zu machen. Das wird sich als Vorteil für jene erweisen, die den Minister von der Kraft ihrer Argumente überzeugen können.

Sie haben ja Pläne der Regierung zur Verkürzung von Wartezeiten beim Facharzt bereits heftig kritisiert...

Ja, das ist für mich ein Beispiel für das Kurieren am Symptom, denn Wartezeiten werden durch das bestehende Honorarsystem ja geradezu generiert. Die

Kolleginnen und Kollegen sind unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten doch zu hohen Fallzahlen gezwungen. Damit sind volle Wartezeiten und Terminengpässe systemimmanent und nicht Verschulden derjenigen, die sich um die Versorgung bemühen! An dieser Stelle müssen Lösungen also ansetzen. Wir benötigen darüber hinaus endlich auch eine intelligente und sozial verantwortbare Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Wir brauchen eine Stärkung von Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität. Die Politik muss den Mut aufbringen, sich auch dem Problem einer immer stärker um sich greifenden Flatrate-Mentalität zu stellen.

Pünktlich zum Start der neuen Regierung präsentiert sich ein Teil der ärztlichen Selbstverwaltung als Scherbenhaufen. Ist der Streit im KV-System ein Beleg für die Unvereinbarkeit ärztlicher Interessen unter einem gemeinsamen Dach?

Das Bild, das Teile des KV-Systems momentan abgeben, ist wirklich ein Trauer-

spiel und wenig geeignet, bei der Politik das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung zu stärken. Das KBV-System ist dringend gefordert zu beweisen, dass es noch in der Lage ist, ohne Eingriffe der Politik im Sinne der gesamten Ärzteschaft zu handeln und die Kraft für konstruktive Lösungsansätze aufzubringen. Ansonsten entstehen da in den maßgeblichen politischen Köpfen gefährliche Gedankenspiele. Deshalb kann ich nur alle Beteiligten dringend auffordern, ihre Sandkastenspiele zu beenden, sich ihrer Verantwortung bewusst zu werden und sich wieder als ernstzunehmender Part gegenüber der Politik zu präsentieren.

Angesichts von ständig steigendem Arbeitsdruck – ob in der Praxis oder in der Klinik – nimmt die Diskussion um die Themen Delegation und Substitution an Intensität zu. Mal Hand auf's Herz: Muss der Arzt wirklich alles selber machen oder geht es da auch um „Besitzstandswahrung“?

Das Märchen von der angeblichen Besitz-

standswahrung wird immer gerne von denen erzählt, die entweder Aufgaben von uns übernehmen oder aber schlicht Kosten sparen wollen. Darum geht es nicht. Es geht um Qualität und es geht um Verantwortung. Anamnese, Diagnose und Therapie müssen federführend in der Hand des Arztes bleiben. Das heißt keinesfalls, dass nicht bestimmte Aufgaben durch den Arzt auch an qualifiziertes Personal delegiert werden können. Dieser Diskussion stellen wir uns gern und haben nicht zuletzt deshalb in diesen Tagen eine Umfrage zum Thema Delegation und Substitution unter unseren Mitgliedern in Angriff genommen.

Herr Dr. Reinhardt, der Hartmannbund setzt sich immer wieder intensiv für eine angemessene Bezahlung und vor allem auch für akzeptable Arbeitsbedingungen für die Kolleginnen und Kollegen an den Kliniken ein. Fehlt es den Krankenhausträgern da eher an gutem Willen oder scheitern solche Bestrebungen schlicht an einer mangelnden Finanzierung der Häuser?

Ich unterstelle den Klinikträgern nicht von vornherein den fehlenden Willen, ihre Angestellten ordentlich zu bezahlen und ihnen vernünftige Arbeitsbedingungen zu bieten. Aber es ist doch unverkennbar, dass wirtschaftliche Belange immer stärker in den Vordergrund treten – auf dem Rücken von Ärzten und Pflegepersonal und damit auch zu Lasten von Patientinnen und Patienten. Hier ist von den Klinikträgern mehr Engagement, Fantasie und Dialogbereitschaft gefordert, gerade auch hinsichtlich der Möglichkeiten, Beruf und Familie noch besser miteinander vereinbaren zu können. Natürlich reden wir in diesem Zusammenhang auch über die Unterfinanzierung von Krankenhäusern und darüber, dass die Länder ihren Beitrag zur Finanzierung seit Jahrzehnten sträflich vernachlässigen.

Ihren in den Kliniken angestellten Kolleginnen und Kollegen droht durch die neue Koalition noch ganz andere Gefahr: die Tarifeinheit! Wie schätzen Sie die Chancen ein, dieses Vorhaben zu verhindern?

Die Gefahr ist jedenfalls nicht zu unterschätzen, da sich hier große Teile der Gewerkschaften und der Unternehmerseite einig sind. Das ist eine gefährliche Konstellation. Für die Kolleginnen und Kollegen an den Häusern würde ein solcher Schritt einen herben Rückschlag im Kampf um eine faire Bezahlung und familienfreundliche Arbeitsbedingungen bedeuten. Insofern setze ich noch immer darauf, dass sich am Ende bei der Koalition die Einsicht durchsetzen wird, dass der verfassungsmäßig verbrieft Grundgedanke der Tarifpluralität nicht ange-

„Ich kann nur alle Beteiligten dringend auffordern, ihre Sandkastenspiele zu beenden.“

tastet werden darf. Dafür werden wir uns jedenfalls entschieden einsetzen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben pünktlich zum Jahresauftakt mit provokanten Thesen und waghalsig interpretierten Statistiken wieder Front gegen die Ärzte gemacht. Wird das die Patienten auf Dauer nicht verunsichern, dass sich hier zwei der entscheidenden Player im Gesundheitswesen permanent im Clinch befinden?

Natürlich irritiert und verunsichert das jeden vernünftigen Menschen, was Teile der gesetzlichen Krankenkassen da regelmäßig an geradezu infantilem Aktionismus vom Zaun brechen. Und um es deutlich zu sagen: Wir sind das plumpe Ärztebashing müde und leid. Ich bin aber an dieser Stelle trotz allem für öffentlichen Kleinkrieg nicht zu haben. Als zen-

trale Akteure des Gesundheitssystems werden wir damit unserer Verantwortung nicht gerecht – eben gerade auch mit Blick auf unsere Patienten. Ich setze auf die Kraft sachlicher Argumente und einer zivilisierten Auseinandersetzung und bin sicher, dass dies langfristig auch der erfolgreichere Weg ist. Deshalb werden wir uns zwar auch künftig – da wo nötig – mit Fakten auseinandersetzen, ansonsten aber in bilateralen Gesprächen versuchen, die Kassen zu mehr Erwachsenen-Verhalten zu bewegen.

Zu den notwendigen Fähigkeiten politischer Akteure gehört es, ab und zu auch alte Beschlüsse und Positionen in Frage zu stellen. In jüngster Zeit erlebt man zum Beispiel, dass einige Verbände ihre konsequente Ablehnung von Selektivverträgen zu überdenken beginnen...

Bei aller nach wie vor vorhandenen Problematik dieses Themas – vor allem denke ich da an die Bereinigung – kann ich es nachvollziehen, wenn an dieser Stelle alte Positionen ins Wanken geraten. Der EBM hat sich nur unbefriedigend weiter entwickelt, das KV-System präsentiert sich zumindest in Teilen als wenig flexibel und innovationsfähig. Da wird man nachdenklich. Ich meine, dass auch wir nicht umhin kommen werden, uns mit dem Thema Selektivverträge noch einmal ausführlich zu befassen. Dabei müssen wir allerdings sehr aufmerksam im Auge behalten, uns als Ärzteschaft von den Kassen nicht gegeneinander ausspielen zu lassen, um am Ende Spitzenleistungen zu Dumpingpreisen zu erbringen. Auch Grundwerte wie Therapiefreiheit oder zum Beispiel die freie Arztwahl dürfen durch solche Verträge nicht angetastet werden.

Sehr geehrter Herr Dr. Reinhardt, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Anzeige

Chirurgische Nahtmaterialien aller Art!



Die **Catgut GmbH** ist ein über 100 Jahre altes, traditionelles Familienunternehmen, benannt nach dem ersten resorbierbaren Nahtmaterial, dem Catgut. Dieses gibt es inzwischen nicht mehr – heute werden hochmoderne Fäden gefertigt. Profitieren Sie von dieser langjährigen Erfahrung, modernsten Nahtmaterialien und dem besonderen Engagement der Mitarbeiter, Ihnen einen perfekten Service zu bieten.

Catgut GmbH
Chirurgische Nahtmaterialien

Tel. 03 74 22/5830
Fax 03 74 22/58339
catgut@catgut.de
www.catgut.de

Vorsicht beim Faxen von Rezepten an Apotheken

Sollte in Arztpraxen ein Ausnahmefall bleiben

Ein aktuelles Urteil des Saarländischen Oberlandesgerichts (Az.: 1 U 42/13) hat es erneut bestätigt: Das Faxen von Rezepten an bestimmte Apotheken sollte in der Arztpraxis der Ausnahmefall bleiben.

„Das Allgemeininteresse an einer inhaltlichen und organisatorischen Trennung der Berufsgruppen Arzt und Apotheker hat Vorrang vor privaten Wünschen der Patienten.“ (OLG Saarbrücken)

Sachverhalt

Der zugrunde liegende Rechtsstreit wurde zwischen zwei Apotheken geführt. Drei Arztpraxen hatten der klagten Apotheke innerhalb einer Woche insgesamt rund 70 Rezepte zugefaxt. Die Apotheke ließ die verordneten Medikamente verpacken, anschließend per Boten an die Patienten ausliefern und die Originalrezepte bei den Ärzten einsammeln. Eine konkurrierende Apotheke erhob den Vorwurf der Begründung illegaler Rezeptsammelstellen in Arztpraxen und machte einen wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruch geltend, denn Kunden würden fragen, warum sie nicht auch einen „Lieferservice“ unterhalte. Die betroffene Apotheke bestreitet die behaupteten Kooperationen mit dem Ziel einer bevorzugten Zuweisung von Verschreibungen. Es habe sich um bettlägerige, betagte oder hilflose Patienten gehandelt, denen ein Aufsuchen der Apotheke nicht zumutbar gewesen sei. Auch hätten die Praxen in vielen Fällen dem ausdrücklichen Patientenwunsch entsprochen.

Relevanz für Ärzte

Auch wenn es sich im beschriebenen Fall um einen Streit zwischen zwei Apotheken handelt und es vornehmlich um Verstöße gegen das Wettbewerbs- und Apothekenrecht geht, so sind die Urteilsgründe von hoher Relevanz auch für potentiell beteiligte Ärzte. So ist das organisierte Zusammenwirken mit Apotheken durch Sammeln und Weiterleiten von Rezepten mindestens berufsrechtswidrig.

Strafrechtliche Konsequenzen oder ein wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsanspruch könnten Ärzte in diesem Zusammenhang ebenfalls treffen. Dabei ist es erfahrungsgemäß weniger finanziellen Anreizen, sondern vielmehr der reinen ärztlichen Fürsorge geschuldet, dass dem Patienten der Weg zur Apotheke erspart werden soll. Viele Ärzte unterliegen zudem dem Irrtum, dass ein entsprechendes Angebot – direkte Übermittlung des Rezepts an eine Apotheke oder Aushändigung – das freie Apothekenwahlrecht des Patienten hinreichend berücksichtigt.

Begründung des OLG

Arzneimittelsicherheit: Die Arzneimittelsicherheit sei nicht mehr gewährleistet, wenn die Sammlung von Verschreibungen durch Apotheken ohne Zuhilfenahme von genehmigten Rezeptsammelstellen im rechtsfreien Raum erfolgen könnte. Die gebotene Unabhängigkeit des Arztes sei schon bei der Gefahr einer Interessenkollision und der Verwischung der Grenze zwischen ärztlicher Heilbehandlung und Medikamentenversorgung tangiert.

Medizinische Gründe/Patientenwunsch: Das Sammeln und Weiterleiten von Re-

zepten durch Angehörige der Heilberufe, also die unmittelbare Einbeziehung des Arztes in den Erwerbsvorgang des Medikamentes sei unzulässig, es sei denn, für die entsprechende Handhabung bestehe im Einzelfall ein echter medizinischer Grund. Ein Arzt dürfe allein auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten Rezepte nicht an eine bestimmte Apotheke weiterleiten. Keinen hinreichenden Grund stelle in diesem Zusammenhang jedenfalls die größere Bequemlichkeit eines Versorgungsweges dar. Angesichts der großen Zahl der per Telefax übermittelten Verschreibungen in einem relativ kurzen Zeitraum nahm das OLG im konkreten Rechtsstreit an, es könne sich bei lebensnaher Betrachtung nicht ausnahmslos um medizinisch begründete Einzelfälle handeln, in denen Patienten immobil seien. Allein auf den geäußerten Patientenwunsch könne sich nicht berufen werden. Auch dass der Patient in der Praxis gefragt werde, ob er einen direkten Versand der Verordnung wünsche oder diese mitnehmen und selbst in einer Apotheke vorlegen wolle, spiele dabei keine Rolle. Nach der Rechtsprechung wohne bereits dem Alternativangebot des „Direktbezugs“ ein maßgeblich steuerndes Element inne.

Zusammenwirken Apotheke/Arzt: Nach der Überzeugung des Gerichts seien in den untersuchten Fällen die Rezeptübermittlungen per Telefax Resultat einer – wenn auch nur konkludenten – Verständigung zwischen den beteiligten Ärzten und der Apotheke.

Fazit

Ärzte dürfen somit nur bei Vorliegen eines hinreichenden Grundes Rezepte direkt übermitteln. Zu den Gründen zählt

die Vermeidung von Wegen bei gebehinderten Patienten, die keine andere Möglichkeit haben, ihr Medikament zu erhalten. Auch im Rahmen der Abgabe anwendungsfertiger Zytostatikazubereitungen und in medizinisch begründeten Notfällen darf weiterhin an Apotheken gefaxt werden. Von den Notfällen abgesehen bedarf es jedoch stets der konkreten Anfrage des Patienten. Auf die entsprechende Eigeninitiative sollte selbst im Fall eines offensichtlichen medizinischen Grundes zunächst verzichtet werden. Selbst wenn die Übermittlung von Verordnungen an eine Apotheke nicht auf

einer wirtschaftlich animierten Absprache beruht, geht die Rechtsprechung ab einem gewissen Umfang und einer Regelmäßigkeit zumindest von einer konkludenten Vereinbarung zwischen Arzt und Apotheker aus. Dies in einem Prozess rechtswirksam zu widerlegen dürfte kaum gelingen. Zusammenfassend sei also gesagt, dass Patienten ihre Rezepte grundsätzlich ausgehändigt bekommen sollten und der ausdrückliche Wunsch des Patienten bezüglich einer Faxübermittlung sollte unter Hinweis auf die Wahlfreiheit der Apotheke in der Regel abgelehnt werden. (SH)

Rezension „Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte“

Als niedergelassener Allgemeinmediziner brauche ich vor allem eines: Zeit. Zeit, um mich meinen Patienten ganz zu widmen und mich nicht im Wirrwarr administrativen Dickichts zu verlieren. Doch ich kann meine Zeit nur dann maßgeblich für die Patientenbehandlung aufwenden, wenn neben vielen anderen Aspekten auch die rechtlichen Grundlagen meiner Praxisführung stimmen. Gute Grundlagenkenntnisse in allen für den Arztberuf relevanten Rechtsbereichen sind deshalb für mich unverzichtbar.

Das „Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte“ – im Herbst 2013 in Zusammenarbeit mit dem Hartmannbund im Beck-Verlag erschienen – ist ein benutzerfreundliches Nachschlagewerk, das meine Ansprüche an eine praxisorientierte Vermittlung von Rechtsgrundlagen rund um den Arztberuf voll und ganz erfüllt. Es ist ein Buch, das alle rechtlichen Themen, die für die ärztliche Berufsausübung relevant sind, ausschöpfend behandelt, aber mich als juristischen Laien nicht überfordert. Vom ärztlichen Berufsrecht über die Grundlagen der vertragsärztlichen Versorgung wird in einem allgemeinen Teil alles Wissenswerte so dargestellt, dass es schnell zu erfassen ist. Dass hier Experten aus ihrer Erfahrung als Rechtsberater für Ärzte und Zahnärzte schöpfen, erkennt man: Die Artikel beleuchten nur die für den Arzt wirklich relevanten Aspekte des umfangreichen und komplexen Rechtsgeschehens – und dies so fundiert wie nötig. So erhalten Ärzte, die sich die rechtlichen Grundlagen des Arzt-

berufs erarbeiten oder sich über die komplexe Thematik der Berufsausübungsformen informieren wollen, das notwendige Wissen. Alle relevanten Aspekte, wie etwa das ärztliche Gesellschaftsrecht und die Kooperation mit Nichtärzten werden dabei berücksichtigt.

Wenn ich vor einer konkreten rechtlichen Fragestellung stehe, brauche ich ein Nachschlagewerk, das mir praxisorientiert Antworten liefert: Nicht nur das umfangreiche Basiswissen, sondern auch konkrete rechtliche Fragestellungen aus dem ärztlichen Arbeitsalltag werden im Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte fundiert beantwortet. Das spart endloses Recherchieren oder die Konsultation von Anwälten. Dabei ist die Bandbreite der Themen der Rechtsberatungspraxis für Ärzte entlehnt und dementsprechend groß: Sie reicht von Vergütung, Steuern und Betriebswirtschaft über zivilrechtlichen Haftungsfragen bis hin zum ärztlichen Disziplinarrecht.

Was muss ein Praxiskaufvertrag enthalten? Was sollte ich beim Abschluss eines Arbeitsvertrages beachten? Auch auf solche konkreten Fragen rund um die Niederlassung erhält man fachkundige Antwort. Als Vermittlung von Grundsatzwissen und als Nachschlagewerk kann bei konkreten Fragen aus der beruflichen Praxis das Rechtshandbuch eine wertvolle Hilfestellung für jeden Kollegen sein.

Der Autor Dr. Thomas Lipp ist Allgemeinmediziner in Leipzig.



Aktuelle Gesetze

Praxisnachbesetzung

Wunschnachfolge bei „Zweck-BAG“ erschwert; BSG (Az.: B 6 KA 49/12)

Notfalldienst MVZ

KV Sachsen kann angestellte Ärzte in MVZ nicht zum Notfalldienst verpflichten; BSG (Az.: B 6 KA 39/12 R)

Notfalldienst Privatarzt

Viele Pflichten, wenig Rechte; BSG (Az.: B 6 KA 34/12 R)

Beratung vor Regress

Versorgung von Heimpatienten nicht automatisch Praxisbesonderheit; BSG (Az.: B 6 KA 40/12 R)

Leistungen nachstationär

Abrechnung ambulant vor stationär; BSG (Az.: B 1 KR 51/12 R)

Behandlung poststationär

Kein doppeltes Honorar für ermächtigten Klinikarzt; BSG (Az.: B 6 KA 14/12 R)

Folgen Sofortvollzug

Kein Vergütungsanspruch nach Zulassungsentzug; BSG (Az.: B 6 KA 4/13 B)

Bestätigung Budgetzwang

„Idealkonzeption“ Vergütung nach festen Preisen; BSG (Az.: B 6 KA 6/13 R)

Verhandlungsfähigkeit

Ärztliches Attest muss für medizinische Laien nachvollziehbar sein; BFH (Az.: III B 1/12)



mehr auf www.hartmannbund.de

Klein, aber oho

Der Gemeinsame Bundesausschuss im Fokus

Es war ein wenig bzw. eher gar nicht beachtetes Jubiläum – das 10-jährige des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Womöglich zu Unrecht, ist doch der „kleine Gesetzgeber“, wie er oftmals in Fachkreisen genannt wird, in seiner selten spektakulären, im Hintergrund stattfindenden Arbeit noch immer häufig in seiner Bedeutung und seinem Einfluss unterschätzt.

Nun hat er also still und unbemerkt seinen 10. Geburtstag gefeiert. Viele werden sagen: erst? Denn trotz der auffälligen Unauffälligkeit hat man den Eindruck, es gibt ihn schon ewig, den G-BA. Dabei wurde er erst zum 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geschaffen. Nicht aus dem Nichts, sollte er doch die Aufgaben seiner vier parallel arbeitenden Vorgänger konzentrieren: der früheren Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses. Das Ziel hieß Straffung und Vereinfachung der Abläufe und Stärkung des sektorübergreifenden Bezuges.

Das SGB V schreibt vor, dass Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das

Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (Wirtschaftlichkeitsgebot). Darüber hinaus müssen Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen nachgewiesen sein, bevor sie Bestandteil des GKV-Leistungskataloges werden können. Hier kommt der G-BA ins Spiel. Dieser hat für die praktische Umsetzung (nicht nur) dieser gesetzlichen Vorgaben zu sorgen und zu konkretisieren, welche Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Der G-BA erfüllt seine gesetzliche Aufgabe im Wesentlichen dadurch, dass er Richtlinien beschließt und aktualisiert. Mit untergesetzlichem Normencharakter stehen diese in der Rangfolge direkt unterhalb von Gesetzen und Rechtsverordnungen und sind für alle Akteure in der GKV rechtlich bindend.

In seiner Tätigkeit untersteht der G-BA dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) als Rechtsaufsicht, die sich insofern aber nur auf das rechtlich korrekte Zustandekommen der Beschlüsse beschränkt. Eine fachlich-inhaltliche Überprüfung durch das BMG (Fachaufsicht) ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Den G-BA bilden aktuell 13 stimmberechtigte Mitglieder, fünf Vertreter der Kostenträger, resp. des GKV-Spitzenverbandes, und fünf Vertreter der „Leistungserbringerseite“, davon je zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Hinzu kommen drei unparteiische Mitglieder, von denen einer den Vorsitzenden des G-BA stellt. Schon diese Stimmenkonstellation bewirkt, dass umstrittene Voten letztlich durch die Stimme des (unparteiischen) Vorsitzenden entschieden werden, was diesem eine Macht verleiht, die vielen ein gewisses Unbehagen bereitet.

Derzeit liegt der G-BA-Vorsitz bei Josef Hecken, ihm zur Seite Dr. Regina Klakow-Franck und Dr. Harald Deisler. Die drei Unparteiischen werden einvernehmlich von den Trägerorganisationen benannt, andernfalls vom BMG bestimmt. Die von den Trägerorganisationen benannten Mitglieder und ihre Stellvertreter üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus, die Unparteiischen in der Regel hauptamtlich. Komplettiert wird der G-BA durch bis zu fünf Patientenvertreter, die ein eigenes Antrags-, jedoch kein Stimmrecht haben.

Der G-BA ist, wie die Bezeichnung „kleiner Gesetzgeber“ andeutet, mit einer gewaltigen Machtfülle ausgestattet. Er ist u.a. zuständig für die Anpassung des GKV-Leistungskataloges, also die Einführung neuer Leistungen, sofern Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen und anerkannt sind.

Weiter beschließt der G-BA in Richtlinien, die die Durchführung oder den Anspruch auf einzelne gesetzlich beschriebene Leistungen konkretisieren – zum Beispiel in den Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, der Früherkennung, der häuslichen Krankenpflege und der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung. Und er regelt die Richtlinien für die Bedarfplanung, Einzelheiten für die (sektorübergreifende) Qua-

litätssicherung, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), die Disease-Management-Programme (DMP), Mindestmengen für bestimmte Leistungen, die Nutzenbewertung von Arzneimitteln und vieles mehr.

Ein gewaltiges Aufgabenspektrum, angesichts der Komplexität mit einem hohen Zeitaufwand, illustriert durch eine – bereits anderenorts kolportierte – Anekdote im Zusammenhang mit der Einführung der ASV: Auf der Ministeriumsanhörung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde der damalige G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess gefragt, wie lange denn der G-BA wohl für die Umsetzung der Gesetzesvorgaben zur ASV benötigen würde.



Foto: Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Befragte zögerte kurz und nannte dann einen Zeitraum von ungefähr vier Jahren [von denen bereits etwas mehr als die Hälfte vergangen sind, Anm. d. Red.], ließ aber durchblicken, dass es angesichts der Komplexität und Regelungstiefe auch länger dauern könnte.

Dazu kommt aber auch die gewaltige Machtfülle. Manchem ist das zu viel Macht, anderen missfällt die lange Entscheidungsdauer, wieder anderen die begrenzte demokratische Legitimierung des Gremiums oder die fehlende fachliche Aufsicht.

Was auch immer man als vorrangig zu lösendes Problem ansieht, man darf sich die Frage stellen, ob die derzeitige Konstruktion nicht dringend renovierungsbedürftig ist. (PM)

Anzeige

Termine

Mittwoch, 19. März, 17 Uhr

EBM-Abrechnungseminar für Dermatologen, Veranstalter: LV Bayern, Ort: München, Gebühr: HB-Mitglieder 60 €, Nichtmitglieder 120 €

Freitag, 21. März, 18 Uhr

GOÄ-Abrechnungseminar für Hausärzte, Veranstalter: LV Bayern, Ort: München, Gebühr: HB-Mitglieder 60 €, Nichtmitglieder 120 €

Mittwoch, 26. März, 18 Uhr

Ein Jahr Patientenrechtegesetz – hat sich was geändert?, Veranstalter: LV Nordrhein, Ort: Düsseldorf, Gebühr: kostenfrei

Mehr Seminare finden Sie hier:
www.hartmannbund.de



FÜR EIN ENTSPANNTES VERHÄLTNISS ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

Wir entlasten Ärzte von allen administrativen Arbeiten, die bei der Privatabrechnung entstehen. Dadurch versetzen wir sie in die Lage, sich ihren Patienten ungestört widmen zu können.

www.ihre-pvs.de

PVS holding
GEMEINSAM BESSER.

E-Mail: info@ihre-pvs.de ■ Telefon: 0208 4847-333



Sprachtests für ausländische Ärzte Praxisbezogen und einheitlich

Immer häufiger wird kritisiert, dass ausländische Ärzte mit erheblichen Sprachdefiziten in deutschen Kliniken und Arztpraxen tätig sind. Deshalb wird die Forderung nach einem bundesweit einheitlichen Sprachtest immer lauter.

Bisher existiert nur ein Flickenteppich und liegt die Überprüfung der Deutschkenntnisse ausländischer Ärzte im Ermessen der einzelnen Bundesländer. In Thüringen zum Beispiel muss seit 2013 ein spezieller Deutschtest inklusive einem Gespräch mit einem Schauspielpatienten absolviert werden, bevor eine ärztliche Tätigkeit aufgenommen werden darf. In Sachsen hingegen wird auf einen speziellen Deutschtest für Mediziner verzichtet und genügt ein B 2-Sprachzertifikat. In Nordrhein-Westfalen werden seit Januar 2014 Sprachprüfungen durch die Landesärztekammer vorgenommen. In Rheinland-Pfalz bereits seit 2012. Im Rahmen einer mündlichen Prüfung findet ein orientierendes allgemeines Gespräch statt und im Anschluss wird ein Patientengespräch simuliert, das von Ärzten geprüft wird.

Dass ein Anamnesegespräch notwendiger Teil einer Sprachüberprüfung sein sollte, beschreibt der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Jürgen Hoffart anhand eines selbst erlebten Fallbeispiels. Eine syrische Ärztin sollte eine Anamnese an einer 53-jährigen Patientin vornehmen, die einen Skiunfall hatte und sich dabei ihr Knie verdreht hat. Seit her hat sie Schmerzen im linken Knie, das deutlich geschwollen und überwärmt ist. Vorgeschichte: Kaiserschnitt, Schilddrüsenunterfunktion, Bluthochdruck. Nach eigenen Angaben hatte die

zu Prüfende gute Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift. Dass die Ärztin dann – ganz entgegen ihrer Angaben – gravierende Verständnisschwierigkeiten hatte, zeigt die schriftliche Zusammenfassung der Probandin: „Ich berichte über patientin Bacher Elezabith. Sie ist 35 Jahre alt, 89 kg Gewicht, 173. Sie hat 2 Kinder, sie ist als Lehrerin beruflich. Nachdem sie ein Art Sport gespielt hat; gefühlt sie Schmerzen am linke Knie. Das beteiligte mit Schwellen, warme Knie, und diese Schmerzen verstärkt bis konnte sie nicht schlafen. Schirurgie Anamnese: 2

„Nachdem sie eine Art Sport gespielt hat, gefühlt sie Schmerzen am linke Knie. Schirurgische Anamnese: 2 Kaieser schnitt... kreuzbandruptur. Internistische Anamnese: Sie leidet an schidddrüse.“

Kaieser schnitt, vor 6jahres hatte sie kreuzbandruptur und deshalb operiert wurde. Internistische Anamnese: höherer Bluthochdruck. Sie leidet an schidddrüse. Sie nimmt regelmäßig micardes. Sie hat Allergien gegen Amoxycillen.“

Dieses Prüfungsergebnis wurde von der LÄK Rheinland-Pfalz wie folgt beurteilt: Die syrische Ärztin habe gravierende Verständnisschwierigkeiten. Die anamnetischen Angaben der Patientin wurden nicht verstanden. Ebenso war die Probandin nicht in der Lage, die Diagnostik der Patientin zu erklären. Auch im anschließenden Gespräch wurden die Gründe für das Nichtbestehen nicht verstanden. Außerdem sei die Ärztin nicht in der Lage gewesen, der Patientin zu erklären, was ein MRT ist.

„Solche Sprachkenntnisse reichen für die Patientenkommu-

nikation nicht aus“, sagt Hoffart. Es bestehe eine erhöhte Gefahr von Fehldiagnosen, da keine vernünftige Anamnese stattfindet. Und wenn der Patient dann auch noch einen Dialekt sprechen würde, sei es noch schwieriger. Deshalb spricht sich die LÄK Rheinland-Pfalz seit langem für eine bundesweit verpflichtende mündliche Deutschprüfung unter Federführung von Ärzten aus. Nur allein die Vorlage eines Sprachzertifikats oder eine schriftliche Prüfung würden nicht ausreichen – Ärztemangel hin oder her. Auch die bisherigen Vorgaben der Bundesärztekammer (... wenn der Antragsteller „über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt“...), so Hoffart, reichen nicht aus, sondern bedürfen strengerer und vor allem bundesweit einheitlicher Vorgaben.

Eine Einheitlichkeit favorisiert auch die Landesärztekammer Sachsen, da sich das Testniveau zwischen den Bundesländern noch zu sehr unterscheidet. In Sachsen genüge das B 2-Sprachzertifikat, so der LÄK-Pressesprecher Knut Köhler, wobei hier die Landesdirektion im ersten Schritt eine Gleichwertigkeitsprüfung mit den ausländischen Ärzten durchführt. In diesem Gespräch werde schnell erkannt, ob die Sprachkenntnisse ausreichen. Und in einem zweiten Schritt überprüfen die Krankenhäuser die fachliche Eignung der Bewerber. Der LÄK Sachsen zufolge arbeiteten Ende 2012 in Sachsen 1800 ausländische Ärzte. Laut einer Umfrage hätten diese nur zu Beginn ihrer Tätigkeit Verständigungsprobleme mit Kollegen und Patienten. (DA)

Auch der Hartmannbund fordert seit längerem Bund und Länder auf, Pläne zur Festlegung bundesweit einheitlicher Kriterien für die Überprüfung von Sprachkenntnissen bei ausländischen Ärzten und anderen verkammerten Heilberufen umzusetzen. In diesem Zusammenhang begrüßt



Termine

Mittwoch, 2. April, 17.30 Uhr

Fallstricke vermeiden beim Praxisübergang, Veranstalter: LV Bremen, Ort: Bremen, Gebühr: HB-Mitglieder kostenfrei

Mittwoch, 16. April, 18 Uhr

Themenabend für ausländische Ärzte: Kenntnisstandprüfung, Veranstalter: LV Berlin, Ort: Berlin, Gebühr: kostenfrei

Mehr Seminare finden Sie hier:
www.hartmannbund.de



der Hartmannbund, dass die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) aktuell ein Eckpunktepapier zur Einführung einheitlicher Sprachprüfungen erarbeitet, das auf der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz (26./27.6. in Hamburg) vorgestellt werden soll. Dieses Eckpunktepapier wird der Hartmannbund kritisch prüfen und auf eine schnelle Umsetzung drängen.

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-C1 Medizin* oder *telc Deutsch B1-B2 Pflege* in Frankfurt am Main ab. Prüfungstermin: jeder letzte Dienstag im Monat.

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



Seit acht Monaten in der Weiterbildung Assistenzarzt – Fulltimejob mit Glücksgefühlen

Anfang Juni 2013 beendete Andreas Voss sein Medizinstudium in Regensburg und startete einen Monat später in seine Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum der TU München. Acht Monate später wollen wir wissen, wie es ihm als Assistenzarzt bisher ergangen ist.

Andreas Voss ist glücklich und zufrieden. Und das, obwohl er bis zu 12 Stunden am Tag arbeitet, regelmäßig zu Wochenenddiensten eingeteilt wird, neben seiner klinischen Tätigkeit auch noch Studenten und Doktoranden betreut, in zwei Forschungsprojekten mitarbeitet und seit seinem Arbeitsbeginn am 1. Juli 2013 erst einen einzigen Tag Urlaub genommen hat.

„Ich bin noch nicht urlaubsreif“, beteuert der 31-Jährige, weil ihm seine Arbeit an der Klinik viel Spaß mache und er ja nun nicht die ganze Zeit unter großer Belastung arbeiten würde. Na gut, gesteht er dann allerdings ein, die ersten Wochen als Assistenzarzt – dem Medizinstudium gerade einmal vier Wochen entwachsen – seien ziemlich chaotisch gewesen. „Ich war auf einmal verantwortlich für 30 Patienten, aber es war immer ein Oberarzt in meiner Nähe.“ Auch wenn die Patienten in seiner Abteilung – der Abteilung für Sportorthopädie der Technischen Universität München – nicht schwer krank seien, lastete besonders in der Anfangszeit ein immenser Verantwortungs-

„Ich war auf einmal verantwortlich für 30 Patienten, aber es war immer ein Oberarzt in meiner Nähe.“

druck auf seinen Schultern, trotzdem habe er sich nie unsicher gefühlt. Am meisten zu schaffen gemacht haben ihm Aufbau und Organisation der Station, hatte er anfänglich Probleme, sich in das Computersystem der Abteilung einzuarbeiten. Wo muss der Patient angemeldet werden? Wer kann ihn abholen? Und welche Taste muss am Computer gedrückt werden, damit das richtige Häkchen gesetzt ist? „Mit der Organisation klar zu kommen, war am Anfang mein Hauptproblem. Da ist es schon mal vorgekommen, dass sich Pausen einfach nicht ergeben haben und ich 12 Stunden durchgearbeitet habe.“ Als Hilfestellung habe

er sich die wichtigsten Namen auf einem Zettel notiert. Nach ein paar Wochen klappte es schon viel besser und mittlerweile ist es Routine geworden. „Ich bin gerne Assistenzarzt und froh darüber, dass ich mich selber einbringen kann, in meinen Vorhaben unterstützt werde und mir auch Projekte mit großer Verantwortung übertragen werden“, sagt der gebürtige Regensburger, der trotz der täglichen Mehrfachbelastung nicht

den Eindruck macht, unter all zu großer Anspannung zu stehen. Er sei einfach glücklich darüber, dass er eine der begehrten Assistenzarztstellen in der Abteilung Sportorthopädie bekommen hat. Glücklich darüber, dass er mit netten Kollegen zusammenarbeitet – fünf Oberärzte, 10 Assistenzärzte und drei wissenschaftliche Mitarbeiter –, die ihm mit Rat und Tat zur Seite stehen. Und auch glücklich über seinen Chefarzt, der ihn motiviert, fordert und fördert.

Regelmäßig kann Andreas Voss bei Operationen assistieren und unter Anleitung eigene Operationen durchführen, Diagnosen stellen, während der Patientensprechstunden ärztliche Gespräche führen, Gutachten erstellen, Anfragen von Krankenkassen beantworten und unzähliges mehr – so konnte er bereits in acht Monaten viele wichtige Punkte für sein Logbuch zur Facharztweiterbildung sammeln. Und nach seiner klinischen Tätigkeit, die in der Regel zwischen 17 und 18 Uhr endet, kümmert er sich um die Fragen der Medizinstudenten auf der Station, unterstützt Doktoranden, schreibt Buchbeiträge und forscht nebenbei an seinem eigenen wissenschaftlichen Projekt.

„Ich forsche zu den oberen Extremitäten, speziell die Schulter, mit dem Ziel zu habilitieren“, sieht der 31-Jährige seinen Karriereweg recht klar vorgezeichnet. „Ich sehe mich eher in der Klinik, weil man hier viel lernen kann und mir viele Wege offen stehen.“ Andreas Voss ist froh darüber, in dem Münchner Universitätsklinikum rechts der Isar einen erstklassigen Arbeitgeber gefunden zu haben, bei dem er sich auch noch weitere Jahre seiner Weiterbildungszeit vorstellen kann. Doch dafür müsse er sich nach seinem ersten Jahr in der Sportorthopädie erst einen weiteren Jahresvertrag ergattern. „Es war nicht leicht, diesen Job zu bekommen, denn München ist für Ärzte sehr begehrt und der Konkurrenzkampf groß.“ Um so glücklicher konnte er sich schätzen, dass er an der TU einen Jahresvertrag erhalten hat. Nach der Sportorthopädie stehen 12 Monate Unfallchirurgie auf dem Plan. Wann und wo steht noch nicht fest. Für die Zeit danach habe er erst einmal keine festen Pläne gemacht.

Klar ist für Andreas Voss aber bereits schon jetzt, dass er dem Hartmannbund auch weiterhin die Treue halten möchte. Von 2008 bis 2013 war er Univertreter an seiner Medizinischen Fa-



Termine

Mittwoch, 12. März, 19 Uhr

Praxismanagement: Arbeitsrecht, Veranstalter: LV Westfalen-Lippe, women's Network Lounge, Ort: Steinfurth, Gebühr: HB-Mitglieder 25 €, Nichtmitglieder 35 €

Donnerstag, 8. Mai, 18 Uhr

Erfolgreiche Teamarbeit – Kollegen besser einschätzen, Veranstalter: LV Nordrhein, Ort: Düsseldorf, Gebühr: HB-Mitglieder kostenfrei, Nichtmitglieder 40 €

Mehr Seminare finden Sie hier:
www.hartmannbund.de



kultät in Regensburg und hat in seiner Funktion als stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses Medizinstudierende viele wichtige studienrelevante Projekte mit auf den Weg gebracht. Seit Herbst 2013 ist er Vorsitzender des Arbeitskreises IV „Aus- und Weiterbildung“ bei seinem Landesverband Bayern. „Aktuell bleibt zwar nicht ganz so viel Zeit, sich neben der Arbeit ehrenamtlich zu engagieren und Veranstaltungen zu planen, aber ich bleibe auf jeden Fall am Ball“, verspricht Andreas Voss – auch nach seiner Assistenzarztzeit. (DA)

Haben Sie Fragen zu Ihrer Weiterbildung, zu Ihrem Arbeitsvertrag, zu Ihrer Mitgliedschaft oder zu anderen Themen? Der Hartmannbund informiert und berät seine Assistenzärzte zu verschiedenen Themen. Ihre Ansprechpartner finden Sie auf der Seite 36.

Anzeige

Den Durchblick behalten. Honorarverluste vermeiden.

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

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

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

Jetzt 10 Tage kostenlos online testen!

www.ebm-goae.de



Ausschuss der Medizinstudierenden im Hartmannbund Unser „Nein“ zum PJ-Pflichtquartal steht!



Seit einem halben Jahr ist Theodor Uden Vorsitzender der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Die Redaktion fragte beim 23-jährigen Medizinstudenten aus Hannover nach, welche Themen die Studierenden seitdem angepackt haben und mit welchen Ideen der Ausschuss in das neue Jahr gestartet ist.

Mit dem Fakultätenpreis haben die Medizinstudierenden des Hartmannbundes Ende 2013 für viel Aufmerksamkeit gesorgt. Allein auf www.hartmannbund.de wurde mehr als 5000 Mal auf die Ergebnisse und Informationen des Fakultätenpreises zugegriffen, haben Studiendekanate um die ausführlichen Ergebnisse gebeten sowie viele Medien berichtet. Woran machen Sie diesen Erfolg fest?

Wir waren erfolgreich, weil wir den Fragenkatalog im Vergleich zu den Umfragen aus den Jahren 2005 und 2009 sehr detailliert überarbeitet haben. Somit konnten wir auch sehr genaue Ergebnisse erzielen, aus denen dann das Ranking errechnet wurde. Diese detaillierten Ergebnisse waren wiederum interessant für die Studierenden und die Dekanate, von denen sich auch einige beim Hartmannbund gemeldet haben, deren Medizinische Fakultäten von den Studierenden nicht besonders gut bewertet wurden. Das freut uns um so mehr, da sich auch diese Fakultäten intensiv Gedanken über die angebotene Lehre zu machen scheinen und überlegen, wie es noch besser gehen kann. Unser Erfolg ist aber auch darauf zurückzuführen, dass wir erstmalig die Ergebnisse ausführlich auf der Homepage des Hartmannbundes platziert haben. Allein die Zugriffszahlen zeigen, dass bei den Medizinstudierenden jede Menge Informationsbedarf vorhanden ist.

Die Podiumsdiskussion anlässlich der Verleihung des Fakultätenpreises an der Universität Witten/Herdecke im November 2013 hat gezeigt, dass nicht klar ist, welche Vor- oder Nachteile Modell- bzw. Regelstudiengang haben. Mit diesem Thema wollte sich der Ausschuss der Medizinstudierenden intensiver beschäftigen. Gibt es schon erste Ergebnisse? Bereits Ende des letzten Jahres haben wir eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit diesem Thema beschäftigt. Noch stecken die Studenten mitten in der Arbeit und erstellen gerade ein Thesenpapier, über das die Univertreter auf ihrer nächsten Sitzung Ende April in Berlin diskutieren wollen. Außerdem haben wir uns Expertenrat zum Beispiel von Universitäten geholt, an denen bereits Modellstudiengänge angeboten werden oder Regelstudiengänge reformiert wurden. So wollen wir einen umfassenden Blick auf die verschiedenen Studiengänge gewinnen.

Die neue Regierung hat sich vorgenommen, einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu entwickeln. In diesem soll es um die Stärkung der

Allgemeinmedizin gehen sowie um das Zulassungsverfahren zum Medizinstudium. Zu beiden Themen hat der Hartmannbund bereits mehrfach Stellung bezogen. Können Sie noch einmal kurz erläutern?

Was die Stärkung der Allgemeinmedizin betrifft, sind wir der Auffassung, dass die Allgemeinmedizin durch die eingeführte Pflichtfamulatur und die neue Regelung hinsichtlich eines Wahlterials in der Allgemeinmedizin (Vorhaltung von PJ-Plätzen) in der Approbationsordnung von 2012 bereits ausreichend Berücksichtigung gefunden hat. Hier sollten erst einmal die Ergebnisse abgewartet werden. Eine immer noch im Raum stehende Einführung eines PJ-Pflichtquartals Allgemeinmedizin können wir auch weiterhin nicht gut heißen. Hinsichtlich der Zulassungskriterien zum Medizinstudium sind wir der Meinung, dass die einzelnen Universitäten intensiv prüfen sollten, welche Auswahlkriterien sinnvoll sind oder noch zur Verfügung stehen. Ausgeschlossen sein sollte dagegen eine Verpflichtung hinsichtlich eines späteren Arbeitsortes oder einer bestimmten Fachrichtung. Zu diesen Themen werden wir uns ebenfalls in den kommenden Monaten intensiv Gedanken machen.

Ein weiteres Thema, mit dem sich die Medizinstudierenden des Hartmannbundes beschäftigen, ist die PJ-Aufwandsentschädigung. Hierzu wurde und wird an einer bundesweiten Übersicht gearbeitet. Wie ist da der aktuelle Stand?

Wir sind in den Endzügen unserer Auswertung. Es war ein hartes Stück Arbeit, aber auf die Ergebnisse darf man gespannt sein.

Werde Univertreter beim Hartmannbund!

Friedrich-Thieding-Preis 2014 ausgeschrieben Hervorragende Medizinstudenten gesucht

Engagieren Sie sich neben Ihrem Medizinstudium ehrenamtlich für sozial- oder berufspolitische Projekte? Können Sie sehr gute Leistungen im Medizinstudium vorweisen? Finanzieren Sie Ihr Studium allein? Dann sollten Sie die Chance nutzen und sich für den Friedrich-Thieding-Förderpreis bewerben.

Den mit 1000 Euro dotierten Friedrich-Thieding-Förderpreis, der im Oktober diesen Jahres auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes in Berlin verliehen wird, schreibt die Friedrich-Thieding-Stiftung bereits zum fünften Mal aus. „Der Vorstand der Stiftung hat sich im Jahr 2009 zur Ausschreibung dieses Förderpreises entschieden, um engagierte und gleichzeitig auch bedürftige deutsche Medizinstudierende zu fördern“, begründet die Leiterin des Referats Stiftungen, Johanna Czarnetzki, die damalige Entscheidung.

Seit der Stiftungsgründung in den siebziger Jahren ist es in erster Linie Aufgabe der Stiftung, Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung auf allen Gebieten des Gesundheitswesens und insbesondere der ärztlichen Berufsausübung zu fördern. Seit

vielen Jahren bilden Seminare für Ärzte und Medizinstudierende den Schwerpunkt der Stiftungsarbeit. Neben diesen Themenfeldern hat sich die Friedrich-Thieding-Stiftung auch der Unterstützung und Förderung bedürftiger Medizinstudierender verpflichtet, um diesen den Weg in die spätere berufliche Existenz zu erleichtern.

persönlichen Situation auf Grund finanzieller Bedürftigkeit oder sonstiger Umstände des Bewerbers/der Bewerberin in die Wertung mit einbezogen.

Für die Bewerbung werden folgende Unterlagen benötigt:

- 1.) Ein formloser schriftlicher Antrag mit einer Kurzdarstellung der persönlichen und familiären Situation.
- 2.) Ein Nachweis über die Einkommenssituation des Antragstellers und dessen Eltern.
- 3.) Ein Nachweis der Studiausbildung sowie des berufs- und sozialpolitischen Engagements.

Ihre Bewerbung richten Sie an:

Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes
Kurfürstenstraße 132
10785 Berlin

Einsendeschluss ist der 15. Juli 2014. Die eingereichten Unterlagen werden natürlich vertraulich behandelt. Für weitere Fragen steht Ihnen Johanna Czarnetzki zur Verfügung: telefonisch unter 030 20620853 oder per E-Mail: johanna.czarnetzki@hartmannbund.de.

Mehr Informationen zur Friedrich-Thieding-Stiftung erhalten Sie auf der Homepage des Hartmannbundes unter: www.hartmannbund.de/stiftungen



Termine

Wochenende 8. bis 9. März

88. Berufspolitische Seminarreihe/1. Wochenende, Veranstalter: Friedrich-Thieding-Stiftung, Ort: Berlin, Gebühr: kostenfrei.

Montag, 7. April, 18 Uhr

Naht- und Knotenkurs, Veranstalter: LV Bayern, Ort: München, Gebühr: HB-Mitglieder kostenfrei, Nichtmitglieder 10 €

Mehr Seminare finden Sie hier: www.hartmannbund.de



DIE UNIVERTRETER DES HARTMANNBUNDES
ENGAGIERE AUCH DU DICH AN DEINER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT!

Der Hartmannbund bietet dir:

- +++ Gemeinschaft von mehr als 25.000 Medizinstudierenden
- +++ Netzwerk aus mehr als 40 Univertretern bundesweit
- +++ Mitgestaltung des Verbandes
- +++ Diskussion von studienrelevanten und berufspolitischen Themen
- +++ Teilnahme an politischen Aktionen
- +++ Austausch mit Verbandsmitgliedern
- +++ Teilnahme an Verbandsveranstaltungen
- +++ Aufwandsentschädigung

Und das kannst du tun:

- +++ Den Hartmannbund an deiner Fakultät vertreten
- +++ Sprachrohr deiner Kommilitonen sein
- +++ Veranstaltungen organisieren (Nahtkurs, EKG-Kurs, Erstsemester etc.)
- +++ Politische Aktionen durchführen
- +++ Im Ausschuss der Medizinstudierenden auf Bundesebene aktiv sein
- +++ Dich im Landesverband engagieren

Unser Engagement lohnt sich!

Verhinderung des PJ-Pflichtterials Allgemeinmedizin
Abschaffung Hammerexamen,
Bundesweite PJ-Mobilität

Geschäftsführender Vorstand



Vorsitzender:
Dr. Klaus Reinhardt
(Facharzt für Allgemeinmedizin, Bielefeld)

Stellvertretender Vorsitzender:
Klaus Rinkel
(Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Ulm)



1. Beisitzer und Schatzmeister:
Dr. Thomas Lipp
(Facharzt für Allgemeinmedizin, Leipzig)

5. Beisitzerin:
Dr. Kathrin Krome
(Fachärztin für Neurologie, Bamberg)



2. Beisitzer:
Dr. Stefan Schröter
(Facharzt für Dermatologie/Oberarzt, Essen)

6. Beisitzer und Vertreter der korporativen Mitgliedsverbände:
Dr. Norbert-A. Franz
(Facharzt für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)



3. Beisitzer:
Dr. Philipp Ascher
(Hausärztlicher Internist, Oberhaching)

Kooptiertes studentisches Mitglied und Vorsitzender des Ausschusses Medizinstudierende:
Theodor Uden
(Medizinstudierender, Hannover)



4. Beisitzer:
Prof. Dr. Volker Harth
(Facharzt für Arbeitsmedizin, Hamburg)

Ehrenvorsitzender:
Dr. Hans-Jürgen Thomas



Arbeitskreise

Arbeitskreis I „Ambulante Versorgung“

Vorsitzender:
Dr. Wolfgang Mohl
(Gastroenterologe, Saarbrücken)

Stellvertretender Vorsitzender:
Dr. Marco Johannes Hensel
(Orthopäde, Löbau)

Schriftführerin:
Dr. Uta Arndt (Kinderärztin, Mirow)

Geschäftsführung:
Petra Meiners (Hartmannbund, Berlin)

Arbeitskreis II „Stationäre Versorgung“

Vorsitzender:
Prof. Dr. Michael Berliner
(Internist, Berlin)

Stellvertretender Vorsitzender:
Dr. Frank Holger Perschel
(Facharzt für Labormedizin, Berlin)

Schriftführer:
Dr. Jörg H. Hennefründ
(Gynäkologe, Oldenburg)

Geschäftsführung:
Christina Baden (Hartmannbund, Berlin)

Arbeitskreis III „Gesundheitsdienste“

Vorsitzender:
Prof. Dr. Wolfgang Gerhard Locher, M.A.
(Kommissarischer Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der LMU München)

Stellvertretender Vorsitzender:
Klaus Rinkel
(Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Ulm)

Stellvertretender Vorsitzender:
Prof. Dr. Volker Harth
(Facharzt für Arbeitsmedizin, Hamburg)

Schriftführerin:
Dr. Adelheid Rauch
(Fachärztin für Arbeitsmedizin, Limburg)

Beisitzer:
Ulrich Schwillie
(Facharzt für Anästhesiologie, Beeskow)

Geschäftsführung:
Sabine Haak (Hartmannbund, Berlin)

Arbeitskreis IV „Aus- und Weiterbildung“

Vorsitzender:
Klaus-Peter Schaps (Internist, Wilhelmshaven)

Stellvertretender Vorsitzender:
Sebastian Exner (Assistenzarzt, Aachen)

Schriftführer:
nicht besetzt

Kooptiertes Mitglied des Vorstands:
Theodor Uden (Medizinstudierender, Hannover)

Geschäftsführung:
Steffen Pankau (Hartmannbund, Berlin)

Arbeitskreis V „Assistenzärzte“

Vorsitzende:
Dr. Kathrin Krome
(Fachärztin für Neurologie, Bamberg)

Stellvertretender Vorsitzender:
Dr. Daniel Peukert (Assistenzarzt, Berlin)

Schriftführer:
Ozan E. Eren (Assistenzarzt, München)

Geschäftsführung:
Christina Baden (Hartmannbund, Berlin)

Ausschuss „Altersfragen und Medizin“

Vorsitzender:
Dr. Rudolf G. Fitzner (Labormediziner, Berlin)

Geschäftsführung:
Sabine Eckhardt (Hartmannbund, Berlin)

Ausschuss „Medizinstudierende“

Vorsitzender:
Theodor Uden (10. Semester, Hannover)

Stellvertretende Vorsitzende:
Wenke Wichmann (9. Semester, Greifswald)

Schriftführer:
Christopher Marvin Jesse (9. Semester, Aachen)

Beisitzerin:
Nadine Verena Durmazel
(12. Semester, Mainz)

Beisitzer:
Klaus-Peter Schaps (Vorsitzender des Arbeitskreises „Aus- und Weiterbildung“)

Geschäftsführung:
Dörthe Arnold (Hartmannbund, Berlin)

Das Hartmannbund-Magazin präsentiert sich mit neuem Gesicht

Mehr Informationen und noch mehr Hintergrund

Der Hartmannbund startet in diesem Jahr einen inhaltlichen und optischen Relaunch seines Magazins. Vier Mal im Jahr und sehr viel umfangreicher präsentiert sich das Mitgliedermagazin.

Um den Mitgliedern des Hartmannbundes noch mehr Informationen und Hintergründe zu gesundheitspolitischen Themen näher zu bringen und dabei auch die Standpunkte des Hartmannbundes noch deutlicher zu machen, wurde das Hartmannbund-Magazin in Zusammenarbeit mit dem langjährigen Partner – dem Köllen Verlag in Bonn – einem Relaunch unterzogen, einer klareren Struktur gearbeitet und dem Magazin mit größeren Bildern und optischen Elementen ein moderneres Gesicht gegeben.

Inhaltlich neu sind unter anderem das regelmäßige Interview, die Politikseiten und eine umfangreiche Titelgeschichte zu jeweils einem bestimmten, gesundheitspolitisch wichtigen Thema. Die Redaktion lässt Gastautoren und Experten zu Wort kommen, berichtet über aktuelle Gesetze und beleuchtet sowie kommentiert aktuelle Entwicklungen. Alles in allem: Mehr Meinung, mehr Hintergründe und umfassend recherchierte thematische Schwerpunkte sind die Markenzeichen des neuen Magazins.

Neu ist auch die Verknüpfung mit der Homepage des Hartmannbundes über den sogenannten „QR-Code“. Via Smartphone können sich Leser direkt mit der HB-Homepage verbinden lassen. Auch der Umfang des Hartmannbund-Magazins wurde erhöht – von bisher 24



Das neue Hartmannbund-Magazin wird kurz vor dem Druck noch einmal genau unter die Lupe genommen.

Seiten auf 40 Seiten. Dafür erscheint das Hartmannbund-Magazin künftig nur noch vier Mal im Jahr. Wie bereits in den vergangenen Jahren wird das Magazin neben der gedruckten Version bereits an viele Mitglieder des Hartmannbundes als e-Paper versendet. Möchten auch Sie das Hartmannbund-Magazin lieber in elektronischer Form erhalten, haben Sie Fragen oder Anregungen, dann freut sich das Redaktionsteam über Ihre Post. Senden Sie bitte eine E-Mail an: redaktion@hartmannbund.de.

Das nächste Hartmannbund-Magazin erscheint am 23. Mai. Die Ausgaben 3 und 4 werden im September sowie im November veröffentlicht.



Der Geschäftsführer des Köllen Verlages Sebastian Bleck (r. im Bild) und der Mediengestalter Jörn Dieckmann kontrollieren noch einmal, ob die Qualität stimmt und das Hartmannbund-Magazin 1/2014 gedruckt werden kann.

Anzeige

Neukönigsförder
Mineraltabletten® NE

Kalium • Calcium • Phosphor • Magnesium • Eisen • Zink • Mangan • Kupfer

• ausgewogen kombiniert
• mineralspezifische Freisetzung

Wie war's? Messe Medizin

Das medizinische Jahr in Baden-Württemberg startete mit der „Messe Medizin“. Der Landesverband des Hartmannbundes in Baden-Württemberg richtete sich traditionell mit einer großen Zahl von Veranstaltungen an verschiedene Besuchergruppen. So liefen am Messtand individuelle Gespräche im Rahmen von „meet the expert“. Medizinstudierende und Mitglieder des LV-Vorstands waren gefragte Ansprechpartner für Nachwuchs und Ärzteschaft. Mit dem Seminarteil „Karriere in Weiß“ wurden praxisorientierte Informationen für Medizinstudierende, Studienbewerber und Schüler vermittelt. An Ärzte und Interessierte aus Gesundheitsberufen richteten sich die Vorträge zu Telemedizin und e-health: „Doktor Smartphone“ – Telemedizin revolutioniert die Gesundheitsversorgung“ (Dr. Friedrich Gagsteiger), „Telemedizin in der hausärztlichen Versorgung“ (Dr. Thomas Lipp). Einen Einblick in technisch schon Machbares gab Prof. Dr. Hans-Peter Meinzer (Medizinische und Biologische Informatik, DKFZ Heidelberg).

Ein weiterer Anziehungspunkt war wie bereits im vergangenen Jahr das Reanimationstraining (s. Foto), das der Hartmannbund gemeinsam mit der Heidelberger Notfallinitiative und der Firma Ambu veranstaltet hat. Ärzte und Laien, Jung und Alt trainierten an den Dummies und stellten sich dem Wettbewerb.



Der diesjährige 117. Deutsche Ärztetag findet in Düsseldorf statt. Hier ein Blick auf die Altstadt.

© Düsseldorf Marketing & Tourismus GmbH

Termine des Hartmannbundes Ärztetag in Düsseldorf

Ein Jahr voller spannender Termine liegt vor dem Hartmannbund. An dieser Stelle eine Übersicht der Termine, die in naher Zukunft liegen.

Höhepunkt der ersten Jahreshälfte ist sicherlich der 117. Deutsche Ärztetag, der 2014 in Düsseldorf stattfindet: vom 27. bis zum 30. Mai (Informationen zur Tagesordnung: Seite 38). Im Vorfeld des Ärztetages wird vor Ort der Gesamtvorstand des Hartmannbundes (25. Mai) tagen. Und mit seinem Parlamentarischen Abend gemeinsam mit der Allianz Deutscher Ärzteverbände im Juni lädt der Hartmannbund Politiker sowie Vertreter von Regierung und Standesorganisationen ein, um sich vor der politischen Sommerpause nochmals auszutauschen.

Die Delegiertenversammlungen der Landesverbände bestimmen ebenfalls die erste Jahreshälfte: LV Bremen, LV Brandenburg (2. April); LV Sachsen, LV

Sachsen-Anhalt, LV Thüringen (4./5. April); LV Hessen (5. April); LV Bayern (1. Mai); LV Berlin (10./11. Mai); LV Rheinland-Pfalz (10. Mai); LV Saarland (10. Mai); LV Hamburg (14. Mai); LV Baden-Württemberg (17. Mai); LV Nordrhein, LV Westfalen-Lippe (31. Mai); LV Mecklenburg-Vorpommern, LV Schleswig-Holstein (13./14. Juni); LV Niedersachsen (20./21. Juni).

Nächste Sitzungen der Arbeitskreise auf Bundesebene: AK I „Ambulante Versorgung“ und AK V „Assistenzärzte“ am 23. März (Berlin), Ausschuss der Medizinstudierenden am 26./27. April (Berlin).

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung für Ärzte

Mehr als nur die Steuern im Blick
Spezialisierte Beratung für Ärzte
An über 140 Standorten bundesweit

- Steuerberatung und Steueroptimierung
- Lohnabrechnung sowie Lohnkosten- und Abgabenoptimierung
- Begleitung bei Betriebsprüfungen
- Markt- & Bestenanalyse:
Wo stehen Sie im Vergleich?

Unsere Zentrale in Berlin: Tel. (030) 22 64 12 15
etl-advison@etl.de · www.etl-advison.de

Die HB-Landesvorsitzenden im Interview: Nordrhein

Freie Patienten, freie Ärzte!



Dr. Stefan Schröter, seit 2001 Facharzt für Dermatologie und Venerologie und seit 2002 Oberarzt an der Universitätsklinik Essen, kann auf eine 20-jährige HB-Mitgliedschaft zurückblicken. Seit 2013 ist er Vorsitzender des HB-Landesverbandes Nordrhein und Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands.

Gibt es Gesundheitsthemen in Nordrhein, die Ihnen besonders unter den Nägeln brennen?

Vertragsärztliche Leistungen werden in Nordrhein im bundesweiten Vergleich besonders schlecht bezahlt. Hierfür mag es zwar historische „KV-abrechnungstechnische“ Ursachen geben; sachlich nachvollziehbar ist das aber nicht. In den berufspolitischen Bemühungen um die „Konvergenz“ des vertragsärztlichen Vergütungsniveaus muss es darum gehen, sich bundesweit, also KV-Grenzen-übergreifend, gerade nicht auseinanderdividieren zu lassen, sondern sich innerärztlich solidarisch zu verhalten. Hier sehe ich eine echte Herausforderung an die Selbstverwaltung aus Vertragsärzteschaft und Gesetzlichen Krankenkassen.

Hat auch eine strukturstarke Region wie Nordrhein mit „Unterversorgung“ zu kämpfen?

In Nordrhein finden sich einerseits extrem dicht besiedelte Ballungszentren – etwa im Ruhrgebiet und entlang der sog. „Rheinschiene“ –, andererseits aber auch ausgedehnte ländliche Räume wie etwa der Niederrhein. Im Zuge des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes und der im Jahre 2013 eingeführten kleinräumigeren Bedarfsplanung sind auch im Bereich der KV Nordrhein etliche Hausarztsitze und auch einige Facharztsitze neu geschaffen worden, und zwar ganz überwiegend im ländlichen Raum. Von diesen neugeschaffenen Vertragsarztsitzen sind die fachärztlichen weitestgehend schon besetzt; die hausärztlichen nicht. Bedeutsamer als der beschriebene Ist-Zustand ist die kurz- bis mittelfristige Prognose: Bis zum Jahr 2030 werden ca. 70 Prozent der heute praktizierenden Haus- und Fachärzte

in Rente gehen. Darüber hinaus haben viele Krankenhäuser große Probleme, ihre Assistenzarzt- und auch Oberarztstellen zu besetzen. Man schätzt, dass in Deutschland ca. 10-12000 Arztstellen im Krankenhaus unbesetzt und unbesetzbar sind; in NRW geht man von mindestens 1500 freien Stellen aus, v.a. in kleineren Krankenhäusern im ländlichen Raum.

Sie gelten als Kämpfer für bessere klinische Arbeitsbedingungen. Sind neben Forderungen an den „Arbeitgeber Klinik“ auch „Arzt-gemachte“ hierarchische Strukturen zu hinterfragen?

Ganz sicher ist das so! Eine Klinik sollte kein Kasernenhof und eine Chefvizite kein Defiliermarsch sein! Wer das heute als Leitender Arzt noch nicht begriffen hat, wird ein Problem bekommen – nämlich keine Assistenzärzte! Nach meiner Wahrnehmung hat sich allerdings in den letzten Jahren schon vieles verbessert, auch wenn das letztlich an der veränderten ärztlichen Arbeitsmarktsituation liegen mag, die insofern eben auch die große Chance bietet, in den Kliniken einen Kulturwandel zu befördern, nämlich den Abschied von übersteilen Hierarchien und die Schaffung einer Atmosphäre von gegenseitiger Wertschätzung und Kollegialität. Natürlich gilt, dass „auf jedem Schiff, das dampft und segelt, es einen geben muss, der die Dinge regelt!“ Und das ist der Chef – pardon: bzw. die Chefin.

Wenn Sie als Gesundheitsminister eine Regelung erlassen könnten. Welchen berufspolitischen Wunsch würden Sie sich erfüllen?

Dem sensiblen „Setting“ zwischen Patient und Arzt hat sich alles andere unterzuordnen! Ich möchte, dass freie Patientinnen und Patienten auf freie Ärztinnen

und Ärzte treffen! Niemand hat da hinzuzureden! Ein Paradoxon besteht darin, in einem letztlich budgetierten System ein unlimitiertes Leistungsversprechen ohne Priorisierung abzugeben. Das Morbiditätsrisiko darf und kann nicht von den sog. „Leistungserbringern“ getragen werden, auch nicht teilweise. Das Prinzip der Kostenerstattung bei GKV-Patienten könnte insofern eine Zwischenlösung sein, einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs über die Frage Raum und Zeit zu verschaffen, wie viel die Gesellschaft und jeder Einzelne bereit sein muss, für „Gesundheit“ aufzuwenden.

Mit welchen Themen wird sich der LV Nordrhein im Jahr 2014 besonders beschäftigen?

Aktuell beschäftigen wir uns mit den bevorstehenden Wahlen zur Kammerversammlung und zu den Kreisstellenvorständen der Ärztekammer Nordrhein. Wir möchten hier stärker reüssieren, denn Themen wie das der ärztlichen Freiberuflichkeit – und zwar unabhängig davon, in welcher Form die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird – werden von uns wie von sonst niemandem überzeugend und konsequent vertreten! Wie für den HB insgesamt, so gilt auch für den LV Nordrhein, einen möglichst großen Anteil der bislang studentischen Mitglieder für den Verband nachhaltig zu gewinnen. Angesichts der fünf in Nordrhein befindlichen Medizinischen Fakultäten sehe ich hier für uns eine besondere Verantwortung und Herausforderung. Neben Service-Angeboten möchten wir einen Schwerpunkt darauf legen, sowohl den jüngsten als auch den bereits etablierten Klinikärztinnen und -ärzten überzeugende berufspolitische Angebote zu machen.

Steuerrechtliche Mitwirkungspflichten

Betriebsprüfer wissen, wonach sie suchen müssen



Heiko Bokan (Steuerberater im ETL ADVISION-Verband) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen. Er ist Fachberater Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven) und Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH).

Kontakt: ETL ADVITAX Selm
info@advisa-steuerkanzlei.de
www.advisa-steuerkanzlei.de
 Tel.: 02592 9240

Betriebsprüfer machen auch vor Arztpraxen nicht halt. Auslöser für eine Prüfung kann schon die Finanzverwaltung prüfen beispielsweise anhand des Internetauftritts, ob dort umsatzsteuerpflichtige Praxisleistungen aufgeführt sind. Fehlen diese in der Gewinnermittlung oder erscheinen sie den Finanzbeamten zu gering, muss mit einer Betriebsprüfung gerechnet werden. Dermatologen, Praxen für ästhetisch-plastische Chirurgie und Gynäkologen werden dabei besonders häufig geprüft.

Bei einer Betriebsprüfung werden die Einnahmen und Ausgaben der Praxis genau untersucht. Dazu müssen alle steuerlich relevanten Daten vorgelegt werden, insbesondere die Buchführung,

das Kassenbuch, Lohnabrechnungen, Honorarzahllungen. Ärztliche Honorarabrechnungen enthalten jedoch regelmäßig auch Daten, die über die Identität des Patienten und die Tatsache seiner Beratung Aufschluss geben. Diese Daten dürfen nur anonymisiert an Dritte weitergegeben werden, sonst verstößt der Arzt gegen seine gesetzliche Schweigepflicht.

Dem gegenüber steht die Mitwirkungspflicht in eigenen steuerlichen Angelegenheiten, denn gegenüber dem Finanzamt sind alle steuerlich relevanten Daten und Informationen herauszugeben. Der Arzt muss also Auskünfte zu Diagnosen und Behandlungsmethoden erteilen und in seine Unterlagen Einsicht gewähren. Verweigert ein Arzt seine Mitwirkung, kann das Finanzamt Einnahmen schätzen, den Abzug von Betriebsausgaben versagen oder die Umsatzsteuerfreiheit von heilberuflichen Leistungen mangels medizinischer Indizierung verneinen.

Abrechnungsdaten von der Patientenkartei trennen

Finanzgerichte haben zwar schon mehrfach bestätigt, dass trotz ärztlicher Schweigepflicht eine Pflicht zur Vorlage von Daten besteht und zwar selbst dann, wenn aus technischen Gründen steuerrelevante Daten nicht von den Patientendaten getrennt werden können. Es ist jedoch noch nicht höchstrichterlich entschieden, ob ein Arzt tatsächlich die Patientenkartei vorlegen muss. Wir empfehlen daher, die Abrechnungsdaten von der Patientendatei zu trennen, die Vorlage von Patientendaten im Einzelfall gesondert zu prüfen und bei Betriebsprüfungen die Vorlage der Patientendatei zu verweigern. Sofern ein Prüfer Zugriff auf das Abrechnungssystem des Arztes wünscht, sollte diesem nur ein Datenträger zur Verfügung gestellt werden. Auf diesem sollten die Daten des Rechnungsausgangs mit allen Rechnungsangaben außer Namen und Adressdaten der Patienten enthalten sein.

ETL | ADVISION
 Steuerberatung im Gesundheitswesen

Beliebte Prüffelder in Arztpraxen sind Rechnungsnummern

Ein besonderes Augenmerk legen die Finanzbeamten auf die Prüfung von fortlaufenden Rechnungsnummern. Fehlt eine Rechnung, werden nicht erklärte Einnahmen vermutet und der Finanzbeamte darf hinschätzen. Um Diskussionen zu fehlenden Rechnungen zu vermeiden, sollten Stornorechnungen sorgfältig dokumentiert und für Kostenvoranschläge keine Rechnungsnum-

mern vergeben werden. Geprüft wird nicht nur, ob die Praxiseinnahmen vollständig verbucht und versteuert wurden, sondern auch, ob dies im richtigen Jahr geschah. Ärzte ermitteln ihren Gewinn meist als Überschuss der Einnahmen über die Betriebsausgaben. Es kommt also auf den Zuflusszeitpunkt an. Honorare aus Privatliquidationen gelten dabei bereits als zugeflossen, wenn sie bei der Privatärztlichen Verrechnungsstelle eingehen. Entscheidend ist hier die Vereinnahmung durch den Bevollmächtigten des Arztes und die damit verbundene Gutschrift auf dem Verrechnungskonto des Arztes bei der Verrechnungsstelle.

Honorare für kassenzahnärztliche Leistungen fließen dem Arzt dagegen erst mit der Überweisung auf sein Konto zu. Allerdings müssen auch Ärzte die sogenannte 10-Tages-Regel beachten.

Danach sind regelmäßig wie-

derkehrende Einnahmen, die bis zum 10. Januar des Folgejahres zufließen, dem Vorjahr zuzurechnen. Dies ist häufig bei Abschlagzahlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung für den Monat Dezember sowie gezahlten Resthonoraren für ein Vorjahresquartal der Fall.

Privatnutzung des Praxisfahrzeugs ist steuerpflichtig

Werden Praxisfahrzeuge auch privat genutzt, sind die privaten Nutzungsanteile zu versteuern. Zur Ermittlung der Höhe wird entweder ein Fahrtenbuch geführt, oder die privaten Entnahmen werden pauschal nach der 1 Prozent-Methode ermittelt. Achtung: Bei Fahrtenbüchern prüft die Finanzverwaltung sehr genau, ob diese ordnungsgemäß sind. Gehören zum Praxisvermögen mehrere Fahrzeuge, die auch von Familienangehörigen privat genutzt werden dürfen, muss die private Nutzung für jedes dieser Fahrzeuge versteuert werden.

Prüffelder der Finanzbehörde können vielfältig sein

Die angesprochenen Einnahmepositionen sind nur ausgewählte Prüfungspunkte. Genauso intensiv werden bestimmte Ausgabenbereiche unter die Lupe genommen. Ein beliebtes Prüfungsthema sind die abziehbaren Aufwendungen bei Fortbildungsseminaren und Dienstreisen, vor allem wenn sich daran ein verlängertes Wochenende oder gar ein Urlaub anschließt. Ausgaben für Arbeitskleidung werden nur dann als Betriebsausgabe anerkannt, wenn die Kleidung in einem Fachhandel für Praxisbedarf gekauft wurde. Hellhörig werden Finanzbeamte auch, wenn Familienangehörige in der Praxis mitarbeiten. Hier werden die Verträge besonders intensiv geprüft und es muss nachgewiesen werden, dass der Angehörige so beschäftigt und bezahlt wird, wie es bei einem Fremden üblich wäre.

Bundesrechnungshof fordert intensivere Prüfung der Umsatzsteuer

Auch bei Ärzten rückt die Umsatzsteuer immer mehr in den Fokus der Betriebsprüfer. Denn ärztliche Wahlleistungen wie Schönheitsoperationen, plastisch-ästhetische Eingriffe, Falten- und Botox-Behandlungen sowie Präventionsleistungen, die keinem therapeutischen Zweck dienen, gehören nicht zu den umsatzsteuerbefreiten Heilbehandlungsleistungen. Der Bundesrechnungshof

hat die Finanzbehörden in seinem Jahresbericht 2013 aufgefordert, hier verstärkt zu prüfen, da umsatzsteuerpflichtige Leistungen bei Ärzten vielfach nicht besteuert würden. Doch die Abgrenzung der steuerfreien von steuerpflichtigen Leistungen ist oftmals schwierig.

Wir empfehlen daher: Hegt ein Prüfer nach Auswertung der Leistungsbeschreibung Zweifel an der Steuerfreiheit der Leistung, sollten diese in einem Gespräch zwischen dem Arzt und dem Prüfer geklärt werden. Der Arzt nimmt Einsicht in die Patientenakte und erläutert dem Prüfer die medizinische Indikation der Leistung. Ob darüber hinaus dem Prüfer ein Einsichtsrecht gewährt wird, ist in jedem Fall gesondert rechtlich zu prüfen und ggf. vorab mit der (Zahn-)Ärztelkammer abzustimmen. Ausnahmsweise kann der Arzt auch seinen Patienten bitten, ihn von der Verschwiegenheitspflicht zu befreien. Dies ist sinnvoll, wenn damit die 19-prozentige Umsatzsteuer und damit eine Verteuerung der Leistung vermieden werden kann. So kann beispielsweise mit der offengelegten Diagnose eines Psychotherapeuten nachgewiesen werden, dass ein chirurgischer Eingriff medizinisch indiziert und nicht ästhetisch-kosmetisch motiviert war.

Folgendes Fazit kann gezogen werden

Dokumentieren Sie Ihre betrieblichen Vorgänge sorgfältig und bewahren Sie alle steuerlich relevanten Unterlagen auf. So lassen sich lange Diskussionen mit den Betriebsprüfern vermeiden. Noch ist nicht höchstrichterlich geklärt, welche Daten trotz beruflicher Schweigepflicht vorgelegt werden müssen. Ob die Bundesfinanzrichter Berufsgeheimnisträgern den Rücken stärken, bleibt abzuwarten. Bis dahin sollten Sie streng auf eine exakte Trennung der Daten achten. So wird die ärztliche Schweigepflicht nicht verletzt und steuerliche Nachteile sowie Ärger mit dem Finanzamt können vermieden werden.

Zu steuerrechtlichen Fragen berät Sie gerne auch der Hartmannbund. Bitte kontaktieren Sie uns unter folgender Mailadresse: hb-info@hartmannbund.de

 **mehr zu Beratungen auf www.hartmannbund.de**



Altersvorsorge mit der Relax Rente

Neues Vorsorgeprodukt bietet Sicherheit und Rendite



Der Autor: Karl-Heinz Silbernagel
Deutsche Ärzteversicherung
Tel.: 0221 14822857
www.aerzteversicherung.de

Wer seinen Lebensstandard im Alter halten will, muss zusätzlich privat vorsorgen. Wenn auch „kein Versorgungswerk wackelt“, wie die Arbeitsgemeinschaft berufständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) versichert, so wird doch gleichzeitig immer darauf hingewiesen, dass das niedrige Zinsniveau zu deutlich sinkenden Rentenerwartungen führen wird. Manche Versorgungswerke weisen offen auf den damit entstehenden zusätzlichen Versorgungsbedarf hin.

Doch wer heute eine Altersvorsorge aufbauen möchte, steht in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Rendite. Während auf der einen Seite die klassische Lebensversicherung ein hohes Maß an Sicherheit hat, aber unter sinkenden Zinsen leidet, bietet auf der anderen Seite die fondsgebundene Lebensversicherung ohne Garantien bessere Renditechancen, aber auch höhere Risiken.

Deutsche Ärzteversicherung und

Deutsche Ärzte Finanz sehen sich als Partner der akademischen Heilberufe in der Pflicht, den Kunden attraktive Kapitalanlagen anzubieten, die Sicherheit, aber auch die Chance auf Rendite bieten. Diesen Anspruch erfüllt die „Relax Rente“. Die Konstruktion dieses Vorsorgeproduktes ist neu am deutschen Markt. Sie nutzt durch unterschiedliche Anlageformen die Renditechancen der Kapitalmärkte und garantiert gleichzeitig, dass mindestens die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin zurückbezahlt werden.

Die „Relax Rente“ setzt sich aus drei Bausteinen zusammen, die kombiniert werden können. Erster Baustein ist die „Sicherheit“. Mit der „Geld-zurück-Garantie“ hat der Kunde die Sicherheit, dass zu Rentenbeginn mindestens die eingezahlten Beiträge für die Altersvorsorge zur Verfügung stehen. Der zweite Baustein heißt „Wertzuwachs“. Durch die Beteiligung an der Entwicklung der 50 führenden Unternehmen in Europa kann der Kunde mit seinem Vertragsvermögen an den positiven Kursentwicklungen partizipieren, ohne Kapitalverluste befürchten zu müssen. Über den dritten Baustein „Rendite“ besteht die Möglichkeit, über eine exklusive Fondsauswahl zusätzliche Renditechancen zu nutzen.

Diese drei Grundbausteine sind nicht nur zu Vertragsbeginn flexibel mitein-



ander kombinierbar. Auch während der Laufzeit des Vertrages können sie individuell angepasst werden. Der Kunde muss sich also nicht dauerhaft für eine Kombination entscheiden. Ändern sich die Anlageziele oder möchte der Kunde auf eine neue Lebenssituation reagieren, kann er die gewählte Anlagestrategie kostenlos wechseln und seinen individuellen Bedürfnissen anpassen.

Das Vorsorgekonzept „Relax Rente“ ist in drei Varianten wählbar: „Comfort“, „Classic“ oder „Chance“. Die Variante „Comfort“ bedient sich aller genannten Bausteine. Mit dem Vertragsphasenmanagement orientiert sie sich dabei an einem ausgewogenen Rendite-Risiko-Mix, ohne dass der Kunde aktiv eingreifen muss. Die eingezahlten Beiträge werden zu Beginn des Vertrages eher renditeorientiert und mit fortschreitender Annäherung an das Laufzeitende zunehmend sicherheitsorientiert angelegt. Die Variante „Classic“ verzichtet auf eine Fondsanlage, geht also stärker in Richtung Sicherheit. Die Variante „Chance“ bietet ebenfalls die Beitragsgarantie, verzichtet jedoch auf das Vertragsphasenmanagement und investiert maximal in der Fondsanlage.

Weitere Informationen sind unter www.aerzteversicherung.de oder auch telefonisch über 0221 148 22700 abrufbar.

Neues Vorstandsmitglied

Der Aufsichtsrat der Deutschen Ärzteversicherung AG und der Deutschen Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG hat zum 1. Januar Dr. Stephan Anders (44) zum Mitglied des Vorstandes der Gesellschaften bestellt.

Mit Dr. Anders verstärkt ein sehr erfahrener Manager mit hoher Expertise den Vorstand der auf den akademischen Heilberufemarkt spezialisierten Gesellschaften. Nach seinem Studium der Betriebswirtschaftslehre an den Universitäten von Köln und Exeter,



England, kam Dr. Anders 1996 zur AXA Deutschland und war in unterschiedlichen Funktionen im Konzern tätig. Seit 2006 war er Sprecher der Geschäftsführung der AXA Customer Care GmbH. Er übernimmt u.a. die operative Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und Standesorganisationen der akademischen Heilberufe.



STEIGENBERGER
HOTEL AM KANZLERAMT
BERLIN

STEIGENBERGER HOTEL AM KANZLERAMT
BESTLAGE IN MITTE

DEN ERFOLG VOR AUGEN

Das Bundeskanzleramt, der Reichstag und der Hauptbahnhof sind nur wenige Minuten vom Steigenberger Hotel am Kanzleramt entfernt – zentraler und bequemer können Sie in Berlin nicht übernachten.

Die Kaffee- und Teestation, der Internetanschluss, Safe und Minibar sind nur einige der Annehmlichkeiten, die Sie in Ihrem Zimmer oder Ihrer Suite ab dem 01. Mai 2014 erwarten.

Der ideale Treffpunkt für Ihre Unternehmungen ist die Lobby mit ihrer großen Lounge unter der Galerie, und die Bar mit ihrer Raucher-Lounge lädt Sie ein, den Abend zu genießen.

Im großzügigen Day Spa mit Sauna, Dampfbad, Private Day Spa, Massage und Beautyanwendungen sowie einem Trainingsbereich mit modernen Fitnessgeräten finden Sie die besten Bedingungen für die tägliche Erholung. Jogger und Walker werden die Laufstrecken entlang der Spree oder in den Parks zu schätzen wissen. Der über 2.000 m² große Konferenzbereich verteilt sich über zwei Etagen. Im Erdgeschoss befindet sich der Saal mit seinen zwei Foyers – perfekt für Präsentationen und Ausstellungen für bis zu 400 Personen. Direkt darüber der Seminarbereich mit 10 weiteren Tagungsräumen.

BERLIN, BERLIN, WIR FAHREN NACH BERLIN

Berlin, die Hauptstadt und gleichzeitig der Regierungssitz Deutschlands, ist ein wichtiger Mittelpunkt der Politik, Kultur, der Medien und der Wissenschaft in der Europäischen Union.

Das Steigenberger Hotel am Kanzleramt, das sich in unmittelbarer Nähe zur Schweizer Botschaft und der Charité befindet, wurde inmitten der Stadt, direkt am Hauptbahnhof, erbaut und ist somit ein zentraler und schöner Aufenthaltsort für alle Reisenden. Ein Trip in die faszinierende Metropole öffnet den Blick, und als eine der meistbesuchten Städte Europas fasziniert Berlin Jung und Alt in gleichem Maße.

Lernen Sie uns kennen – wir verlosen unter allen Einsendungen bis zum 15. März 2014 ein Wochenende für 2 Personen in unserer Spa Suite. Sie wurde kreiert, um die größtmögliche Privatsphäre im Spa für Sie und Ihre Freunde und damit ein maßgeschneidertes Erlebnis zu garantieren. Perfekt zu einem besonderen Anlass oder einfach nur, um einen lieben Menschen zu verwöhnen. Wann wird das Steigenberger Hotel Am Kanzleramt eröffnet? **Wir freuen uns auf Ihre Antwort per E-Mail an service@hartmannbund.de und wünschen Ihnen viel Glück.**



STEIGENBERGER HOTEL AM KANZLERAMT

Ella-Trebe-Straße 5 · 10557 Berlin · Germany
Tel. +49 30 740743-0
kanzleramt-berlin@steigenberger.de
www.kanzleramt-berlinsteigenberger.de



Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

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

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau
Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold
Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt
Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau
Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Czarnetzki
Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden
Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau
Tel.: 030 206208-43



© burak cakmak - fotolia.com

Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

(Geschäftsführung der Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)
Mathias Burmeister
Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

(Geschäftsführung der Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)
Sabine Beukert
Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)
Larissa Gebser
Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)
Eleonore Wagner
Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)
Ingeborg Dinges
Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel
Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner
Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Tanja Bauer
Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

Praxisnachfolge/-immobilie/-inventar

Kollege/in als Praxispartner

zum Miteinstieg in umsatzstarke, gut organisierte, gastroenterologische SP-Praxis (1 KV-Sitz) mit hohem endoskopischem Anteil in saarländischer Mittelstadt gesucht. Kontakt: praxispartner-saar@t-online.de

Praxisnachfolge für HNO-Praxis

in Einzelpraxis gesucht. Regierungsbezirk Schwaben, Kleinstadt (ca. 20.000 Einwohner). Besonderheiten: Akupunktur, TCM, Manuelle Therapie, Stimm-/Sprachstörungen, OP-Möglichkeit. Kontakt: Chiffre # 056566.

Abgabe Allgemeinanzpraxis

im Raum St. Gallen/Bodensee, zentrale Lage, geeignet als Einzel- oder Doppelpraxis, voll funktionsfähig (2 Untersuchungszimmer, Röntgenraum und Labor), Praxisapotheke, guter Patientenstamm und gutes Praxisteam mit 2 Arzthelferinnen (1 x 50 %, 2 x 50-80%), geringe Notfalldienstbelastung mit optimaler Worklifebalance und vielfältigen Freizeitmöglichkeiten in der Region. Kontakt: telefonisch unter 0041 76 212 24 80 zwischen 19-21 Uhr.

Praxisassistent/Nachfolger

für HNO-Praxis im nördlichen Ruhrgebiet gesucht. HNO-Fachärztin/arzt gesucht für ortsübergreifende operativ (stat. + amb.) tätige, modern eingerichtete HNO-Praxis mit z.Z. drei Ärzten. Anstellung ganztägig oder in Teilzeit möglich. Nachfolge eines Inhabers gewünscht. Kontakt: www.hno-gelsenkirchen.de, telefonisch unter 0209 30366.

Bremen, Allgemeinanzpraxis

Einzelpraxis mit Assistentin (optional) ab zweiter Jahreshälfte 2014 abzugeben, Kontakt: 0151 27551681

Für Praxisneugründer

(Arzt/Heilpraktiker) aus Praxisauflösung – Allgemeinmedizin – sehr gut erhaltene, gebrauchte Einrichtung und Ausstattung kostengünstig abzugeben. Kontakt: telefonisch unter 0665 94210 oder 0172 6575837.

Hausarztpraxis im Sauerland

aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. Direkte Nähe zum Wintersportort Winterberg. Die Praxis ist als Doppelpraxis geeignet, überdurchschnittliche Anzahl an Scheinen und sehr gute wirtschaftliche Lage. Kontakt: praxisabzugeben@gmx.de

Komplette Praxiseinrichtung

(Gyn) inklusive US im Topzustand zu verkaufen. Kontakt: 02296 90501

Stellenangebote

Orthozentrum Waldkraiburg sucht

Nachfolger für ausscheidenden FA für physikalische u. REHA-Medizin zum 1. Juli 2014. Modernes orthopädisches Zentrum in Südostbayern mit breitem operativen und konservativen Spektrum. www.ortho-waldkraiburg.de

Ärztlicher Weiterbildungsassistent

halbtags für neurologische und psychotherapeutische Fachpraxis in der Bonner Südstadt ab sofort oder später gesucht. WBE ist für 1 Jahr Neurologie, wahlweise Psychiatrie/Psychotherapie. Praxisgemeinschaft: 1 Arzt, 1 angestellte Ärztin, 1 Diplom-Psychologin,

mehrere MFAs und 1 Auszubildende.
www.barthunddomke.de

Stellengesuche

Vertretung für Allgemeinanzpraxis

in der Ostschweiz gesucht. Arbeitspensum nach Absprache. Kontakt: telefonisch unter 004176 212 24 80 zwischen 19 und 21 Uhr.

Fachärztin für Innere Medizin sucht

Teilzeitstelle in hausärztlicher oder internistischer Praxis in Berlin (vorzugsweise Nordwesten oder Zentrum). Kontakt: c.gro@gmx.de oder 0176 53443977

FÄ Arbeitsmedizin sucht

stundenweise Tätigkeit im Fachgebiet Arbeitsmedizin im Rems-Murr- oder Ostalbkreis (zunächst) auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung. Langjährige Tätigkeit in der Akutmedizin. Kenntnisse Reisemedizin. PKW vorhanden. Chiffre: # 074196.

FÄ für Allgemeinmedizin ZB NHV,

Akupunktur, Sportmedizin, 13-jährige Berufspraxis sucht Mitarbeit in naturheilkundlich ausgerichteter Praxis, spätere Teilhaberschaft erwünscht. Wo: Köln, Bonn. Beginn: nach Vereinbarung. Kontakt: 01577 2666504.

Fachärztin für Augenheilkunde

mit langjähriger Berufserfahrung (w6 Jahre Universitätsklinik, 4 Jahre Praxis) sucht ab Herbst 2014 eine neue berufliche Herausforderung. Einstieg in GP/Übernahme einer Einzelpraxis oder klinische Tätigkeit im Raum Nordbaden/Kraichgau. Spezialisierung auf medical retina, IVOM. Kontakt: 0171 3754050.

KLEINANZEIGEN – für Mitglieder kostenlos*

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

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

Impressum**Herausgeber:**

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

Redaktion:

Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:

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

Anschriften:

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

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 1,50 Euro
Jahresabonnement 9 Euro, incl. 7 %
MwSt., zzgl. Versandkosten.
ISSN: 0944-7369

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

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

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

Bildnachweis: Hartmannbund

Titelfoto: © Luis Louro – Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

117. Deutscher Ärztetag in Düsseldorf

Kurz vor Schluss erreichte die Redaktion die Tagesordnung des 117. Deutschen Ärztetages. An dieser Stelle ein Auszug: **TOP I** Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik (u.a. Krankenhauspolitik, Krankenhausfinanzierung, Krankenhausplanung, soziale und kommunikative Kompetenz des Arztes), **TOP II** Prävention, **TOP III** Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, **TOP IV** Schmerzmedizinische Versorgung stärken, **TOP V** Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Ein weiteres Thema ist der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer u.a. mit dem Bericht „Krisenbedingte Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen“ sowie dem Sachstandsbericht über die Zusammenarbeit mit der gematik. Auch der Hartmannbund wird in Düsseldorf durch Mandatsträger des Verbandes als Delegierte ihrer Landesärztekammern im Plenum vertreten sein. Diese werden vom Hartmannbund initiierte Anträge einbringen und vertreten. Im nächsten Hartmannbund-Magazin, das am 23. Mai erscheint, wird die Redaktion näher auf die Themen des Ärztetages eingehen.

Wohin steuert die Krankenhausfinanzierung?

Darüber machen sich nicht nur die Verbandsgremien des Hartmannbundes, Krankenhäuser sowie deren Kostenträger Gedanken, sondern auch die Krankenkassen, die Regierung und die ärztliche Selbstverwaltung. Das etwas getan werden muss, zeigt der Blick auf die nackten Zahlen. Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) fehlen den Krankenhäusern jährlich rund drei Milliarden Euro. Die von den Ländern bereitgestellten Investitionsmittel in Höhe von 2,72 Milliarden Euro lägen „weit unter dem Niveau, das notwendig wäre, die Kliniken auf einem modernen Stand zu halten“, so DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. Daran ändere auch die leichte Erhöhung der Landeszuschüsse um 110 Millionen Euro nichts. „Notwendig wären mindestens sechs Milliarden Euro“, so Baum. Wie die Finanzierung zu bewerkstelligen sein könnte, darüber hat sich auch die Bundesärztekammer Gedanken gemacht und fußend auf dem Leit Antrag des 116. Deutschen Ärztetages 2013 ein Positionspapier veröffentlicht, in dem u.a. eine Neukonzeption des DRG-Fallpauschalensystems, eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung und ausreichend Investitionsmittel gefordert werden.

GKV: Neuregelung der Zusatzbeiträge

Die Bundesregierung hat die im Koalitionsvertrag vereinbarte Reform zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf den Weg gebracht. Der Beitragssatz soll einem Referentenentwurf zufolge von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt und von Arbeitnehmern und Arbeitgebern hälftig getragen werden. Der bislang kassenindividuelle einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird durch einen kassenindividuellen prozentualen Zusatzbeitragssatz ersetzt, der vom Bruttoeinkommen erhoben werden kann. Um Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern nicht zu benachteiligen, soll über das Bundesversicherungsamt, das künftig auch die Zusatzbeiträge verwaltet, „ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich“ erfolgen. Die zusätzlichen Mittel fließen in die Zuweisungen an jene Krankenkassen ein, die Zusatzbeiträge erhoben haben.

Regelmäßig informiert der Hartmannbund auf seiner Homepage über gesundheitspolitische Themen. Interessiert?

www.hartmannbund.de



Relax Rente: Die entspannte Art, fürs Alter vorzusorgen.

Von Chancen der Kapitalmärkte profitieren, ohne Risiken einzugehen!

- **Sicherheit**
„Geld-zurück-Garantie“ für die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin
- **Wertzuwachs**
Ihre Kapitalanlage profitiert Jahr für Jahr von den Erträgen der 50 Top-Unternehmen Europas, nimmt aber eventuelle Verluste nicht mit
- **Zusätzliche Renditechancen**
Durch ergänzende Investition in renditestarke Fonds
- **Komfort**
Wir übernehmen das komplette Anlagemanagement für Sie
- **Flexibilität**
Während der gesamten Laufzeit an veränderte Lebenssituationen anpassbar

Rufen Sie uns an unter 02 21 / 1 48-2 27 00

www.aerzteversicherung.de

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Punkt für Punkt besser.



Dr. Johanna Krause, Assistenzärztin,
Mitglied der apoBank



Vermögensberatung ganzheitlich.

Ihr Anspruch ist es, dass alles zusammenpasst. Deshalb ist es wichtig, Sie in allen Punkten ganzheitlich zu beraten. Wir bieten Ihnen mit unserer Vermögensberatung eine individuelle Anlagestrategie, bei der Sie gleichzeitig von einem hohen Maß an Sicherheit und guten Chancen profitieren können. Besprechen Sie jetzt mit Ihrem Berater alle Punkte für eine Vermögensanlage, die einfach besser zu Ihnen passt.

Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.apobank.de/vermoegensberatung

Weil uns mehr verbindet.



*Der Festzins gilt für eine Laufzeit von 6 Monaten auf den Anteil der Festgeldanlage. Voraussetzung ist eine Mindestanlage in apo 50/50 in Höhe von 10.000 Euro, bei der mindestens die Hälfte des gesamten Anlagebetrages in ausgewählte Investmentfonds investiert wird. Nähere Informationen und Risikohinweise zu diesem Produkt erhalten Sie unter www.apobank.de/vermoegensberatung