

01/2015



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Zauberformel Qualität

Vom Streben nach immer besserer Medizin



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

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

das nach Peter Struck benannte „Strucksche Gesetz“, nach dem kein Gesetz den Bundestag so verlässt, wie es hineingeht, hat zwar grundsätzlich nichts an seiner Gültigkeit verloren. Wer jedoch die Entwicklung des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) verfolgt, der stellt fest, dass dieses Gesetz in Zeiten großer Koalitionen in Teilen außer Kraft gesetzt ist. Das VSG berührt elementare Grundsätze unseres Gesundheitswesens wie die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung in nicht zu unterschätzendem Maße. Die „Lösung“ der so genannten Wartezeitenproblematik ist und bleibt ein massiver Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung, verbunden mit der Installierung kostenaufwändiger – von den Kassenärzten zu finanzierender – Bürokratie. Die im Gesetz gleichzeitig noch immer vorgesehene Verpflichtung des Aufkaufes von Praxissitzen in sogenannten überversorgten Planungsbereichen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen stellt auch als „Soll-Regelung“ im Kern weiterhin eine Quasi-Enteignung dar und konterkariert zudem die Bemühungen um kürzere Wartezeiten. All diese Argumente haben der Hartmannbund und andere ärztliche Verbände und Institutionen nicht nur einmal vorgetragen, laut oder leise, im persönlichen Gespräch oder – wie zuletzt die KBV – auf Plakaten. Voraussichtlich ohne wesentliche Wirkung. Wir werden deshalb exemplarisch den ersten Kollegen, der nach Verabschiedung des VSG vom „Wegkaufen“ einer Praxis gegen seinen Willen betroffen ist, bei rechtlichen Schritten gegen diese Maßnahme unterstützen.

Auch das Anti-Korruptionsgesetz lassen wir juristisch auf den Prüfstein stellen. Gemeinsam mit den in der Allianz Deutscher Ärzteverbände versammelten Verbände haben wir einen renommierten Strafrechtler beauftragt, die Gesetzesvorlage fundiert zu begutachten – vor allem mit Blick darauf, was der bislang vorliegende Entwurf für die vielen Netzwerke und Kooperationen bedeutet. Hier darf nicht die sinnvolle Zusammenarbeit verschiedener Player im Gesundheitswesen in die Nähe von Korruptionstatbeständen gerückt werden.

Das von der Bundesregierung angekündigte E-Health Gesetz will auf diesem Gebiet zu Recht mehr Dynamik entfalten. Wir müssen hier Chancen noch entschlossener als bisher nutzen, ohne dabei die Risiken außer Acht zu lassen. Insbesondere Datenhoheit und Datensicherheit müssen im Sinne des besonderen Schutzes der Arzt-Patientenbeziehung angemessen geregelt sein. Um dabei auch Ihre Erfahrungen, Einschätzungen und Erwartungen berücksichtigen zu können, werden wir in Kürze mit einer kleinen Umfrage auf Sie zukommen. Wir wollen Ihrer Stimme Nachdruck verleihen, nutzen Sie Ihren Verband als Sprachrohr, machen Sie den Hartmannbund zu einem starken Vertreter Ihrer Interessen.

Klaus Reinhardt



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands



Arzt ist mein Traumberuf. Das soll auch für kommende Generationen so bleiben.

Dafür kämpfe ich.

*Frank Poppmann, **niedergelassener Chirurg**, Wilhelmshaven*

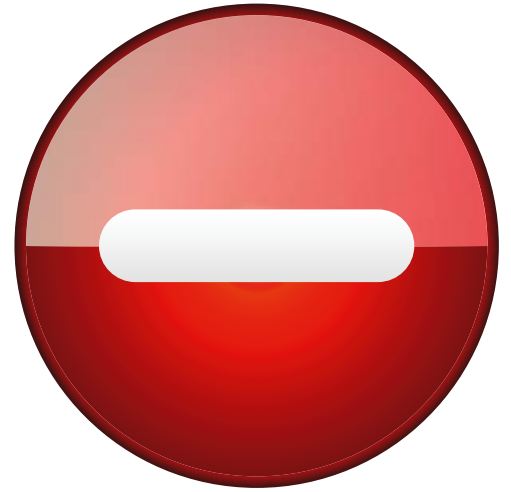


Hartmannbund

Stark für Ärzte.

Inhalt

6



Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Plus oder Minus – so einfach ist die Bewertung medizinischer Leistungen leider nicht.

10

Das Interview

Qualitätsinstituts-Chef
Christof Veit im Gespräch

12 Politik

Wohin geht die Reise mit
dem E-Health-Gesetz?



18

Versorgungsstärkungsgesetz

Das Unbehagen wächst

Krankenhausthygiene

Löst mehr Geld die Probleme? 22

Assistenzärzte

Umfrage zu
Arbeitsbedingungen 24

26

Medizinstudierende

„Medizinstudium 2020 Plus“
Umfrageergebnisse sind da

HB-Intern

Kammerwahlen und mehr 29

14

Pro & Contra

Brauchen wir ein
Anti-Korruptionsgesetz?

16

Recht aktuell

BFH-Entscheidung zur
Gewerbesteuerpflicht



32

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38

Was ist gute Medizin?

Suche nach mehr Qualität und

Mit dem schwarz-roten Koalitionsvertrag von 2013 ist die Qualität des Gesundheitswesens wieder stärker in den Fokus der politischen Diskussion gerückt. Nach dem Willen der Koalition soll eine neue Qualitätsoffensive zusätzliche Dynamik entfalten, um die medizinische Versorgung zu verbessern und transparenter zu gestalten. Dreh- und Angelpunkt ist ein neues Qualitätsinstitut, das sich dauerhaft mit der Qualitätssicherung beschäftigen soll. Dabei immer im Mittelpunkt der Patient und dessen bestmögliche Versorgung – stationär wie ambulant.

Will man das Thema „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ genauer unter die Lupe nehmen, stößt nicht nur der Laie schnell an seine Grenzen, zu umfangreich und detailliert ist das vorhandene Material und zu schwer durchdringbar sind die damit beschäftigten Institutionen.

Ganz oben an der Spitze steht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Sitz in Berlin – seit 2004 das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen (s. auch Infokasten auf Seite 8), das im Auftrag des Gesetzgebers Richtlinien zur Qualitätssicherung festlegt. Am Ende der Kette finden sich die Krankenhäuser und Arztpraxen wieder, in denen die zahlreichen Qualitätsrichtlinien des G-BA umgesetzt werden (müssen).

Dazwischen liegen Millionen Datensätze, die ausgewertet und zum Teil auch veröffentlicht werden. Ein Mammutprojekt, denn allein im Jahr 2013 wurden laut G-BA in den deutschen Krankenhäusern 3,2 Millionen Datensätze zu 434 unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in 30 verschiedenen stationären Leistungsbereichen erhoben – von der Gallenblasenentfernung über Bypass-Operationen und Transplantationen bis hin zur Dekubitusprophylaxe. Die Zahl der Qualitätsindikatoren, die jährlich in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen sind, ist mittlerweile auf 290 angestiegen.

Doch nicht nur die Krankenhäuser unterliegen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Vertragsärzte und -zahnärzte sind zum Beispiel zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems einschließlich Fehlermeldesystemen und Risikomanagement verpflichtet. Darüber hinaus werden in der vertragsärztlichen Versorgung unter anderem regelmäßige Stichprobenprüfungen über die Qualität im Einzelfall durchgeführt. Allein in 2013 wurden bundesweit ca. 3.000 Vertragsärzte einer Stichprobenprüfung in unterschiedlichen Leistungsbereichen wie zum Beispiel der bildgebenden Diagnostik unterzogen. Werden die dabei überprüften Qualitätsstandards wiederholt nicht eingehalten, dürfen die ärztlichen Leistungen nicht weiter erbracht werden.

Die genannten Zahlen und Fakten erwecken vielerorts den Ein-

druck, dass die bestehenden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität im deutschen Gesundheitssystem umfassend und auch ausreichend sind. Handlungsbedarf wird aber offensichtlich noch immer gesehen.

„Wir haben in einigen Gebieten der Qualitätssicherung – auch im internationalen Vergleich – ein hohes Niveau erreicht, z.B. in der externen stationären Qualitätssicherung“, unterstreicht Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied beim G-BA und Vorsitzende des dortigen Unterausschusses Qualitätssicherung. „Allerdings erfassen wir mit unseren Qualitätsindikatoren nicht unbedingt das, was heute im Vordergrund steht.“ Onkologische und vor allem chronische Erkrankungen, darunter psychische und Demenzerkrankungen, werden nicht ausreichend berücksichtigt. Außerdem hätten sich die Erwartungen an die heutige Qualitätssicherung geändert, so Regina Klakow-Franck, – von der Qualitätsverbesserung im geschützten Raum zu einem Instrument der Versorgungssteuerung.

Auch der Gesetzgeber betont – ganz grundsätzlich –, das Niveau der aktuellen Qualitätssicherung sei zwar hoch, die Transparenz derselben allerdings noch lange nicht ausreichend. Deshalb forderte die schwarz-rote Koalition im Jahr 2013 die Gründung eines neuen Qualitätsinstitutes, das aktuell eingerichtet wird und im Herbst starten soll (s. Interview mit dem neuen Leiter Dr. Christof Veit auf den Seiten 10/11). Aufgabe des Institutes wird es unter anderem sein, das Instrument „Patientenbefragungen“ sowie Online-Vergleichslisten über die Qualität der Kliniken zu entwickeln, die sektorenüber-



Transparenz

greifende Qualitätssicherung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung voranzutreiben und die Qualitätsberichte der Kliniken laienverständlicher und transparenter zu gestalten.

Qualitätssicherung in den Krankenhäusern

Seit 2005 sind die ca. 2.000 Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich verpflichtet, öffentlich darüber zu berichten, was sie tun und wie gut sie dabei sind. Die dazugehörigen Qualitätsberichte sollen der Information von Patienten dienen sowie den einweisenden bzw. betreuenden Ärzten und Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten. So weit die Theorie. Die Praxis sieht wie so oft anders aus. Die Qualitätsberichte enthalten zwar zahlreiche Informationen über die Qualität der stationären Versorgung, allerdings so kompliziert, so die Kritiker, dass Patienten sie nicht verstehen. Die vom G-BA entwickelte „Le-sehilfe“ („Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen“) erscheint dabei fast als ein Possenspiel.

Dass es anders funktionieren kann, zeigt das Beispiel der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG), die seit 20 Jahren externe Qualitätssicherung durchführt und 2007 einen Online-Krankenhausspiegel eingeführt hat. Dieser ermöglicht Patienten wie Ärzten einen umfassenden Einblick in die Qualität der 28 Hamburger Kliniken. Dafür wurden 15 Krankheitsbilder und Behandlungsverfahren ausgewählt, die aufgrund ihrer Häufigkeit auf besonderes Interesse in der Bevölkerung stoßen.

„Wir brauchten ein Portal, auf dem sich der Patient mit wenigen Klicks über die Qualität des Krankenhauses informieren konnte“, beschreibt HKG-Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase, die an der Umsetzung des Krankenhausspiegels maßgeblich beteiligt war, die damalige Aufgabenstellung. Knapp acht Jahre später ist das Portal ein etabliertes Instrument zum Qualitätsvergleich und wird regelmäßig um neue Methoden wie einen Abteilungsfinder oder aktuell eine Sortierung der Qualitätsschaubilder nach Fallzahlen erweitert. „So kann der Patient genau sehen, welche Kliniken wie oft zum Beispiel Hüftoperationen durchgeführt haben und wo dies bisher eher seltener der Fall war.“ Mit dieser Vergleichsmöglichkeit befinden sich die Kliniken im direkten Wettbewerb, der von diesen aber auch gewollt werde, betont Claudia Brase. „Wir haben in Hamburg viele gute Häuser auf engem Raum und eine lange Wettbewerbskultur, welche von den Kliniken zu deren Vorteil genutzt wird.“ Dazu gehört als jüngstes Instrument neu dazu die erste gemeinsame Patientenbefragung zur Zufriedenheit bei Behandlung und Service, mit der sich die Kliniken noch stärker dem Wettbewerb stellen. Alle Ergebnisse werden im direkten Vergleich und in leichtverständlichen Schaubildern dargestellt.

Diese Form der Transparenz ist bundesweit bislang ohne Beispiel und genau das, was die Politik mit ihrer neuen Qualitätsoffensive erreichen will. Claudia Brase glaubt sogar, dass es die aktuelle politische Diskussion nicht geben würde, wenn alle Bundesländer diese Vergleichsmöglichkeiten bereits anbieten würden (bisher wurde der Hamburger Krankenhausspiegel nach Han-



Expertenmeinung

Probleme unterschätzt

Seit dem 1. Juli 2008 hat der G-BA den gesetzlichen Auftrag, einrichtungsübergreifende, an der Ergebnisqualität ausgerichtete Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) zu beschließen. So richtig einerseits die Grundsatzentscheidung zugunsten einer sektorenübergreifenden QS war, die Umsetzungsprobleme bei der konkreten Einführung der neuen sQS-Verfahren wurden – rückblickend betrachtet – unterschätzt. In seiner Sitzung am 19. Februar hat der G-BA jedoch eine themenspezifische Richtlinie beschlossen, auf deren Grundlage ab 2016 endlich das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren – zur Koronarangiographie und Perkutanen Koronarintervention (PCI) – in den Regelbetrieb gehen soll. Ohne die konstruktive Unterstützung der Initiatoren des freiwilligen AQUIK-Registers an dem Probetrieb zur PCI im Jahr 2013 wäre dies im Übrigen nicht möglich gewesen.

Als bevorzugte Datengrundlage für die neuen QS-Verfahren wird der G-BA Routinedaten heranziehen, womit im engeren Sinne die sektorenübergreifend bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten gemäß § 284 SGB V gemeint sind. Hierbei handelt es sich neben den Versicherten-Stammdaten überwiegend um Abrechnungs- und Verwaltungsdaten der Leistungsbringer, die vor ihrer Verwendung im Rahmen der QS-Verfahren einer Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle unterzogen werden. Diese Sozialdaten-basierte Vorgehensweise reduziert den Dokumentationsaufwand für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Andererseits ist bereits jetzt absehbar, dass auf dieser Datengrundlage nicht alle Aufgabenstellungen, die die Qualitätssicherung erfüllen soll, umgesetzt werden können. Dies betrifft etwa die für einen öffentlichen Qualitätswettbewerb unverzichtbare Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren oder auch die Qualitätssicherung der Indikationsstellung. Zu letzterem ist der Einsatz von Patientenbefragungen geplant.



Die Autorin Dr. Regina Klakow-Franck ist unparteiisches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Vorsitzende des beim G-BA angesiedelten Unterausschusses „Qualitätssicherung“. Mehr zur „Qualitätssicherung“ lesen Sie in einem Interview mit Frau Klakow-Franck auf www.hartmannbund.de/politik-aktuell.

nover, Bremen und Thüringen „exportiert“). Trotzdem kann sie sich des Gefühls nicht erwehren, dass man in den Augen der Politik in Sachen Qualitätssicherung bei Null anfangen. „Die Politik tut so, als hätte es Qualitätssicherung bisher nie gegeben, dabei haben wir in Deutschland schon sehr viel auf die Beine gestellt.“

Qualitätssicherung in den Arztpraxen

Mit diesem Vorurteil hat immer mal wieder auch die ambulante Versorgung zu kämpfen. Im Gegensatz zur externen stationären Qualitätssicherung, wo der Einsatz von Qualitätsindikatoren sowie das Public Reporting in Gestalt der Qualitätsberichte fest etabliert sind, dominieren in der ambulanten Qualitätssicherung Strukturqualitätsanforderungen, internes Qualitätsmanagement und Einzelfall-Qualitätsbeurteilungen.

Viele Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen unterliegen zusätzlichen Qualitätsanforderungen. So müssen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten regelmäßig ihre Qualifikation nachweisen (Stichwort Fortbildung). Neben dem fachlichen Wissen werden auch die Geräte und die Hygiene in den Praxen kontrolliert und, wenn nötig, Verbesserungsvorschläge gemacht. Hierfür gelten bundesweit dieselben Maßstäbe, die insbesondere von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags vereinbart, vom G-BA vorgegeben und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) kontrolliert werden.

Ein besonderes Qualitätssicherungsinstrument ist die Stichprobenprüfung, die ebenso von den KVen durchgeführt wird. Im Mittelpunkt stehen mehr als 30 ärztliche Leistungen bzw. Ver-

fahren wie die Herzschrittmacher-Kontrolle, die Ultraschall Diagnostik oder die Arthroskopie, die fachliche Qualifikationen und apparative Voraussetzungen erfüllen müssen. Stellt die KV bei einer Stichprobe Defizite fest, muss der betroffene Arzt in einem bestimmten Zeitrahmen nachweisen, dass er das Defizit behoben hat. Ist nach einer zweiten Stichprobe keine Verbesserung erkennbar, verliert der Arzt die Genehmigung für diese ärztliche Leistung. „Wir setzen hier aber in erster Linie auf die Zusammenarbeit mit dem Arzt“, betont Dr. Andreas Walter, Leiter der KBV-Abteilung Qualitätssicherung, denn es gehe nicht darum, den Ärzten ihre Genehmigungen zu entziehen, sondern sie dabei zu unterstützen, ihre Qualität dort, wo es notwendig ist, zu verbessern. Ziel sei es, dass die Patienten überall eine qualitativ hochwertige Versorgung vorfinden.

Aus Sicht des KBV-Experten Walter könne man die stationäre und ambulante Qualitätssicherung nicht miteinander vergleichen. „Das funktioniert nur dort gut, wo gleiche Verfahren angewendet werden wie bei der Herzkatheter-Untersuchung oder der Dialyse.“ Auch gebe es ambulant viele Aspekte, die man nicht messen könne wie die Patientengespräche. Und das Verfahren der stationären Qualitätssicherung einfach 1:1 auf die ambulante Versorgung zu übertragen, sei schon deshalb nicht möglich, weil hier oft chronische Erkrankungen vorherrschen, an denen häufig mehrere Ärzte beteiligt sind, und gerade hier vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen ganz wesentlich seien. Von den geringen Patientenzahlen, die valide Qualitätsmessungen komplizierter machen, ganz zu schweigen.

Trotzdem schwirrt durch den politischen Raum die Forderung, dass auch die ambulante Versorgung transparenter als bisher gestaltet werden soll. Stehen am Ende dieser Überlegungen vergleichende Qualitätsberichte für Arztpraxen?

„Das ist natürlich auf den ersten Blick eine toll klingende Idee, zu jedem Arzt in regelmäßigen Abständen eine Qualitätsinformationsbroschüre herauszugeben“, antwortet darauf Dr. Christof Veit, der Leiter des neuen Qualitätsinstitutes, „dabei wird aber außer Acht gelassen, dass dies ein Monsterprojekt wäre, das unglaubliche Ressourcen verschlingen würde.“ Andererseits gebe es aus Sicht Veits auch für niedergelassene Ärzte ein Interesse, die Qualität ihrer Versorgung öffentlich darzustellen. Hier komme es auf die richtige Auswahl und das sinnvolle Maß der praxisbezogenen Berichterstattung an.

Wo steht die Qualitätssicherung in zehn Jahren?

Auch das haben wir Christof Veit gefragt, dessen Karriere in Sachen Qualitätssicherung übrigens Ende der achtziger Jahre mit Qualitätsvergleichen von Hamburger Krankenhäusern begann. Die meisten der heutigen Projekte haben als freiwillige ärztliche Initiativen begonnen, bei denen auch viele niedergelassene Ärzte mitgewirkt haben. „Wir haben in den letzten Jahren bei der Methodik zur Erstellung fairer Vergleiche viel gelernt und konnten das Set valider, risikoadjustierter Indikatoren fortlaufend erweitern“, so Veit. Man habe gelernt, wo die Grenzen der Indikatoren und der Machbarkeit liegen. In einigen Bereichen konnten deutliche Qualitätsverbesserungen bewirkt werden, in anderen Bereichen sei man weniger erfolgreich gewesen. Jetzt lerne man, wie Erfassungs- und Sozialdaten ideal kombiniert werden können, um valide Vergleiche bei minimalem Erfassungsaufwand zu ermöglichen. In zehn Jahren könnten die Qualitätssicherungsmaßnahmen in die verschiedenen Versorgungsformen klug und effizient integriert sein. (DA)

Mehr im Interview mit Dr. Christof Veit auf den Seiten 10/11.



Information

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gesetzgeber hat dem G-BA verschiedene Aufgaben zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung übertragen: Festlegung bundesweit verpflichtender Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS); Förderung der QS; Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten; Mindestmengen; Qualitätsbeurteilung und -prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung; Qualitätsberichte der Krankenhäuser; Qualitätsmanagement; Qualitätssicherung des ambulanten Operierens; Qualitätssicherung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Krankenhaus; Qualitätssicherungsindikatoren für Disease-Management-Programme; Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Entwicklung von Instrumenten/Indikatoren u.a. zur Durchführung der Qualitätssicherung und Dokumentation der Versorgungsqualität obliegt bisher dem AQUA-Institut in Göttingen und wird zum Herbst 2015 auf das neue Qualitätsinstitut übertragen. Mehr auf www.g-ba.de.

Was sagen Hartmannbund-Mitglieder zum Thema „Qualität im Gesundheitswesen“?



Klaus-Peter Schaps, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin in Wilhelmshaven:

Sicherlich ist es sinnvoll, wie in vielen anderen Berufen auch, die Entlohnung anhand der Qualität der erbrachten medizinischen Leistung zu bemessen. In der Realität ist das qualitative Ergebnis einer medizinischen Behandlung allerdings von multiplen Faktoren abhängig, die häufig unvorhersehbar und nur sehr schwer kalkulierbar sind. Als einfaches Beispiel meiner täglichen Praxis sei hier die Blutdruckeinstellung bei einem neu diagnostizierten Hypertoniker genannt. Der Erfolg und die Dauer der Behandlung sind stark abhängig von der Morbidität und individuellen Struktur des Patienten, wie zum Beispiel nicht bekannten Medikamentenunverträglichkeiten etc. Dies gilt es bei einer qualitätsbasierten Entlohnung zu berücksichtigen, soll heißen: erst muss die morbiditätsbasierte Vergütung umgesetzt werden, dann muss das Geld auch einer qualitätsorientierten Leistung folgen.



Iris Illing, angestellte Fachärztin für Innere Medizin in Rostock:

Der Behandlungserfolg hängt immer von vielen Faktoren ab und nicht allein vom Arzt – warum also soll allein der Arzt für einen Misserfolg Rechnung tragen? Und führt dies nicht dazu, dass gerade die Patientenklientel selektiert wird, dessen Behandlung erfolgversprechend sein mag? Unter dieser Voraussetzung haben wir ein Rettungsnetz knüpfen lassen, durch dessen Maschen wieder einmal die multimorbiden Patienten fallen und ihre behandelnden Ärzte gleich mit sich in die Tiefe reißen. Vorrangig sind hier wieder einmal die Landärzte in den dünn besiedelten Gebieten betroffen, wo Patienten überaltert sind und aufgrund von großen Entfernungen oft zu spät zum Arzt gehen. In diesem Zusammenhang wäre uns besser gedient, die Netz knüpfenden Ärzte lieber zur Verstärkung der ohnehin gebeutelten Landärzte einzusetzen als zur Qualitätskontrolle.



Prof. Dr. Michael Berliner, Chefarzt, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Zentrum für Geriatrie und Physikalische Medizin:

Als Kliniker kann ich nur für den stationären Bereich sprechen. Dazu kann ich folgende Ausführungen machen: Qualitätsmessungen sind international üblich und notwendig. Entscheidend ist die Ergebnisqualität. Mit dem IQM-System (bei der Initiative Qualitätsmedizin engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland, Österreich und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten) gibt es bereits ein leicht verfügbares und gut evaluiertes Instrument, an dem sich bereits mehrere Hundert Kliniken in den drei genannten Ländern beteiligen. Beteiligt sind Kliniken aller Versorgungsstufen – vom Fachkrankenhaus bis zu Universitätskliniken. Unterstützung findet das IQM-System auch von den Ärztekammern, namentlich der Ärztekammer Berlin.



Dr. Marco Hensel, niedergelassener Orthopäde in Löbau/Sachsen:

In denen auf Interaktion zwischen Hilfesuchendem und Helfenden basierenden Patienten-Arzt-Beziehungen ist eine Verkürzung des Ergebniskriteriums guter medizinischer Qualität z.B. auf die Standdauer einer Hüftendoprothese ohne Berücksichtigung der Indikationsstellung, der vom Patienten mitgebrachten Voraussetzungen (Adipositas, risikofreudiges Freizeitverhalten etc.) nur ein Kriterium. Ein Bildausschnitt zeigt nie das ganze Bild und kann, wenn zur Erreichung „guter Ergebnisse“ zum Beispiel eine Indikationsselektion resultiert, ein in der Medizin nichts zu suchender Wettbewerb entstehen, der Gewinner, aber auch Verlierer generiert. Wer soll dann vernünftigerweise die multimorbiden, adipösen oder anderweitig risikobehafteten Patienten behandeln? Die schlechtesten, deren Ergebnis sich dadurch nicht mehr verschlechtern lässt? Bei aller berechtigten Weiterentwicklung in der Medizin auch unter Hinzuziehung sinnvoller Maßnahmen des aus der Industrie entlehnten QM-Instrumentariums wäre allen geholfen, wenn verstärkt auf den Ausgangspunkt Wert gelegt würde und durch gute, wertorientierte Mediziner- und Patientenausbildung die Voraussetzung für Vertrauen zwischen Patient und Arzt erhalten bliebe. Lasst uns wieder mehr auf die Strukturqualität achten, dann bedarf es weniger bürokratischen Aufwandes, fadenscheinige Ergebnisqualität zu messen.



Dr. Klaus Reinhardt, niedergelassener Allgemeinmediziner in Bielefeld:

Es ist grundsätzlich fragwürdig, ob die Versorgungsqualität durch ökonomische Anreize substantiell verbessert werden kann. Dieser Ansatz negiert die Komplexität ärztlichen Handelns und reduziert es auf ein mechanistisches Schema. Wichtige Bereiche der ärztlichen Tätigkeit sind nicht unmittelbar messbar, etwa der Aufbau eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses durch persönliche Zuwendung. Erforderlich ist deshalb vielmehr eine Gesamtschau auf das Ergebnis und die Wirkung ärztlichen Handelns. Grundsätzlich gilt, dass die Arztzufriedenheit und die Freistellung von unnötiger Reglementierung und überflüssigen administrativen Tätigkeiten eine günstige Voraussetzung für gutes ärztliches Handeln sind.

Und jetzt sind Sie an der Reihe!

Wie erleben Sie diese Diskussion um die Qualität medizinischer Leistungen und als wie realitätsnah beurteilen Sie diese Entwicklung vor dem Hintergrund Ihrer täglichen Arbeit in der medizinischen Versorgung?

Schreiben Sie uns Ihre Meinung und senden Sie diese an redaktion@hartmannbund.de



Dr. Christof Veit, Leiter des neuen Qualitätsinstitutes IQTIG

Schlechtere Qualitätssicherung im ambulanten Bereich ist optische Täuschung

Sie sind seit Anfang des Jahres Chef des neugeschaffenen Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und damit „oberster Qualitätshüter“ im deutschen Gesundheitswesen. Wie würden Sie Ihre Rolle beschreiben?

In Deutschland haben wir insgesamt eine sehr gute Patientenversorgung. Wir können dieses hohe Niveau aber nur halten, wenn wir immer wieder selbstkritisch überprüfen, an welchen Punkten wir noch nicht so gut sind, wie wir sein könnten. Die Aufgabe des Institutes ist es, mit den Partnern vor Ort in ausgewählten Bereichen die Qualität zu messen, deren Weiterentwicklung zu fördern und auch das Instrumentarium, mit dem wir diese Messungen durchführen, fortlaufend weiterzuentwickeln. Dabei geht es um die Relevanz dessen, was wir messen, die Praktikabilität und Fairness der Messung und darum, dass die verwendeten Kennzahlen die Versorgung auch wirklich sinnvoll abbilden. Im stationären Bereich sind die Ergebnisse dann einrichtungsbezogen und verständlich zu veröffent-

lichen. Meine Aufgabe und die Aufgabe meines Teams ist es, dafür sinnvolle, konsensfähige und praktikable Verfahren zu entwickeln und dann auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses auch zu veröffentlichen.

Die „Frankfurter Allgemeine“ hat es kürzlich auf den Punkt gebracht: Das IQTIG soll feststellen, wie gut Patienten versorgt werden, damit die Ärzte aus den Daten lernen, weniger Fehler zu machen, und die 2.000 Krankenhäuser, wie sie die Arbeit besser organisieren können. Können Sie dabei auf bereits vorhandene Daten des Vorgängers, dem privaten AQUA-Institut, zurückgreifen oder fangen Sie bei „Null“ an?

Sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich gibt es eine lange Tradition verschiedenster Qualitätssicherungsprojekte mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Für unser Team suchen wir deshalb besonders Mitarbeiter/innen, die solche Erfahrungen und Kompetenzen mitbringen. Mit dem AQUA-Institut sind wir bereits im Gespräch über die Verfahrensübergabe und die weitere Zu-

sammenarbeit. Auch mit anderen Institutionen wollen wir kooperieren und uns austauschen, um die Qualitätssicherung auf der bestmöglichen Erfahrungsstufe weiterentwickeln zu können.

Die Erwartungen an das IQTIG sind groß – seitens der Politik, Krankenkassen, Krankenhausesellschaften, ärztlichen Selbstverwaltung und Patientenvertreter. Können und wollen Sie all diesen Erwartungen gerecht werden?

Erwartungen schießen oft über ihr Ziel hinaus, zeigen aber Bedarf an. Es gibt bereits konkret formulierte Aufgaben, die mit sportlichem Engagement auch erfüllbar sind. Es soll jetzt eine zeitlich abgestufte Agenda erstellt werden, was wann angepackt und realisiert werden soll. Dabei sind viele Lösungen am besten in der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern des Gesundheitswesens zu finden. Die Bewältigung der Aufgaben ist daher immer auch eine Teamarbeit.

Es heißt oft, dass die Qualitätssicherung in den Kliniken weiter und besser vorangeschritten

ist. Hieße das im Gegenzug, dass es im ambulanten Bereich Defizite gibt?

Nein, dieser Vergleich hinkt. Ich kenne keine Zahlen, die belegen würden, dass die Versorgung im ambulanten Bereich insgesamt schlechter wäre als im stationären; dem würde auch meine eigene Erfahrung widersprechen. In beiden Bereichen gibt es eine lange Tradition guter Qualitätssicherung. Aber natürlich haben die niedergelassenen Ärzte andere Instrumente gewählt als die Krankenhausärzte. Als ich noch in einem Team von drei Personen in Hamburg für die erste QS-Geschäftsstelle verantwortlich war, war unser Qualitätsmanagement an der Abstimmung im kleinen Team ausgerichtet – sozusagen auf Zuruf. Für das IQ-TIG mit künftig ca. 80 Mitarbeitern muss ich dagegen andere Instrumente verwenden, um in der großen Institution gute Qualität gewährleisten zu können.

Dies gilt in gleicher Weise im niedergelassenen Bereich. In kleinen organisatorischen Einheiten überwiegen die Instrumente des gemeinsamen Verbesserens und Lernens und der episodischen Prüfung, z.B. durch Qualitätszirkel und Stichprobenprüfungen. Verfahren statistischer Erfassung und institutionelle Vergleiche werden hier seltener eingesetzt. Die kasuistische Form der Qualitätssicherung im kleinen Team produziert jedoch keine veröffentlichbaren Zahlen und bleibt daher in der Außendarstellung eher unsichtbar. Dies führt zum Eindruck, dass der stationäre Bereich mit seinen publizierten Statistiken weit voraus sei. Sein Vorsprung liegt in der Publizierbarkeit, aber nicht im Durchführen von Qualitätssicherung überhaupt. Das Vorurteil der schlechteren Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich ist also quasi eine optische Täuschung.

Vor dem Hintergrund der immer stärker in den Fokus rückenden sektorübergreifenden Qualitätssicherung treibt viele die Frage um, ob es schon bald auch verpflichtende Qualitätsberichte für alle Arztpraxen geben wird?

Tatsächlich gibt es das Drängen nach mehr „Transparenz“ und damit auch nach einem Qualitätsbericht für alle Arztpraxen. Das ist natürlich eine auf den ersten Blick toll klingende Idee, zu jedem Arzt in regelmäßigen Abständen eine Qualitätsinformationsbroschüre herauszugeben. Aber dabei wird außer Acht gelassen, dass dies ein Monsterprojekt wäre, das unglaubliche Ressourcen verschlingen

würde, die besser in der Patientenversorgung direkt verwandt werden sollten. Andererseits gibt es natürlich auch für niedergelassene Ärzte ein Interesse, der Öffentlichkeit die Qualität ihrer Versorgung und ihr Qualitätsmanagement darzustellen. Hier haben alle ein Interesse, die Qualität und das Qualitätsmanagement in ausgewählten Bereichen stringent darzustellen und zu veröffentlichen. Es kommt hier auf die richtige Auswahl und das sinnvolle Maß der praxisbezogenen Berichterstattung an.

Versorgungsqualität soll vergleichbar und sektorübergreifend sein. Kann eine Vergleichbarkeit überall im stationären und ambulanten Bereich erreicht werden oder nur dort, wo gleiche Verfahren angewandt werden? Und muss die Arbeit der niedergelassenen und auch stationär tätigen Ärzte dafür noch stärker unter die Lupe genommen werden?

Bis auf die Überlappungsbereiche unterscheidet sich die ambulante Versorgung von der stationären. Dem muss auch die Qualitätssicherung Rechnung tragen und kann nicht ein Instrumentarium für alles verwenden. Hier brauchen wir ein differenziertes Set an Methoden und Verfahren, damit wir auch der ambulanten Versorgung gerecht werden können. Wo jedoch gleiche Versorgungsleistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden, da muss selbstverständlich auch auf gleiche Weise gemessen werden. Kluge, maßgeschneiderte Vorgehensweisen sind da gefordert, damit dies aufwandsarm geschehen kann. Es sind auch jene Fragestellungen zu berücksichtigen, die wirklich für die Versorgenden, die Patienten und für die Qualitätsverbesserung von Relevanz sind. Rein bürokratische Abfragen wären eine Ressourcenverschwendung zu Lasten der Patientenversorgung.

Die Qualitätssicherung im sektorenübergreifenden Bereich bildet ja idealerweise eine Brücke. Diese bedarf eines Brückenpfeilers, der auf der Erfahrung mit spezifischen Qualitätssicherungsinstrumenten im ambulanten Bereich aufbaut. Es gilt nun, beide Welten sinnvoll miteinander zu verbinden. So glaube ich, dass wir zum Beispiel bei der qualitätsorientierten stationären Versorgungsplanung die Erfahrungen des niedergelassenen Bereichs mit Struktur- und Prozessanforderungen sowie deren stichprobenartige Überprüfung intensiv nutzen können und sollten.

Ein Blick auf die Vielzahl der Institutionen, die mit der Steuerung und Kontrolle der Qualitätssicherung betraut sind, wie der Gemeinsame Bundesausschuss, die Krankenhausgesellschaften, die Kassenärztlichen Vereinigungen und bald auch ihr Institut, macht deutlich, dass Qualität und deren Sicherung eine immer größere Rolle spielt. Mehr Qualität bedeutet zwangsläufig mehr Bürokratie. Wie machen Sie den bereits heute unter den Dokumentationspflichten leidenden Ärzten klar, dass Versorgung ohne Qualitätssicherung nicht funktioniert, es nicht um Zwang und Überwachung geht, sondern um die Verbesserung und Transparenz der Patientenversorgung?

Zunächst einmal ergänzt die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung die internen Qualitätsmaßnahmen, die die meisten Praxen durchführen, und die Versorgung funktioniert auch schon auf der Basis dieser Anstrengungen sehr gut. Dennoch kann und sollte in ausgewählten Bereichen der externe Vergleich den Praxen nützliche Informationen geben und dann in einem nächsten Schritt auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dabei sollte es primär um kontinuierliche Qualitätsverbesserung gehen, die den Ärzten Nutzen bringt. Qualitätssicherung soll hilfreich sein, damit sie etwas bewegen kann. Das kann sie aber nur, wenn sie mit einem Minimum an Bürokratie auskommt. Hier sollten wir streng darauf achten, dass wir schlanke, problemzentrierte Projekte auf den Weg bringen. Wenn wir auf die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit der Verfahren achten, dann werden wir bei den Kolleginnen und Kollegen auch Akzeptanz finden.

Wann wird das neue Qualitätsinstitut startklar sein und worin sehen Sie zum Start die größte Herausforderung?

Ab Herbst 2015 ist das Institut mit ersten Leistungen startklar. Die größte Herausforderung ist es, in kurzer Zeit eine große Organisation mit erfahrenen Mitarbeiter/innen so aufzubauen, dass sie die komplexen bestehenden Verfahren nahtlos weiterführen und gleichzeitig mit den neuen Aufgaben beginnen können. Weiter geht es darum, die oben beschriebenen Vorhaben und Ziele nicht im Elfenbeinturm, sondern in enger Kooperation mit allen Beteiligten in konkrete Projekte umzusetzen und stets darauf zu achten, dass die Veränderungen auch wirklich Verbesserungen bringen.

Sehr geehrter Herr Dr. Veit, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. (DA)

E-Health-Gesetz macht sich auf den Weg

Mit „Zuckerbrot und

Seit Mitte Januar liegt der mit Spannung erwartete Referentenentwurf für ein E-Health-Gesetz aus dem Hause Gröhe vor. Dass er (erwartungsgemäß) die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beschleunigen soll, hat nicht wirklich überrascht. Dass das Gesetz dabei neuen Druck auf die Akteure entfaltet, wird für (alte) Diskussionen sorgen.

Es wird weiter abgearbeitet. Noch ehe Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe – voraussichtlich vor der parlamentarischen Sommerpause – sein Häkchen hinter das Versorgungsstärkungsgesetz macht, hat er bereits sein nächstes (im Koalitionsvertrag vereinbarte) Projekt in Angriff genommen – mit dem E-Health-Gesetz ein Thema, das jedenfalls in Teilen der Ärzteschaft nicht unerheblichen Zündstoff birgt. Hatten E-Card-Skeptiker bei der Ankündigung eines „Gesetzes für sichere Digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ zunächst mit Blick auf die diversen zuvor gescheiterten Anläufe dieser Art noch müde gelächelt, so setzt sich nun mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass Hermann Gröhe auch dieses Vorhaben nach bekanntem Muster durchsetzen wird: ohne viel Lärm, fokussiert auf kurzfristige Ergebnisse und unter höchstmöglicher Ausblendung von „Klientel-Lamento“. Was die Gelegenheit – je nach Standpunkt – noch

wurden. Bisher als gesetzte geltende Hochsicherheitsstandards der Telematik werden in Frage gestellt und die Gematik bleibt bei der Ausgestaltung zentraler Regelungen des Gesetzes ebenso außen vor wie der GKV-Spitzenverband. Alles wird dem einen Ziel untergeordnet: Druck auf die gemeinsame Selbstverwaltung, neue digitale Anwendung im Gesundheitswesen zügig umzusetzen. Nach dem Motto „Zuckerbrot und Peitsche“ sieht das Gesetz dazu finanzielle Anreize einerseits und Fristsetzungen und Sanktionen andererseits vor.

- Ärzte, die den Notfalldatensatz erstellen, der auf der eGK gespeichert werden soll, erhalten eine gesonderte Vergütung. Die Telematik-Zuschläge werden entsprechend angepasst.
- An den Schnittstellen der Sektoren soll die Verwendung eines standardisierten elektrischen Entlassbriefs im Rahmen einer zweijährigen „Anschubfinanzierung“ honoriert werden; die Krankenhäuser für die Erstellung mit einem Euro, die entgegennehmenden Ärzte für das Einlesen mit 50 Cent. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen erhalten für die Jahre 2016 und 2017 eine feste Pauschale von 55 Cent für die sichere Übermittlung von elektronischen Briefen. Danach werden die Zuschläge von den Vertragspartnern ausgehandelt.
- Telemedizinische Leistungen sollen ausgebaut und im einheitlichen Bewertungsmaßstab als „besonders förderungswürdige Leistungen“ mit Zuschlägen honoriert werden.

Dynamik soll aber auch durch Fristsetzungen entstehen:

- Ärzte und Zahnärzte sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtungen werden verpflichtet, ab Mitte 2016 die Versichertenstammdatenprüfung durchzuführen. Tun sie dies nicht, wird ihre Vergütung ab 2018 solange pauschal um ein Prozent gekürzt, bis sie dieser Verpflichtung nachkommen.
- Aber auch den Gesellschaftern der gematik drohen Sanktionen: Kommt die gematik ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung und Nutzung des Versichertenstammdatendienstes und der Notfalldaten nicht bis zum 30. Juni 2016 nach und sind bis dahin keine Online-Abgleiche und Aktualisierungen möglich, werden die Ausgaben in den Haushalten von GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztlicher Bundesvereini-

Skeptiker sehen in der forcierten Vernetzung noch immer eher Bedrohung als Chance.

gefährlicher oder interessanter macht, ist die Tatsache, dass der Minister hier nicht nur seine To-Do-Liste abarbeitet. Wer den Minister in persönlichen Gesprächen zu diesem Thema erlebt hat, der weiß, dass er hier auch Überzeugungstäter ist.

Und so umgeht denn auch der derzeit vorliegende Gesetzesentwurf soweit wie möglich die Aspekte und Akteure, die in der Vergangenheit als Bremser oder Störfaktoren ausgemacht

Peitsche“

gung (KBV) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) bis auf wenige Ausnahmeposten im Folgejahr auf das Niveau des Jahres 2014 abzüglich einem Prozent solange begrenzt, bis die Anwendungen möglich sind.

Darüber hinaus will der Gesetzgeber Patienten, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel erhalten, einen Anspruch auf einen Medikationsplan geben. Ab dem 1. Oktober 2016 ist dieser durch den Hausarzt in Papierform zu erstellen und bei Änderungen der Medikation zu aktualisieren. Pers-

pektivisch sollen die Daten des Medikationsplans auch elektronisch verfügbar werden. Das Nähere zu Inhalt, Struktur und Verfahren haben die KBV, die Bundesärztekammer und die Spitzenorganisation der Apotheker bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem GKV-SV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu vereinbaren. Kommt keine Vereinbarung bis zum 30. April 2016 zustande, greift ein Schlichtungsverfahren, an dessen Ende auch eine verbindliche Entscheidung der Schlichtungsstelle stehen kann. (MR)



Anti-Korruptionsgesetz rechtssicher umsetzbar?

Zweifel sind angebracht

Neben dem Versorgungsstärkungsgesetz (siehe auch „Das Unbehagen wächst“ auf den Seite 18/19) und dem E-Health-Gesetz wird es ganz sicher das geplante Anti-Korruptionsgesetz aus dem Hause des Justizministers sein, das die Ärzteschaft in den vor uns liegenden Monaten intensiv beschäftigen wird. Spätestens seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes, das den Ärzten (im Kern) attestierte, sie seien keine Angestellten der Krankenkassen und damit nicht unter dem Gesichtspunkt von Korruption und Bestechlichkeit „greifbar“, war klar, dass der Gesetzgeber reagieren würde. Im Grundsatz wohlwollend flankiert von den Spitzenvertretern der verfassten Ärzteschaft liegt nun der Referentenentwurf eines Gesetzes vor, der den Straftatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch verankern soll. Ungeachtet der auch innerhalb der Ärzteschaft durchaus kontrovers diskutierten Frage, ob es überhaupt eines entsprechenden Gesetzes bedarf (siehe dazu auch „Das Pro und Contra“ auf den Seiten 14/15) bestätigt der Referentenentwurf schon auf den ersten Blick jene Skeptiker, die bezweifelt hatten, dass sich die vom Gesetzgeber angestrebte Intention rechtssicher umsetzen lasse.

Und in der Tat, so kritisiert dies auch der Hartmannbund, sind Begriffe wie Bevorzugung in „unlauterer Weise“ eher geeignet, Verunsicherung statt Klarheit zu schaffen. Ernsthafte Zweifel gar an der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes gibt es im Zusammenhang mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Verletzung von Berufsausübungspflichten. Damit blieben Grundlage und Grenzen der Bestrafbarkeit derartig unsicher, dass dies mit der Verfassung nicht vereinbar sei, kritisierte nicht nur der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, in einer ersten Stellungnahme, sondern auch Strafrechtsexperten im Rahmen der Anhörung des Deutschen Bundestages zum geplanten Gesetz. Ein sich auf unterschiedliche Länderberufsordnungen beziehendes Gesetz lasse nicht hinreichend erkennen, welches Verhalten strafbar sei und welches nicht. Damit sei künftig die Deutungshoheit der im Einzelfall agierenden Staatsanwaltschaften und Gerichte überlassen – mit jeweils unkalkulierbarem Ausgang für den Betroffenen. Das geplante Gesetz, so kommentierte der Vorsitzende des Hartmannbundes den bisherigen Stand des Gesetzgebungsverfahrens, sei durchaus geeignet dazu beizutragen, den öffentlich häufig formulierten Generalverdacht gegen Ärzte abzuwehren – gerade auch im Sinne des Vertrauensschutzes für Patientinnen und Patienten. Unverzichtbar sei dann allerdings, dass ein solches Gesetz auch klar und rechtssicher gestaltet werde. Ob dies allerdings gelingt, bleibt abzuwarten. (MR)

PRO G CONTRA



PRO „Anti-Korruptionsgesetz?“ von Dr. Oliver Pragal

Redliche Ärzte können mit Entwurf gut leben

Dr. Oliver Pragal ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Strafrecht mit Schwerpunkt Wirtschafts- und Steuerrecht in Hamburg (u.a. Korruptionsstrafrecht sowie Verteidigung von Unternehmen bei dolosen Handlungen von Mitarbeitern).

Nach dem Scheitern eines Gesetzgebungsprojekts in der vergangenen Legislaturperiode hat das BMJV nun den „Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Vorab: Der Entwurf ist gelungen und verdient Zustimmung!

Es wäre vermessen, derartige gesetzgeberische Entscheidungen mit der Behauptung eines wissenschaftlich messbaren, empirisch nachvollziehbaren Vorgangs zu verklären. Denn dass das Strafrecht nur dem „Rechtsgüterschutz“ dienen darf, ist eine ebenso gängige wie unbrauchbare „Leerformel“. Fest steht lediglich, dass das Strafrecht „ultima ratio“ bleiben muss (Subsidiaritätsprinzip), und sein Schutz stets nur „fragmentarisch“ sein kann. Dies vorausgeschickt, sprechen für den neuen § 299a StGB folgende Punkte:

Korruption im Gesundheitswesen findet statt und verursacht trotz der ganz überwiegenden Gruppe der redlichen Berufsträger signifikante Schäden in Bezug auf das rund 300 Mrd. Euro umfassende Gesamtbudget. Diese Fälle erschüttern zudem das Vertrauen der Patienten in eine sachgerechte Behandlung frei von verdeckten Individualinteressen. Vor diesem Hintergrund ist dem Entwurf zuzustimmen, dass es keinen Anlass gibt, den Tatbestand allein auf Ärzte zu be-

schränken, Apotheker und insbesondere die therapeutischen Heilberufe dagegen auszuklammern. Des Weiteren stellen die vom Tatbestand erfassten Verhaltensweisen ausnahmslos Verstöße gegen das Berufsrecht dar, sodass es nicht um die Postulierung von subjektiven Moralvorstellungen geht. Der Berufsrechtsverstoß ist zudem nur notwendige, nicht jedoch hinreichende Voraussetzung, da dieser gerade die Gegenleistung für den Vorteil sein muss. Der „Verkauf“ von Verordnungen bzw. der Zuweisungen von Patienten stellt zudem in der Gesamtschau denkbare Verfehlungen – und dies ist entscheidend – ein „Kernversagen“ dar, welches bei keinem anderen freien Beruf lediglich mit berufsrechtlichen Sanktionen geahndet wird: So macht sich ein Rechtsanwalt, der Mandantengelder vereinnahmt oder pflichtwidrig den Interessen der Gegenpartei dient, wegen Untreue (§ 266 StGB) bzw. Parteiverrats (§ 356 StGB) strafbar. Ein Architekt, der seine Vergabeentscheidungen für den Bauherrn an Baufirmen „verkauft“, verwirklicht die Straftatbestände der Bestechlichkeit (§ 299 StGB) und ggf. auch der Untreue (§ 266 StGB). Gleiches gilt für einen Unternehmensberater gegenüber seinem Auftraggeber. Auch wenn der Tatbestand – ebenso wie § 299 StGB – keine ausdrückliche Geringwertigkeitsgrenze enthält, ist eine Kriminalisierung von Werbegeschenken, Präsenten von Patienten oder gar Skonti weder beabsichtigt noch zu befürchten, sodass der Vorwurf der Überregulierung nicht verfängt. Der Straftatbestand ist zudem geboten, da die Kammern nicht im Ansatz über die zur Ermittlung zwingend erforderlichen staatlichen Ermittlungsinstrumente verfügen. Es sei an-

gemerkt, dass insoweit der Verzicht auf die Möglichkeit zur Überwachung der Telekommunikation (vgl. § 100a StPO) keineswegs zwingend erscheint. § 299a StGB wird allerdings Handlungsbedarf für manche berufsrechtlich bedenklichen Formen von Berufsausübungsgemeinschaften, Kooperationsverträge, (Labor-)Beteiligungen und auch für die nicht immer frei von Nebenzwecken erfolgenden Gerätegestellungen erzeugen. Hier wird häufig übersehen, dass es beim „Vorteilsbegriff“ auf die Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung nicht ankommt, da bereits auf den Vertragsabschluss kein Anspruch besteht. Abschließend kann gesagt werden, dass jeder redlich agierende Arzt mit diesem Entwurf sehr gut leben können. Die berufsständischen Vereinigungen haben im Interesse des Vertrauens der Patienten zuletzt gut daran getan, die geplante Reform zu begrüßen, da eine Opposition hiergegen bei den Patienten zu Recht großen Argwohn erregt hätte.

Anti-Korruptionsgesetz

CONTRA „Anti-Korruptionsgesetz?“ von Dr. Bernd Lücke

Wir brauchen keine „ultima ratio“ des Strafrechts



Dr. Bernd Lücke ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie in Hildesheim. Er ist Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes und Delegierter der LÄK Niedersachsen.

Um die Frage beantworten zu können, ob wir ein Anti-Korruptionsgesetz im Gesundheitswesen brauchen, ist zunächst das – mit einem Sonderstrafrecht nach § 299a – zu schützende Rechtsgut entscheidend. Aus ärztlicher Sicht ist das Vertrauen der Patienten in die unabhängige medizinische Entscheidung von größtem Schutzinteresse.

Aus juristischer Sicht ist diesem jedoch keine eigenständige Bedeutung beizumessen, da, wie beim § 299 StGB, der Schutz des Wettbewerbs im Vordergrund steht. Das Heilmittelwerbegesetz und das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb sehen entsprechende Normen für das Gesundheitswesen vor. Es ist je-

doch davon auszugehen, dass ein wirksamer Schutz vor Wettbewerbsverzerrung, zum Beispiel durch Vorteilsnahme aus wirtschaftlichen Eigeninteressen des Arztes, auch die Unabhängigkeit bei der medizinischen Entscheidung schützt.

Sanktionsmöglichkeiten aufgrund unzulässiger Zuwendungs- bzw. Austauschbeziehungen zwischen Ärzten und Industrie ergeben sich aber nicht nur aus den wettbewerbsrechtlichen Normen, sondern auch aus einer Vielzahl von berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorschriften. Allen voran ist es Ärzten gemäß §§ 30 ff. Berufsordnung nicht gestattet, sich für die Patientenzuweisung oder für die Arznei-/Hilfsmittelverordnung Vorteile gewähren zu lassen; die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ist das zu schützende Gut.

Auch das SGB V definiert, wenn auch ausschließlich für den Bereich „Vertragsärzte“, weitere Berufsausübungspflichten im Hinblick auf die Unzulässigkeit von wirtschaftlichen Vorteilen. Im Vertragsarztrecht sind darüber hinaus weitreichende Vorschriften zur Errichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verankert.

Folge des Ganzen? Ein „Anti-Kooperationsparagraf“: Wenn die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zum § 299a „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ tatsächlich umsetzt, haben wir de facto einen „Anti-Kooperationsparagrafen“ im Strafbuch geschaffen, da unter der unbestimmten Norm der Angemessenheit bei der Vergütungshöhe in der Austauschbeziehung auch die gewünschten Kooperationsformen wie zum Beispiel Praxisnetze, Ärztegenossenschaften etc.

zum unberechenbaren Strafrechtsrisiko für die Betroffenen werden.

Transparenz, Äquivalenz und Trennungsprinzip: Deswegen müssen wir, wie auch im Moratorium von Hartmannbund Niedersachsen und Ärztekammer Niedersachsen zum § 32.2 BO skizziert, dringend die §§ 30 ff. BO überarbeiten (Kernpunkte einer Reform: Transparenz, Äquivalenz und Trennungsprinzip) und konkrete Ausführungsbestimmungen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten schaffen. Es gilt in der Regel: Alles was im Berufsrecht erlaubt ist, erweckt bei Staatsanwälten und Richtern keinen „Anfangsverdacht auf das Vorliegen einer strafbaren Handlung“.

§ 299a ist in bisheriger Form verfassungswidrig: Eindeutig verfassungswidrig ist es jedoch, eine derartige gesetzliche Regelung (§ 299a) auf „Gesundheitsberufe“ zu begrenzen. Diese widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes und wird spätestens vor dem Bundesverfassungsgericht dieses Gesetz zu Fall bringen. Wenn es für den Gesetzgeber eine Regelungslücke hinsichtlich der Strafverfolgung von Korruption im Sinne des Strafbuches gibt, dann doch bitte für alle freien Berufe.

Alle Anforderungen, die ein Anti-Korruptionsgesetz zum Schutz des Wettbewerbs (und zum Schutz des Vermögens der gesetzlichen Krankenversicherungen vor Mehrkosten durch Korruption) und somit zum Schutz der Versicherten und Patienten stellt, werden durch bereits bestehende Rechtsvorschriften hinreichend erfüllt. Brauchen wir also die „ultima ratio“ des Strafrechts? Ich sage nein!

Freiberuflichkeit im Lichte jüngster BFH-Rechtsprechung

Der Stempel der Persönlichkeit

Ein Sieg im Sinne der Freiberuflichkeit! Ärzte bleiben trotz Anstellung von Kollegen Freiberufler! Eine begrüßenswerte Stärkung von Praxisinhabern! So oder ähnlich fiel die öffentliche Bewertung des Urteils des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 16. Juli 2014 (Az.: VIII R 41/12) aus, nachdem dessen Urteilsbegründung bekannt wurde. Ein Blick in die Urteilsgründe lässt jedoch einen Pyrrhussieg vermuten.

Der Bundesfinanzhof (BFH) war aufgrund der Klage einer „mobilen“ Gemeinschaftspraxis für Anästhesie mit der Frage befasst, unter welchen Umständen selbständige Ärzte im Rahmen der Beschäftigung angestellter Ärzte eine leitende eigenverantwortliche Tätigkeit ausüben und damit nicht der Gewerbesteuerpflicht unterliegen.

Die Leistung des Angestellten müsse den „Stempel der Persönlichkeit“ des Anstellenden tragen, begründet der BFH. Hierzu gehöre neben einer regelmäßigen und eingehenden Kontrolle auch die konkrete beziehungsweise patientenbezogene Einflussnahme auf die Tätigkeit des angestellten Fachpersonals. Weiter heißt es: Führe ein selbständiger Arzt Voruntersuchungen bei Patienten durch, lege er die Behandlungsmethode fest und behalte er sich die Behandlung problematischer Fälle vor, bestünde an der Ausübung leitender eigenverantwortlicher freiberuflicher Tätigkeit im Rahmen des Steuerrechts kein Zweifel.

Dieser Dreiklang wurde bedauerlicherweise völlig ungefiltert medial aufgegriffen. Der anstellende Arzt müsse „nur“ Voruntersuchungen durchführen, die Behandlungsmethode festlegen und bei problematischen Fällen die Behandlung übernehmen, um der Gewerbesteuer zu entgehen.

Was aber hieße das bezogen auf die Freiheit und Qualität der Tätigkeit des angestellten Arztes? Kein Erstkontakt mit dem Patienten? Keinerlei Wahlfreiheit in Bezug auf die Behandlungsmethode? Keine eigene Behandlungsmöglichkeit, sofern es schwierig wird?

Ärztliche Unabhängigkeit wahren

Gerade die Unterscheidung zwischen organisatorischer Weisungsgebundenheit eines angestellten Arztes und seiner ärztlichen Unabhängigkeit muss gewahrt bleiben, um die ärztliche Freiberuflichkeit insgesamt zu erhalten. Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Seit jeher weichen

die Definitionen zur Freiberuflichkeit im Steuer- und Berufsrecht voneinander ab. Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Diskussion um die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht wurde wieder einmal deutlich, dass auch Behörden und Gerichte stets von Neuem dem Irrtum unterliegen, dass Selbständigkeit und Freiberuflichkeit ein und dieselbe Sache seien. Das sind sie nicht und jeder angestellte Arzt – ob in Krankenhaus, Praxis oder MVZ – sollte nicht zuletzt im Sinne des Patientenwohls das Bewusstsein wahren, dass er als Freiberufler nur seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit unterliegt und im Ergebnis auch für seine Behandlung verantwortlich bleibt.

Im Falle der genannten BFH-Rechtsprechung lässt sich dieser Widerspruch glücklicherweise bis zu einem gewissen Grad auflösen. Entgegen der allgemeinen öffentlichen Berichterstattung hatte der oberste Finanzhof die Voraussetzungen „Voruntersuchung“, „Festlegung der

Behandlungsmethode“ und „Behandlung problematischer Fälle“ zur Beurteilung herangezogen, weil sie tatsächlich nachweisbar waren und im konkreten Fall die Beurteilung erheblich erleichterten. Geschuldet war diese Eindeutigkeit insbesondere auch der Ausübung der Tätigkeit der genannten Gemeinschaftspraxis als mobiler Anästhesiebetrieb und natürlich der Fachrichtung Anästhesie selbst.

Die Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis legten nämlich wöchentlich im Voraus fest, welcher Arzt bei welchem Operateur nach den von ihnen entwickelten standardisierten Behandlungsmethoden tätig werden soll, führten die Voruntersuchungen selbst durch und schlugen eine Behandlungsmethode vor. Die eigentliche Anästhesie führte in der Folge der angestellte Arzt durch. Eine Schablone lässt sich also bereits aufgrund dieses speziellen Fachgebietes und seiner Ausübungsmodalitäten nicht über andere Fachgebiete legen.

Urteil gibt keine Entwarnung

Es sollte jedoch im Sinne der Freiberuflichkeit angestellter Ärzte nicht der Schluss gezogen werden, die genannten Parameter müssten sämtlich nachgewiesen sein, um eine Gewerbesteuerpflicht zu umgehen. Da aber der BFH bereits in der Vergangenheit den Stempel der Persönlichkeit des anstellenden Arztes in den Vordergrund rückte und nunmehr neben der leitenden eigenverantwortlichen Tätigkeit auch von einer „höchstpersönlichen, individuellen Arbeitsleistung

am Patienten“ ausgeht, bei der „wesentliche Teile der Dienstleistungen“ selbst übernommen werden müssten, bietet das Urteil keinen Anlass zur Freude oder gar Entwarnung für die selbstständigen Ärzte und ihre angestellten Kollegen. Trost liegt lediglich in den Worten des BFH, der Gesetzgeber habe keinen Bereich der freien Berufe im Sinne des Steuerrechts „nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift von dieser Möglichkeit des Einsatzes fachlich vorgebildeter Mitarbeiter ausschließen wollen“.

Vereinbarungen verschriftlichen

Es wäre nicht im Sinne der Freiberuflichkeit, Voruntersuchungen von Patienten systematisch von der Tätigkeit des angestellten Arztes abzukoppeln oder enge inhaltliche Vorgaben für die Behandlung festzulegen. Praxisinhaber sollten sich überlegen, ob sie sich – als einen Baustein zur Vermeidung der Gewerblichkeit – zumindest vorbehalten, problematische Fälle persönlich (mit) zu behandeln. Dies entspricht noch am ehesten der Realität, da innerkollegial ohnehin meist ein Austausch zu problematischen Fällen erfolgt. Idealerweise müsste eine solche Vereinbarung in nachweisbarer Form schriftlich dokumentiert sein. Vorstellbar wäre etwa eine Aufnahme in den jeweiligen Arbeitsvertrag des angestellten Kollegen. (SH)



Mehr zu Rechtsthemen auf
www.hartmannbund.de



Aktuelle Urteile

Versorgungsauftrag

Vertragsärztliche Tätigkeit und Überstunden; BSG (Az.: B 6 KA 10/14 B)

Elektr. Gesundheitskarte

Lichtbild und Datenchip rechtmäßig; BSG (Az.: B 1 KR 35/13 R)

Datenschutz

Preisgabe der Privatanschrift eines Klinikarztes; BGH (Az.: VI ZR 137/14)

Richtgrößenprüfung

Beratung vor Regress bei Altfällen; BSG (Az.: B 6 KA 8/14 Rund B 6 KA 3/14 R)

Zulassungsrecht

Zwei „halbe“ Praxen rechtmäßig; BSG (Az.: B 6 KA 11/14)

Haben Sie Interesse an einer Rechtsberatung? Dann kontaktieren Sie uns, per E-Mail hb-info@hartmannbund.de oder telefonisch unter 030-206 208 0.

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





Der Argwohn in der Ärzteschaft wächst, dass in Sachen Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung ein Stein nach dem anderen fallen könnte.

Versorgungsstärkungsgesetz

Das Unbehagen wächst

„Gegen Staatsmedizin und Einheitsversicherung“, so oder ähnlich hieß es im Bundestagswahlkampf 2013. „Entwarnung“ dann erst einmal nach Vorliegen des Koalitionsvertrages: Verfrüht? Zweifel sind angebracht.

Liest man den aktuellen Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) aufmerksam und betrachtet ihn als Gesamtwerk, dann dürfen einen ernsthafte Zweifel beschleichen. Die vielen kleinen – teils scheinbar harmlosen – Maßnahmen lassen bei näherer und komplexerer Betrachtung in der Summe eine Tendenz erkennen, die die Aufmerksamkeit für Bedrohliches schärft:

Es gibt eine zunehmende Tendenz zur Bürokratisierung – böse Zungen würden von Gängelung sprechen – sowohl des Patienten als auch der Ärzte. Festzustellen ist daneben eine klare Tendenz zur Verlagerung von Entscheidungen weg von der Selbstverwaltung einerseits, zum Beispiel zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), und ein „Abschieben“ von (ungeliebten) Entscheidungen in die Selbstverwaltung, zum Beispiel mit dem Wegfall von Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Machen wir uns nichts vor. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird nicht wirklich entfallen, aber bedürfte es nicht gerade bei derart existenziellen Fragen einheitlicher Regelungen? Und die Hoffnung auf maßvolle Regelungen auf Landesebene scheint an dieser Stelle zudem sehr optimistisch...

Auf der anderen Seite entstehen im G-BA weiterhin bürokratielastige Konstrukte wie die zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die in ihrer Kleinteiligkeit Lichtjahre entfernt sind von dem einfachen „Wer kann, der darf“ – der ursprünglichen Intention.

Der Gesetzgeber schiebt Entscheidungen in die Selbstverwaltung, die er selbst nicht treffen möchte (oder kann), zum Beispiel zur Entschädigung beim Praxisaufkauf, und er zieht Regelungen an sich, die subsidiär unzweifelhaft besser zu treffen wären. Dabei fehlt es vielen Prozessen dann an Stringenz und innerer Logik. Paradebeispiel dafür ist die Trias „Terminservicestellen – Praxisstillegungen – Öffnung der Krankenhäuser“. Für die Politik ist entscheidend: Die Patienten warten – scheinbar oder tatsächlich – zu lang auf Arzttermine und werden – fleißig angespornt von ihrer Krankenkasse – ungeduldig. Die gewählte „Lösungsstrategie“ für die sogenannte Wartezeitenproblematik

legt nahe, dass man da als Politik, die schnelle „Lösung“ im Blick, auf aufwändige Ursachenanalysen lieber erst einmal verzichtet.

Dass Ärzte möglicherweise schlicht wegen voller Wartezimmer (und kurzer, dafür vieler Arzt-Patienten-Kontakte) keine kurzfristigen Termine vergeben können, dass Ärzte nicht nur ein begrenztes Budget haben, sondern auch das Gesetz die Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung des Versorgungsauftrages fordert – davon will man sich nur ungern aufhalten lassen. Dass in vielen Regionen Praxen nur schwer nachbesetzt werden können, ist sicher nicht nur der Politik vorzuwerfen. Allerdings zu glauben, man könne Ärzte in unterversorgte Regionen „verpflanzen“, indem man einfach in formal überversorgten Gebieten Praxen vom Markt nimmt, ist – gelinde gesagt – optimistisch. Realistisch ist dagegen wohl die Einschätzung, dass auf diese Art und Weise keine zusätzlichen Arzttermine geschaffen werden – schon gar nicht in der Fläche. Und abgesehen davon: Diskussionen über den Rückbau von Infrastruktur zu führen, über die Schließung von Polizeistationen und Schulen, bei gleichzeitiger Annahme, dass der letzte, der das Dorf verlässt, der Landarzt ist, sind unehrlich.

Was an ehrlicher Ursachenforschung fehlt? GKV-Versicherten wird trotz des WANZ-Prinzips (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) noch immer das Gefühl vermittelt, alles sei möglich und auch legitim einzufordern, sei es der jederzeit erreichbare Facharzt um die Ecke oder die Wunschtherapie. Man wagt es nicht, intelligente Steuerungsmaßnahmen mit Blick auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten in Angriff zu nehmen und den Bürgern deutlich zu machen, dass die GKV eine Solidargemeinschaft ist, aus der nicht jeder möglichst viel für sich herausziehen kann.

Stattdessen populäre Lösungen vom Reißbrett: Termine innerhalb von vier Wochen. Kommt die Vermittlung eines Termins innerhalb der angestrebten Zeit nicht zustande, kann die Behandlung zu Lasten der Gesamtvergütung im Krankenhaus erfolgen. Punkt! Klingt einfach, wird aber nicht funktionieren. Denn diese „Lösung“ ist weder mit Blick auf die Budgetierung der Gesamtvergütung noch angesichts des massiven Streitpotenzials mit den Krankenkassen zu Ende gedacht. Und was passiert eigentlich, wenn zum Beispiel keine Augenabteilung



Termine

Donnerstag, 19. März, 18 bis 20.30 Uhr

Treffpunkt in-Vitro-Diagnostik Infektiologie, Veranstalter: LV Berlin, Ort: Berlin, Gebühr: für Kliniker und niedergelassene Ärzte kostenfrei

Mittwoch, 22. April, 17 bis 20 Uhr

Praxis und Familie erfolgreich kombinieren – Gestaltungsmöglichkeiten für Mediziner, Veranstalter: LV Sachsen, Ort: Leipzig, Gebühr: kostenfrei

Samstag/Sonntag, 25. bis 26. April, ganztägig

90. Berufspolitische Seminarreihe/2. Wochenende, Veranstalter: Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Ort: Berlin, Gebühr: kostenfrei

Mehr Seminare finden Sie hier:

www.hartmannbund.de/akademie

in den umliegenden Kliniken mehr existiert...? Böse Stimmen meinen, hinter manchem dann doch eine Strategie zu erkennen. Die freie Berufsausübung der Ärzte und die Selbstverwaltung, so argwöhnen sie, solle immer weiter ausgehöhlt werden, indem man sie in kaum lösbare Situationen bringt, und die Politik quasi gezwungen ist, die „Daumenschrauben“ immer fester zu ziehen, weil die Selbstverwaltung mal wieder versagt hat? Das hält selbst mancher kritische Geist für übertrieben.

Wer am Ende Recht behält, darüber werden die nächsten Wochen und Monate richten. In Alarmbereitschaft, das lässt sich jedenfalls festhalten, ist die Ärzteschaft allemal. (PM/MR)

Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!

Im Studium, in der Weiterbildung und in der Niederlassung als Ärztin/Arzt in Niedersachsen!

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

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

www.niederlassen-in-niedersachsen.de





Krankenhaushygiene

Löst mehr Geld die Probleme?

Vor dem Hintergrund des jüngsten Keimausbruchs am Universitätsklinikum Kiel, bei dem mehrere Menschen gestorben sind, wollten wir von der Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité in Berlin, Prof. Dr. Petra Gastmeier, wissen, wie dort mit Bakterien und Viren umgegangen wird.

*Können Sie kurz beschreiben, welcher Krisenplan in Ihrem Haus greifen würde, wenn ein Patient mit einem gefährlichen Keim wie dem *Acinetobacter baumannii* in die Charité eingewiesen wird?*

Problematisch sind vor allem die Carbapenem-resistenten *Acinetobacter baumannii*-Bakterien. In diesem Fall wird der Patient in einem Einzelzimmer untergebracht und – vor allem, wenn es sich um einen Intensivpatienten handelt – eine 1:1-Pflege organisiert.

Hand auf's Herz. Ist in einem „normalen“, oft auch hektischen Krankenhausalltag, der geprägt ist von Kostendruck und Personalmangel, das Einhalten aller Hygienevorschriften überhaupt realistisch?

Das setzt natürlich voraus, dass die Mitarbeiter gut über Risiken, Transmissionswege und die besten Präventionsmaßnahmen bezogen auf die unterschiedlichen Erreger informiert sind, damit sie zur richtigen Zeit die jeweils geeigneten Präventionsmaßnahmen umsetzen können. Regelmäßige Fortbildung zur Infektionsprävention ist deshalb so wichtig.

Vor dem Hintergrund des jüngsten Vorfalls am Universitätsklinikum Kiel ist die Diskussion erneut aufgeflammt, dass die Kliniken mehr Geld fordern sollten, um Patienten vor einer stationären Einweisung ausreichend auf multiresistente Keime testen und vorbehandeln zu können. Löst mehr Geld die bestehenden Probleme?

Ich halte wenig davon, sich bei den Präventionsmaßnahmen – abgesehen von bestimmten Risikogruppen – auf bestimmte ausgewählte Infektionserreger wie MRSA oder *Acinetobacter baumannii* zu konzentrieren und alle Patienten auf diese Erreger vor Aufnahme zu testen. Bei den gramnegativen Erregern sind auch kaum sinnvolle Vorbehandlungen möglich. Viel sinnvoller und kosteneffektiver ist in meinen Augen die bessere Implementierung solcher Maßnahmen, die die Ausbreitung aller Infektionserreger verhindern. Hier sind vor allem die indikationsgerechte Händehygiene zu nennen, aber auch gründliche Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie Dekolonisationsmaßnahmen, wo es sinnvoll ist. Auch dafür sind natürlich ausreichende finanzielle Mittel erforderlich, um Zeit für die sorgfältige Pflege zu haben, sowie die notwendigen Dienstleistungen.

Ihr Chef, der Charité-Vorstandsvorsitzende Karl Max Einhäupl, hat Deutschlands größtes Klinikum laut „Handelsblatt“ wieder in die schwarzen Zahlen gebracht, vielen anderen Krankenhäusern ist dies nicht vergönnt. Können Sie durch die gute finanzielle Situation auch hinsichtlich der Hygiene zahlreiche Maßnahmen verfolgen, die sonst nicht möglich wären?

An dieser Stelle möchte ich nochmals auf die Bedeutung eines ausreichenden Pflegeschlüssels für die Infektionsprävention hinweisen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe plant eine Verschärfung der Meldepflichten beim Auftreten gefährlicher Krankheitserreger. Wie beurteilen Sie diese Ankündigung?

Ich habe Zweifel, ob die Einführung zusätzlicher Meldepflichten etwas bringt. Viel wichtiger ist es, dass alle Mitarbeiter eine hohe Aufmerksamkeit für das Problem haben und in der Lage sind, sofort geeignete Präventionsmaßnahmen einzuleiten und dass die Krankenhausleitungen dem Thema eine hohe Bedeutung beimessen.

Im Gegensatz zu den deutschen Kliniken kommt beim Nachbarn in den Niederlanden jeder Patient zunächst in Quarantäne, bevor nicht die Freiheit von multiresistenten Keimen festgestellt wurde? Was spricht gegen eine solche Maßnahme in Deutschland?

Das ist ein weit verbreiteter Irrtum. Nur solche Patienten, die zu Risikogruppen gehören (unter anderem deutsche Patienten) werden bei Aufnahme auf MRSA gescreent und solange isoliert, bis sicher ist, dass der Patient diesen Erreger nicht mitgebracht hat. Ebenso wie durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) in Deutschland empfohlen, wird in den Niederlanden also ein Risikogruppen-konzentriertes Screening durchgeführt.

Obwohl in der Richtlinie des Robert Koch-Institutes das Arbeitsfeld der hygienebeauftragten Ärzte orientierend beschrieben wurde, sind die tatsächlichen Aufgabenbereiche und Arbeitsbedingungen sehr unterschiedlich und oft nicht eindeutig festgelegt. Was sind aus Ihrer Sicht die vordringlichen Anforderungen an den hygienebeauftragten Arzt?

Die Unterschiedlichkeit der Aufgaben der hygienebeauftragten Ärzte liegt in der Natur der Sache. Beispielsweise gibt es große Unterschiede zwischen kleinen und großen Krankenhäusern. In kleinen Krankenhäusern ist der hygienebeauftragte Arzt der wichtigste regelmäßig anwesende ärztliche Mitarbeiter, der sich um die Infektionsprävention kümmert. In großen Krankenhäusern mit hauptamtlichen Krankenhaushygienikern sind die hygienebeauftragten Ärzte vor allem die Vermittler zwischen der eigenen Abteilung und dem Hygieneteam, um die Maßnahmen optimal an die Bedingungen der jeweiligen Abteilungen anzupassen.

Portable PC-Systeme wie Tablets sind bei der täglichen Visite auf dem Vormarsch. Ist die Verwendung von Tablets kein Hygienrisiko?

Nein, entscheidend ist die Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt, dann wird das Tablet auch nicht kontaminiert.

Wie können die Ärzte zu noch besseren hygienischen Verhältnissen an ihrer Klinik beitragen? Gründliches Händewaschen allein wird wohl nicht reichen?

Die Händedesinfektion (nicht das Händewaschen) ist aber schon ein ganz wichtiger Punkt, und Ärzte müssen sich auch ihrer Vorbildrolle gegenüber dem übrigen medizinischen Personal in dieser Hinsicht sehr bewusst sein.

Zunehmende Antibiotikaresistenz ist ein Problem im Kampf um Hygiene. Sehen Sie hier auch ein Problem in der Ärzteschaft, die durch ihr Verschreibungsverhalten Antibiotikaresistenzen provoziert?

Vermeidung von Transmissionen und optimalere Antibiotikaanwendung gehören zusammen. Beides ist nötig, um das Problem in den Griff zu bekommen. Aber die Krankenhäuser und auch der medizinische Bereich allein können das Problem nicht lösen. Inzwischen hat sich herumgesprochen, dass das

„One Health-Prinzip“ zu berücksichtigen ist, weil multiresistente Erreger inzwischen auch in der Landwirtschaft und teilweise in der Umwelt zu finden sind. Darüber hinaus werden aber oft auch multiresistente Bakterien aus dem Ausland importiert, weil die meisten Länder der Welt eine noch wesentlich ungünstigere Situation in Bezug auf multiresistente Erreger haben, also auch das „One world-Prinzip“ muss beachtet werden. Deshalb finde ich es sehr gut, dass die deutsche Bundesregierung beim kommenden G7-Treffen eine Initiative für ein weltweites Zusammenwirken gegen die Verbreitung von multiresistenten Erregern plant.

Abschließend die Frage: Sind wir in Deutschland noch am Anfang oder schon auf dem richtigen Weg in Sachen Krankenhaushygiene, und in welchen Bereichen besteht aus Ihrer Sicht Nachbesserungsbedarf?

In den letzten Jahren hat sich auf diesem Gebiet einiges zum Positiven verändert. Großen Nachholbedarf sehe ich noch bei der Ausbildung der Medizinstudierenden, sie muss viel praxisbezogener und klinisch orientierter werden. Das setzt aber eine ausreichende Zahl von Ärzten an den Universitäten voraus, die das auch vermitteln können. (DA)



Prof. Dr. med. Petra Gastmeier ist Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Gleichzeitig fungiert dieses Institut als Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen und koordiniert die nationale Kampagne „Aktion saubere Hände“.

Anzeige



UDO HEISIG GMBH
THE DISPOSABLES COMPANY

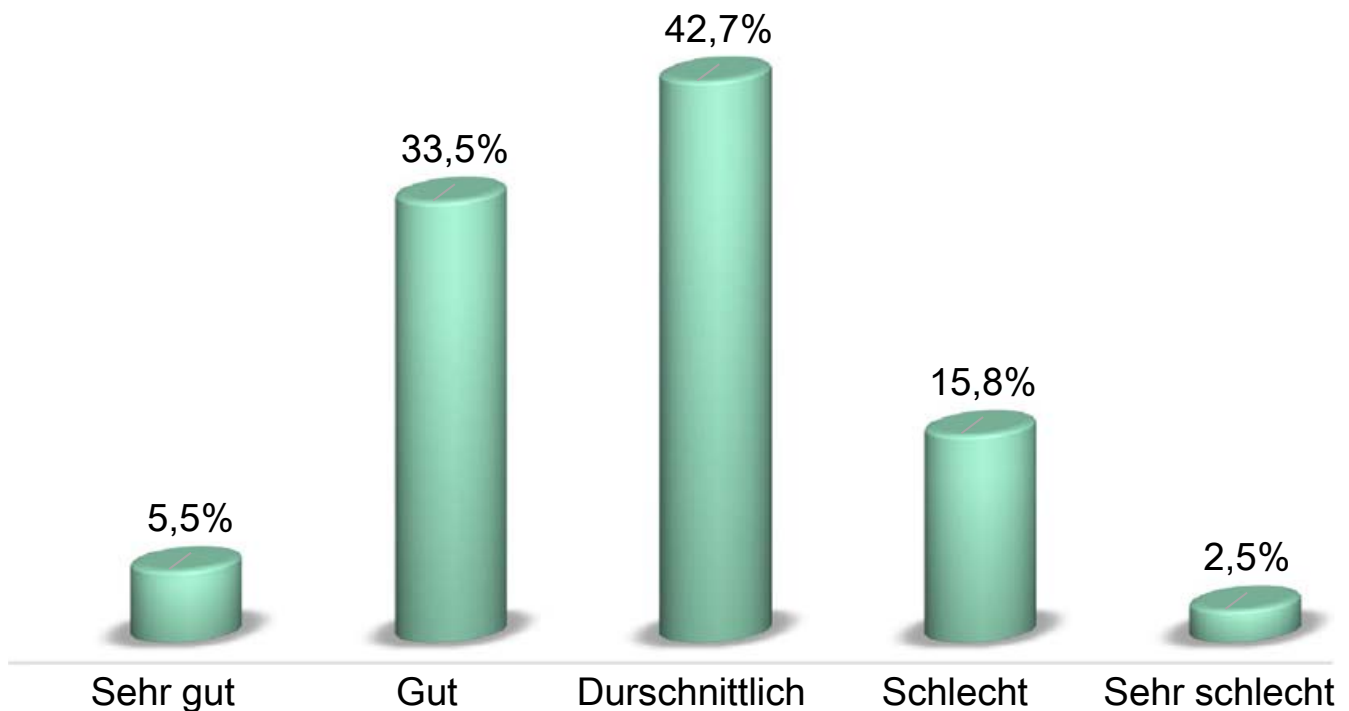
Abfall-Entsorgung



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

www.heisig.de

Wie bewerten Sie Ihre Arbeitsbedingungen insgesamt?



Arbeitsbedingungen an den Kliniken

Es bleibt noch viel zu tun

Eine Umfrage des Hartmannbundes unter seinen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung hat ergeben, dass die Arbeitsbedingungen an den Kliniken nach wie vor großen Anlass zur Sorge geben. 43 Prozent der insgesamt mehr als 1.400 Teilnehmer bewerten ihre Arbeitsbedingungen lediglich als durchschnittlich und knapp 19 Prozent als schlecht bzw. sehr schlecht. Bereits die erste Erhebung vor drei Jahren zeigte Missstände auf.

Die Ergebnisse der zum Jahreswechsel 2014/15 durchgeführten Hartmannbund-Umfrage „Assistenarzt (m/w)“ unter seinen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zeigen im Vergleich zu der thematisch gleichen Erhebung im Jahr 2012 neben einigen negativen Tendenzen nur wenige positive Entwicklungen – und auch Veränderungen in der Erwartungshaltung der jungen Mediziner. Im Kern aber bestätigten sich die früheren Erkenntnisse: Die Arbeitsbedingungen an den Kliniken geben nach wie vor zu einem großen Prozentsatz Anlass zur Klage, und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein wesentliches Bedürfnis der jungen Generation, die ihre berufliche Perspektive bevorzugt in der Anstellung und nicht in der Niederlassung sieht.

Ein zentrales Thema bei der Frage nach den Arbeitsbedingungen ist die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Besonders alar-

mierend: 70 Prozent der schwangeren Ärztinnen können ihre Pausenzeiten nicht einhalten. „Die möglichen Folgen – Arbeitsüberlastung, Gesundheitsrisiken für Ärzte und Patienten, keine bzw. zu wenig Zeit für familiäre Verpflichtungen, Abwanderung aus der kurativen Tätigkeit – zwingen geradezu zu einer besseren Kontrolle der Arbeitszeiten“, mahnt Dr. Kathrin Krome, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes und Vorsitzende des Arbeitskreises „Assistenzärzte“.

Allerdings haben auch 45 Prozent der Befragten – also nahezu die Hälfte – eine Opt-Out-Erklärung unterschrieben und verzichten damit auf den Freizeitausgleich. Zwar erhalten die Betroffenen in der Regel eine Vergütung, allerdings ist die Arbeitsbelastung mit bis zu 58 Stunden Wochenarbeitszeit oder mehr unverhältnismäßig hoch. Hier zeigt sich eine für junge Ärzte typische Ambivalenz, deren Ursachen vielfältig sein können. Wer nach einem Medizinstudium mit Ende 20 frisch in den Beruf startet, hat möglicherweise ganz unterschiedlichen Nachholbedarf: finanziell, beruflich oder es überwiegt der Wunsch, eine Familie zu gründen. Je nachdem, wie die Situation individuell gelagert ist, fällt auch die Bereitschaft aus, im Beruf mehr oder weniger „in die Vollen zu gehen“.

Die Kliniken müssen sich „strecken“

Klar ist allerdings: Die Anstellung wird nach wie vor bevorzugt. Eine Niederlassung fassen nur etwa ein Viertel der Be-



An der Umfrage nahmen rund 1.400 Assistenzärztinnen und -ärzte teil.

fragten ins Auge. Veränderungen gab es jedoch bei der Art der angestrebten Anstellung: Planten 2012 noch 21 Prozent eine Anstellung in der Niederlassung, sind es zwei Jahre später schon 27 Prozent. Tendenziell schlecht sieht es im Umkehrschluss für die Kliniken aus, die nun nur noch 41 Prozent mit ihrer beruflichen Perspektive in Verbindung bringen wollen. In der Umfrage „Assistenzarzt (m/w) 2012“ waren es noch 46 Prozent.

60 Prozent der Befragten wollen eine Familie gründen, das sind über zehn Prozent mehr als noch 2012 – die Zahl der Unentschlossenen ist von 17 Prozent auf knapp 12 Prozent ebenfalls deutlich gesunken. Die Relevanz einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf steigt – ein zentrales berufspolitisches Thema, mit dem der Hartmannbund schon seit langem entscheidende Akzente setzt.

Was heißt das bei etwa 2.000 unbesetzten Arztstellen für die Arbeitgeber? In erster Linie, flexibel zu sein und mit intelligenten Arbeitszeitmodellen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse zu reagieren, ohne sie als Contra zur ärztlichen Berufung zu interpretieren. Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten und Bürokratieabbau sind dann auch die „Top 3“ der Verbesserungswünsche in Sachen Arbeitsbedingungen; Bürokratieabbau nicht zuletzt deshalb, um das tun zu können, wofür man eine harte Ausbildung hinter und erst recht noch vor sich hat: die ärztliche Tätigkeit und ausreichend Zeit für eine angemessene Patientenversorgung.

Qualität der Weiterbildung ist nur durchschnittlich

Ebenfalls unverändert niedrig im Vergleich zur Umfrage von 2012 ist die Quote derjenigen geblieben, die zu Beginn ihrer Weiterbildung ein strukturiertes Weiterbildungskonzept erhalten haben. Mit lediglich 20 Prozent sind die Zahlen weiterhin schlecht. Angesichts des mit zwei Dritteln sehr hohen Anteils von Teilnehmern, die sich zum Zeitpunkt der Umfrage in den ersten beiden Weiterbildungsjahren befanden, wiegt das diesjährige Ergebnis jedoch noch schwerer als vor zwei Jahren, als nur die Hälfte der Befragten noch am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn stand.

Über 40 Prozent der Umfrageteilnehmer berichten außerdem darüber, dass die Weiterbildung nicht im Rahmen der Kernarbeitszeit durchgeführt wird. Eine Vielzahl der Weiterbildungsassistenten ist also gezwungen, ausufernde Arbeitszeiten in Kauf zu nehmen, nur um die Weiterbildungsinhalte ableisten zu können. Womöglich ist dies auch einer der Gründe für die hohe „Bereitschaft“, Opt-out-Regelungen zuzustimmen.

Ernüchternd auch die Gesamteinschätzung der Qualität der Weiterbildung: Fast die Hälfte hält sie für durchschnittlich, und

nur ein knappes Drittel für gut (28 Prozent) oder sehr gut (drei Prozent). 20 Prozent hingegen stuften sie als schlecht ein, drei Prozent sogar als sehr schlecht. Das macht bei einer Bewertungsskala von 1 für sehr gut bis 5 für sehr schlecht im Schnitt nur eine 2,9. Dieser Durchschnittswert ist schlechter als die Werte der Evaluationen der Ärztekammern, die bei einer Skala von 1 bis 6 in der Regel um die 2,5 liegen (s. auch Seite 25).

Mehr Ärzte wollen in Deutschland bleiben

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Verlagerung ihrer Tätigkeit ins Ausland grundsätzlich nicht ins Auge fasst, ist mit aktuell 85 Prozent gegenüber 75 Prozent in 2012 deutlich gestiegen. Ob dies darauf zurückzuführen ist, dass die Arbeitsbedingungen hierzulande im Vergleich zum Ausland dann doch nicht als völlig schlecht empfunden werden dürften, oder die Heimatverbundenheit deutlich gestiegen ist, oder aber der „leergefegte“ deutsche Arbeitsmarkt und die Anstellungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor eine verlockende Kombination darstellen – das bedürfte einer tiefergehenden Analyse.

Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt

Das Deutsche Ärzteblatt widmete den Ergebnissen der Hartmannbund-Umfrage in seiner Ausgabe 6/2015 eine Doppelseite. Mehr Informationen erfahren Sie auf unserer Homepage unter www.hartmannbund.de/assistentarzt-m-w-2014. (CB/SP)



Information

Statistisches zur Umfrage

65 Prozent der Umfrageteilnehmer sind weiblich, im Jahr 2012 waren es 61 Prozent.

83 Prozent der weiblichen Teilnehmer – und damit die Mehrheit der an den Kliniken beschäftigten Ärzte – können sich eine Teilzeitbeschäftigung vorstellen.

70 Prozent der Teilnehmer wünschen sich in Hinblick auf Mutterschutz und Elternzeit ein ausführliches Gespräch über den Wiedereinstieg.

91 Prozent sind in Vollzeit beschäftigt. Gegenüber 2012, als 90 Prozent angaben, in Vollzeit tätig zu sein, blieb der Anteil somit nahezu unverändert.

Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die eine Poolbeteiligung erhalten, ist im Vergleich zu 2012 um zehn Prozentpunkte deutlich auf etwa 20 Prozent gesunken. Hintergrund könnte das zunehmende „Aussterben“ von Chefarztverträgen alter Prägung mit Liquidationsrecht sein: Neue Verträge sehen zumeist eine Beteiligungsvergütung an den Einnahmen des Krankenhauses vor.

Hartmannbund-Vorschlag: Evaluation als ständige Erhebung konzipieren

Der Deutsche Ärztetag hat 2012 und 2014 auf Initiative des Hartmannbundes die Bundesärztekammer beauftragt, die Evaluation künftig als ständige Erhebung durchzuführen. Die Ärztinnen und Ärzte sollten spätestens nach der bestandenen Facharztprüfung ihre Weiterbildung bewerten. Die Ergebnisse würden dann einmal jährlich erhoben und unter Nennung der Weiterbildungsstätte veröffentlicht. Damit könnten Akzeptanz, Teilnehmerquote und Aussagekraft der Evaluation wesentlich gesteigert werden.



Evaluation der Weiterbildung 2014

Problem erkannt, Problem gebannt?

Die bislang bundesweit angelegten und gemeinsam mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich durchgeführten Evaluationen der Weiterbildung fielen dem Rotstift zum Opfer. 2014 testeten daher fünf Kammern zwei neu entwickelte eigenständige Konzepte für künftige Befragungen.

Die Befragungen von 2009 und 2011 lieferten teils ernüchternde Ergebnisse. Zwar erhielt die Weiterbildung im Schnitt eine gute Note (2,54 in 2009 und 2,44 in 2011), als besonders problematisch erwiesen sich aber die Arbeitsbedingungen. Markante Auffälligkeiten bei der Weiterbildung waren u.a. fehlende Weiterbildungspläne (wir berichteten). Einige Kammern nahmen das zum Anlass, aktiv auf eine Verbesserung der Qualität der Weiterbildung hinzuwirken. Eine regelmäßige Evaluation – darin waren sich alle Akteure einig – müsse auch künftig stattfinden.

Die Kammern Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein entwickelten daher zunächst eine eigenständige Pilotbefragung mit nur noch 50 statt zuvor 100 Fragen. Gefragt wurde, was vermittelt wird, wie gut dies geschieht und wie die Weiterbildung organisiert wird. Die früheren Erkenntnisse bestätigten sich: Mit der Durchschnittsnote 2,44 scheinen die Weiterzubildenden nach wie vor zufrieden zu sein, 75 Prozent erhalten nach wie vor keine Weiterbildungspläne, bei mehr als der Hälfte werden vereinbarte Arbeitszeitregelungen nicht eingehalten. Nachholbedarf bei der Wissens- und Kompetenzvermittlung sehen die Befragten vorrangig bei den sogenannten *soft skills* wie der ärztlichen Gesprächsführung und der Begleitung Sterbender. Eine weitere deutliche Diskrepanz: Zwar bescheinigen 80 Prozent ihren Weiterbildern sehr hohe medizinisch-praktische Fähigkeiten, jedoch schätzen nur 43 Prozent deren didaktische Fähigkeiten.

Die Kammer Westfalen-Lippe verfolgte ein eigenes Konzept,

das gemessen an den Rücklaufquoten die Nase vorn hat: 50 Prozent meldeten sich zurück. In den anderen Kammern reichte die Quote von elf Prozent in Baden-Württemberg bis 33 Prozent in Hamburg. Die Kammer in Westfalen-Lippe setzte neben der Online-Beteiligung auch auf postalisch verschickte Fragebögen: Online nahmen auch hier lediglich 20 Prozent teil.

In etwa 30 Fragen sollten die Weiterzubildenden neben inhaltlich-statistischen Angaben auch sagen, was ihnen besonders wichtig ist. Platz eins belegt wenig überraschend die Vermittlung medizinischer Kenntnisse. Dem folgen aber auch schon das Arbeits- und Betriebsklima und die Organisation der Weiterbildung. Letztere bemängeln immerhin 40 Prozent, eine fehlende Anpassung an den individuellen Weiterbildungsbedarf ein Drittel. Beides besitzt unter den Weiterzubildenden mit 84 und 85 Prozent eine sehr hohe Priorität.

Grundsätzlich können 79 Prozent der Befragten ihr Krankenhaus empfehlen. Das Problem fehlender Weiterbildungspläne besteht bei 73 Prozent allerdings ebenfalls – und bei 33 Prozent werden auch in Westfalen-Lippe die Arbeitszeitregelungen nicht eingehalten.

Kurz gesagt: Die bekannten Probleme haben Bestand. Der Hartmannbund sieht hier dringenden Handlungsbedarf und setzt sich weiterhin vehement für bessere Arbeitsbedingungen ein – und für eine Reform der Weiterbildung, die die Kompetenzvermittlung und die Anliegen der Weiterzubildenden miteinander in Einklang bringt. (SP)

MWBO-Novelle: Lieber gründlich

Die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) lässt weiter auf sich warten. Eine erste Version für eine Novelle steht seit Sommer 2013 zur Diskussion. In einem Anfang des Jahres an die beteiligten Verbände und Fachgesellschaften versandten Schreiben weist der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK), Franz-Josef Bartmann, auf die komplexen Herausforderungen hin, die aktuell zu bewältigen seien.

So zeigte sich, dass einheitliche begriffliche und formale Kriterien fehlen – die eingebrachten Vorschläge der Fachgesellschaften für die Ausgestaltung des neuen kompetenzorientierten Grundgerüsts hatten sich sowohl strukturell als auch in grundlegenden Formulierungen stark voneinander unterschieden. Bereits auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf hatte Bartmann daher die Entwicklung einheitlicher Bearbeitungskriterien angekündigt. Sobald diese Kriterien, die sich derzeit zur Prüfung in den zuständigen Weiterbildungsgremien befinden, konsentiert sind, würden die Vorschläge zu Version 1 in eine zweite Version überführt, heißt es in dem Schreiben. Dabei solle es auch „aufgrund der besseren Trennschärfe“ nicht mehr drei, sondern nur noch zwei Weiterbildungsmodi geben.

Ziel ist offenbar, mit der zweiten Version einen möglichst breiten Konsens zu erzielen, der den Beratungsbedarf im Vergleich zum ersten Aufschlag auf das Nötigste minimiert. Wann dieser in der Tat zeitaufwändige Prozess abgeschlossen sein wird, bleibt

offen. Zunächst ist ein Sachstandsbericht auf dem kommenden 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt vorgesehen, bei dem turnusmäßig auch die Wahl eines neuen BÄK-Vorstands auf der Tagesordnung steht.

HB fordert bessere Supervision der Weiterbildung

Auf die Qualität der Weiterbildung können die Kammern oft nur reaktiven Einfluss nehmen: bei Beschwerden, Auffälligkeiten oder aber – besonders ärgerlich – bei Facharztprüfungen. Um das zu vermeiden, hat sich die Hauptversammlung des Hartmannbundes 2014 für die Einführung von Weiterbildungscurricula und elektronischen Logbüchern ausgesprochen.

In der Weiterbildungsordnung verankerte Curricula ermöglichen die Abbildung einheitlicher Vorgaben und Anforderungen, die inhaltlich und zeitlich an den Erwerb einer Bezeichnung geknüpft sind. Das sorgt für vergleichbare Qualitätsstandards und gibt sowohl den Weiterzubildenden als auch den Weiterbildern einen fachlich fundierten Rahmen. Zugleich machen bei den Landesärztekammern (LÄK) geführte elektronische Logbücher den individuellen Stand der Weiterbildung für die Beteiligten transparent – Auffälligkeiten können die LÄK bei Bedarf schon zu einem frühen Zeitpunkt nachgehen. Der Datenschutz sowie entsprechende Sicherheits- und Authentifizierungsstandards sind dabei selbstverständlich einzuhalten. (SP)

Anzeige

telc
LANGUAGE TESTS



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

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

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

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

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

7.500 Teilnehmer bei HB-Umfrage „Medizinstud JA zu mehr Praxis! NEIN zu w

Die Hartmannbund-Umfrage „Medizinstudium 2020 Plus“, die Mitte November 2014 gestartet und Anfang Januar beendet wurde, hat einen neuen Rekord aufgestellt. Mit mehr als 7.500 Teilnehmern haben so viele Medizinstudierende wie noch nie bei einer Online-Umfrage des Hartmannbundes mitgemacht, die mit 40 Fragen sehr umfangreich war. Die Themen der Umfrage befassen sich mit der aktuellen Situation sowie der Zukunft des Medizinstudiums.

Hintergrund der Umfrage ist die derzeitige Erstellung eines „Masterplan Medizinstudium 2020“ durch die Bundesregierung (vorbehaltlich die Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung und Forschung). Der Masterplan ist nach Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums noch immer in Arbeit. Die Ergebnisse der Hartmannbund-Umfrage „Medizinstudium 2020 Plus“ werden auf jeden Fall dazu beitragen, dass die Stimme der „Betroffenen“, also der Medizinstudierenden, bei der Erarbeitung des Masterplans gehört wird. An dieser Stelle die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick:

Praktisches Jahr: 75 Prozent der Umfrageteilnehmer können sich vorstellen, dass das PJ in Quartale aufgeteilt wird – in zwei Pflichtquartale (Chirurgie und Innere) und zwei Wahlquartale.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Die Quartallösung ist sinnvoll und ermöglicht mehr Wahlfreiheit.

Allgemeinmedizin: Bei der Frage nach der späteren Facharzttrichtung ist die Allgemeinmedizin auf den 1. Platz vorgeückt. Beim PJ-Wahlterial liegt die Allgemeinmedizin auf dem 5. Platz. Wären zwei Wahlabschnitte möglich, findet sich die Allgemeinmedizin auf dem 2. Platz wieder. Die Frage, wie gut die Allgemeinmedizin an den Fakultäten aktuell aufgestellt ist, wird von den Umfrageteilnehmern unterschiedlich beantwortet. Einerseits bewerten viele den Umfang als zu hoch, andererseits hatte ein gutes Drittel noch nie eine regelmäßig stattfindende Lehrveranstaltung und viele erst in den klinischen Semestern.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Die Allgemeinmedizin ist auf einem guten Weg, an den Fakultäten gibt es bereits zahlreiche Institute bzw. Lehrstühle. Die Allge-

meinmedizin muss noch stärker im Curriculum verankert, aber gleichzeitig die Entwicklung des zweiwöchigen Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin und der Pflichtfamulatur in der hausärztlichen Versorgung abgewartet werden. Die Forderung nach einem Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin muss endlich ad acta gelegt werden. Es darf keinen weiteren Zwang im Studium geben!

Einheitlicher Lernzielkatalog/Einheitliche M1-Prüfung:

Fast alle Teilnehmer befürworten die Einführung eines bundesweit einheitlichen, für alle Fakultäten verpflichtenden Lernzielkataloges. Einer bundesweit einheitlichen M1-Prüfung stehen mehr als die Hälfte der Teilnehmer aufgeschlossen gegenüber.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Das Interesse an einheitlicheren Studienbedingungen scheint unter den Medizinstudierenden sehr groß zu sein. Auch wenn die Individualität der Universitäten wünschenswert ist, sollte das Medizinstudium so ausgelegt sein, dass alle Studierenden, egal, ob in Bayern, Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern, gleich ausgebildet sind und überall in Deutschland gleichen Voraussetzungen in die Facharztausbildung starten können.

Praxisbezug/Patientenkontakt:

Viele der Teilnehmer haben erst zu einem sehr späten Zeitpunkt persönlichen Patientenkontakt – ein Drittel der Umfrageteilnehmer erst im 5. Fachsemester. Der Wunsch nach einem früheren Praxisbezug ist sehr groß.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu?

Diese sprechen

Medizinstudium 2020 Plus
Die Ergebnisse sind da!

www.hartmannbund.de
UMFRAGE

ium 2020 Plus"

eiterer Pflicht!

sich bereits seit langem für einen Praxis- und Patientenkontakt zu einem frühen Zeitpunkt im Studium aus. Noch immer lernen die meisten Medizinstudierenden zu spät im Studium und in zu geringem Umfang die „echte“ ärztliche Tätigkeit kennen. Ähnlich den Beispielen einiger Modellstudiengänge sollte der Praxisbezug und der persönliche Patientenkontakt (1:1-Kontakt, Anamneseerhebung, klinische Untersuchung etc.) studienbegleitend möglich sein. Außerdem sollte es mehr Kleingruppenunterricht, mehr interaktive Lehre und noch mehr Wahlmöglichkeiten geben.

Promotion/Wissenschaftliche Kompetenz: Viele der Umfrageteilnehmer arbeiten an einer Promotion, viele haben bereits eine abgeschlossen und fast alle wollen dies noch tun. Viele der Befragten sind allerdings der Meinung, dass ihre im Studium erlangten wissenschaftlichen Kompetenzen für die spätere ärztliche Tätigkeit nicht ausreichen werden. Der Anteil von Lehrveranstaltungen zur Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz wird als zu niedrig eingeschätzt. Den Vorschlag des Wissenschaftsrates, eine verpflichtende wissenschaftliche Forschungsarbeit einzuführen, lehnt die Mehrheit ab.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Die Studierenden sollten in die Lage versetzt werden, eine fundierte wissenschaftliche Arbeit schreiben zu können, wenn sie es wollen. Es sollte eher auf eine umfangreichere theoretische und praktische Unterstützung der promotionswilligen Studierenden gesetzt werden. Denkbar wären Promotionsmodelle, die sowohl die unterschiedlichen Bedürfnisse der klinischen Forschung und der Grundlagenforschung erfüllen, als auch die unterschiedlichen Interessen der Studierenden berücksichtigen.

Zulassungsverfahren: Egal, ob Regel- oder Modellstudiengang, entscheidend war den Medizinstudierenden bei ihrer Bewerbung, dass sie einen Studienplatz erhalten. Die gute Lehre einer Universität ist zwar wichtig, aber genauso entscheidend ist der Aufbau und Inhalt der jeweiligen Auswahlverfahren an den Universitäten. Geht es um die Zulassungsvoraussetzungen, soll die Abiturnote auch weiterhin Berücksichtigung finden, aber fast genauso wichtig sind Faktoren wie das Persönlichkeitsprofil des Bewerbers, Berufsausbildung und -erfahrungen sowie soziales Engagement. Ein klares „Nein“ kam von 70 Prozent der Teilnehmer bei der Frage, ob Bewerber bevorzugt werden sollen, die sich bereit erklären, für einen bestimmten Zeitraum als Hausarzt in unterversorgten Regionen zu arbeiten bzw. sich niederzulassen.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Neben der Abiturnote sollten auch Kriterien wie das Persönlichkeitsprofil der Bewerber, deren Vorbildung und eventuell Berufserfahrung, aber auch das soziale Engagement sehr viel stärker berücksichtigt werden. Zustimmung zum klaren „Nein“ der Umfrageteilnehmer gegen die sogenannte „Landarztquote“.



Termine

Friedrich-Thieding-Preis 2015

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 2015 bewerben.

Für die Bewerbung werden folgende Unterlagen benötigt: ein formloser schriftlicher Antrag mit einer Kurzdarstellung der persönlichen und familiären Situation, ein Nachweis über die Einkommenssituation des Antragstellers, ein Nachweis der Studienausbildung sowie des berufs- und sozialpolitischen Engagements. Der Preis ist mit 1000 Euro dotiert und wird im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes im November 2015 verliehen.

Ihre Bewerbung richten Sie an: Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Kurfürstenstraße 132, 12587 Berlin. Einsendeschluss ist der 15. Juli 2015. Die eingereichten Unterlagen werden natürlich vertraulich behandelt. Weitere Fragen? Dann rufen Sie an: 030-206 208 53 oder schreiben eine E-Mail an hb-info@hartmannbund.de.

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

Spätere ärztliche Tätigkeit: Auf dem 1. Platz der Rangliste befindet sich trotz der anhaltenden Kritik, dass die Rolle der Allgemeinmedizin während des Studiums zu gering ist, die Allgemeinmedizin. Auf dem 2. Platz steht die Anästhesiologie, gefolgt von der Kinder- und Jugendmedizin.

Was sagen die Medizinstudierenden im Hartmannbund dazu? Dieses Ergebnis zeigt, dass die Allgemeinmedizin auf einem guten Weg ist – und dies auch ohne einen vorhandenen PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin. Dies bestätigt den Hartmannbund in seiner Meinung, dass auch ohne Zwang und mit viel engagierter Lehre viel erreicht werden kann. (DA)

Zu den Umfrageergebnissen gab es eine ausführliche Berichterstattung in der „Ärzte Zeitung“ mit jeweils zwei Sonderseiten (Ausgaben am 20. und 24. Februar). Dazu und zu den detaillierten Umfrageergebnissen lesen Sie mehr auf www.hartmannbund.de.



Ministeriumsgespräch

Am 14. Januar hatte der Hartmannbund die Möglichkeit, mit Vertretern des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz in den Dialog zum Anti-Korruptionsgesetz zu treten. An dem Gespräch nahmen der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, die Staatssekretärin im Bundesjustizministerium, Dr. Stefanie Hubig, sowie zwei Verwaltungsmitarbeiter und HB-Justiziarin Sabine Haak teil. Auch künftig wollen beide Seiten den Dialog suchen. *Mehr zum Gesetz lesen Sie auf den Seiten 13 bis 15.*



Die Staatssekretärin im Bundesjustizministerium, Dr. Stefanie Hubig, und Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes.
Foto: ©BMJV/Reiner Habig



Im Gespräch: Prof. Steffen Fleßa, Dr. Andreas Tecklenburg, Hans-Joachim Jaap, Hauke Jagau und Dr. Bernd Lücke, Vorsitzender des Hartmannbundes in Niedersachsen (v.l.).

Hartmannbund-Expertengespräch zu Kliniken in Niedersachsen

Angesichts der landesweiten Debatte zur Schließung von Krankenhäusern in Niedersachsen veranstaltete der LV Niedersachsen Ende Januar eine Podiumsdiskussion zum Thema „Kliniken in Niedersachsen – Wirkungen und Nebenwirkungen der Krankenhausfinanzierung“. Gekommen waren etwa 70 Gäste aus Politik, Verbänden und Gesundheitswesen sowie aus der ärztlichen Praxis.

Zur Thematik referierte Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald. Bei der anschließenden Podiumsdiskussion positionierten sich neben den stationären Versorgungsplayern in Hannover – Hauke Jagau, Präsident der Region Hannover und Aufsichtsratsvorsitzender des Klinikums Region Hannover, und Dr. Andreas Tecklenburg, Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover

– auch der von Krankenhausschließungen bedrohte Bürgermeister aus Zeven, Hans-Joachim Jaap, sowie der niedergelassene Facharzt für Gastroenterologie und HB-Landeschef, Dr. Bernd Lücke.

Fazit: Eine Klinik vor Ort bedeutet nicht automatisch qualitativ hochwertige Medizin, aber eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung mit intelligenten und innovativen Strukturveränderungen unter Einbeziehung der vorhandenen (Krankenhaus-)Infrastruktur muss gefordert werden. Denkbar wäre, Notfälle und kleine Eingriffe künftig in ambulanten Versorgungseinheiten (z.B. Notfallambulanzen, Gesundheitszentren mit (Kurzzeit-)Pflegebereich) zu erbringen. Alle anderen Notwendigkeiten sollen in ärztlich und technologisch gut ausgestatteten Häusern erbracht werden.

Hessischer Verdienstorden für Ingrid Hasselblatt-Diedrich

Seit mehr als vier Jahrzehnten setzt sich Dr. Ingrid Hasselblatt-Diedrich mit großem Engagement für die Gesundheitspolitik und ärztliche Berufspolitik im Bundesland Hessen ein.

Seit 1967 gehört sie dem Hartmannbund, dem ältesten Ärzterverband Deutschlands, an. Von 1988 bis 2005 war sie Vorsitzende des HB-Landesverbandes Hessen, von 1973 bis 1997 Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes und 16 Jahre stellvertretende Vorsitzende des Hartmannbundes.

Ärztlich tätig war die 74-jährige zuletzt als Chefärztin der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen. Neben ihrem Engagement beim Hartmannbund war sie zwei Jahrzehnte

lang Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen. Die gebürtige Frankfurterin hat viele Jahre die Landesärztekammer Hessen im Vorstand der Hessischen Krebsgesellschaft vertreten und ist heute noch Vorstandsmitglied der „Bad Nauheimer Gespräche“. Zudem war sie im Vorstand der Bundesärztekammer und hat als Mitglied des CDU-Bundesfachausschusses Gesundheit an vielen Beratungen und Aktivitäten in der Gesundheitspolitik mitgewirkt. Für ihr bedeutendes Engagement wurde sie 2001 mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Zudem erhielt sie die Paracelsusmedaille der Bundesärztekammer.



Dr. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

Dr. Rudolf Fitzner ist seit 1997 HB-Landesvorsitzender Berlin. Von 2005 bis 2013 war er Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes. Ärztlich tätig war der 67-Jährige zuletzt als stellvertretender Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Pathobiochemie/Campus Benjamin Franklin der Charité.



HB-Landesvorsitzende im Interview: Berlin

Hartmannbund spielt eine wichtige Rolle

Der Hartmannbund Berlin ist in diesem Jahr bei den Kammerwahlen zur Neubesetzung der Ärztekammer Berlin wieder mit einer eigenen Liste angetreten – und dies mit großem Erfolg. Der Hartmannbund konnte aus dem Stand drei eigene Sitze holen und PD Dr. Uwe Torsten, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie am Vivantes Klinikum in Neukölln und stellvertretender Vorsitzender des Berliner Hartmannbundes, wurde mit 30 Stimmen als Mitglied in den Vorstand der Berliner Ärztekammer gewählt. Was waren die entscheidenden Beweggründe für diesen Erfolg?

Wir haben uns in Berlin ganz bewusst für unseren eigenen – den „Hartmannbund-Weg“ entschieden. Als der Verband für alle Ärztinnen und Ärzte sind wir in unserer Arbeit generationsübergreifend, fachübergreifend, ambulant und stationär und das Bindeglied der fachärztlichen Berufsverbände. Dieses starke Profil unserer eigenen Verbandsarbeit wollten wir wieder stärker und offensiver nutzen und sahen hier die Möglichkeit, unsere Durchsetzungskraft in der Koalition mit befreundeten Listen und der Entscheidung zur eigenen Liste insgesamt auszubauen. Gleichzeitig wurden wir im Vorfeld der Wahl von vielen Mitgliedern angesprochen und bestärkt, diesen Schritt zu wagen. Dies ist uns mit großem Erfolg gelungen.

Wo sehen Sie die großen Herausforderungen und Chancen für den Hartmannbund Berlin in der Landesärztekammer?

Wir spüren es alle in unserer täglichen ärztlichen Arbeit: Der gesellschaftliche und ökonomische Druck wird ständig verschärft. Um uns als ärztliche Gemeinschaft auf der politischen Bühne Gehör zu verschaffen und nachhaltige Verände-

rungen zu erwirken, brauchen wir eine nach außen und innen zusammenstehende gefestigte ärztliche Vertretung. Dieser Grundgedanke ist im Hartmannbund Programm. Wir leben eine politische Arbeit im Austausch über alle ärztlichen Berufsgruppen und Berufsausübungsformen hinweg, unsere Positionen fußen auf einem breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft. Deshalb sehen wir hier unsere große Stärke und die Chance, eine inhaltliche Führungsrolle übernehmen zu können, um diesen Kerngedanken noch stärker als bisher auch in die Arbeit der Ärztekammer einzubringen.

Eine erste Herausforderung haben wir bereits gemeistert, denn die 28-köpfige Liste Hartmannbund hat aus dem Stand 6,8 Prozent und damit drei Mandate für die Delegiertenversammlung gewonnen. Anteilsmäßig erreichten wir mit Dr. Uwe Torsten einen Sitz im neuen Ärztekammervorstand und werden voraussichtlich in allen Gremien und Ausschüssen beteiligt sein. Dazu gehört auch das Anrecht, einen Delegiertensitz beim Deutschen Ärztetag einnehmen zu können. Die Konstellation der Mehrheitskoalition und unsere Beteiligung als Landesverband hat sich im Vergleich zu vorher nicht verändert, der Unterschied liegt allerdings in der medialen Darstellung und der Wahrnehmung der Tätigkeiten unserer Gremienvertreter als Mitglieder der Liste Hartmannbund. Ich wage einen Blick in die Zukunft: Perspektivisch könnte bei analogem Verhalten aller unserer Landesverbände eine Fraktion Hartmannbund im Deutschen Ärztetag entstehen.

Sie können auf mehrere Jahrzehnte Hartmannbund-Geschichte zurückblicken. Das Gesicht

des Verbandes hat sich in den vergangenen Jahren erkennbar verändert. Wo sehen Sie den Verband in zehn Jahren?

Zu unserer großen Freude haben sich viele junge Kolleginnen und Kollegen und Medizinstudierende in den letzten Jahren für eine Mitgliedschaft im Hartmannbund entschieden. Dies bietet für uns ein großes Potenzial, unsere Arbeit zukunftsfähig zu gestalten und bringt „frischen Wind“ in die interne berufspolitische Auseinandersetzung. Daraus entsteht aber auch die Verantwortung, die Themen dieser Gruppe wie die Qualität der Weiterbildung, die Schaffung lebens- und familienfreundlicher Arbeitsbedingungen und die Chancengleichheit am Arbeitsplatz stärker in die Gremienarbeit einzubeziehen. Besonders wichtig ist es uns außerdem, den jungen Ärzten die Arbeit und die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung nahezubringen und diese transparent zu machen. Denn zur Durchsetzung unserer Interessen brauchen wir eine starke ärztliche Selbstverwaltung und viele aktive Mitstreiter. Jeder muss sich dieser Verantwortung bewusst sein, der Erfolg entsteht stets als Teamleistung.

Mit dem Blick nach vorn sehe ich einen starken Hartmannbund, der seine wichtige Rolle als der einzige Verband für alle Ärztinnen und Ärzte in allen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung wahrnimmt und damit entscheidend das „Arzt-Sein“ auch in Zukunft mitgestaltet. In Berlin sind wir in dieser Zukunft – als starkes Landesteam – in einem ersten Schritt bereits angekommen!

Sehr geehrter Herr Dr. Fitzner, wie danken Ihnen für dieses Gespräch.

Der Hartmannbund bei den Kammerwahlen

Erfolgreiche Auftritte und gute Ergebnisse auch mit eigenen Hartmannbund-Listen

In den vergangenen Monaten trat der Hartmannbund bundesweit bei verschiedenen Kammerwahlen an: in Nordrhein, Westfalen-Lippe, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Baden-Württemberg. Hier ein Überblick.

Kammerwahlen in Westfalen-Lippe: Mit sieben Delegierten ist der Hartmannbund in Westfalen-Lippe in die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer eingezogen. Wie in der Legislaturperiode zuvor ist auch dieses Mal der Hartmannbund-Vorsitzende, Dr. Klaus Reinhardt, zum Vizepräsidenten gewählt worden. LÄK-Präsident ist auch weiterhin Dr. Theodor Windhorst. Die Kammerwahl in Westfalen-Lippe hat nur wenig an den bisherigen Mehrheitsverhältnissen geändert. Im Ergebnis sind die Verhältnisse stabil geblieben.

Kammerwahlen in Berlin: In Berlin ist der Hartmannbund erstmals wieder mit einer eigenen Liste angetreten und konnte aus dem Stand drei eigene Sitze gewinnen. Die Delegierten der Hartmannbund-Liste sind der Radiologe PD Dr. Dietrich Banzer (Listensprecher), der FA für Psychosomatische Medizin Dr. Dietrich Bodenstein und der Radiologe Dr. Detlef Köhler. In der konstituierenden Sitzung des Ärzte-Parlaments der Berliner Ärztekammer wurde PD Dr. Uwe Torsen, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie am Vivantes Klinikum in Neukölln und gleichzeitig stellvertretender Vorsitzender des Berliner Hartmannbundes, mit 30 Stimmen als Mitglied in den Vorstand der Berliner Ärztekammer gewählt.

Wahlen zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg: Bei den im Herbst 2014 stattgefundenen Wahlen haben die gut 15.000 wahlberechtigten Hamburger Ärztinnen und Ärzte über die 55 Mitglieder der Delegiertenversammlung für die nächsten vier Jahre abgestimmt. Der Hartmannbund konnte mit seinem Landesvorsitzenden, Dr. André Rensch, seinen Sitz in dem



Nach der Kammerwahl in Westfalen-Lippe steht auch weiterhin das Duo – Dr. Klaus Reinhardt (Vizepräsident) und Dr. Theodor Windhorst (Präsident) – an der Spitze der Landesärztekammer. Foto: LÄK Westfalen-Lippe

obersten Gremium der Ärztekammer verteidigen und ist damit auch in dieser Legislaturperiode in der Delegiertenversammlung vertreten. Als Präsident der Ärztekammer Hamburg wurde Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery im Amt bestätigt. Die Wahlbeteiligung lag bei nur 40 Prozent und damit noch einmal zwei Prozentpunkte unter der aus dem Jahr 2010.

Wahlen zur Kammerversammlung in Mecklenburg-Vorpommern: Die ca. 10.000 wahlberechtigten Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern haben im November 2014 über die Mitglieder der 75-köpfigen Kammerversammlung entschieden. Neben dem HB-Landesvorsitzenden in Mecklenburg-Vorpommern, DM Bernd Helmecke (Wahlkreis Parchim), der in die Kammerversammlung wiedergewählt wurde, schaffte das HB-Landesvorstandsmitglied Thomas Hanff (Wahlkreis Demmin) erstmals den Einzug in das Gremium. Angeführt wird die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auch in den nächsten vier Jahren von Dr. Andreas Crusius, der bereits seit ihrer Gründung (1990) das

Präsidentenamt inne hat. Einen Rückgang gibt es bei der Wahlbeteiligung zu beklagen, wo mit 5.007 Stimmabgaben nur noch jede/r zweite Ärztin/Arzt im Land von seinem Wahlrecht Gebrauch gemacht hat (2010: 52 Prozent).

Kammerwahlen Nordrhein: Erstmals trat der Hartmannbund in Nordrhein mit einer eigenen Liste an und zog direkt mit einem Sitz in die Kammerversammlung ein. „Faire Poolbeteiligung jetzt!“ lautete der Listenname. Der stellvertretende Landesvorsitzende des Hartmannbundes, Sebastian Exner, ist nun die Stimme des Hartmannbundes im nordrheinischen Kammerparlament. Landesvorstandsmitglied Dr. Joachim Wichmann ist Mitglied des Kammervorstandes. Rudolf Henke bleibt Kammerpräsident.

Kammerwahlen Baden-Württemberg: Die Kammerwahlen haben im Herbst 2014 stattgefunden, die Auswertung Anfang 2015. HB-Mitglieder haben sich auf verschiedenen Listen aufstellen lassen. Insgesamt haben es 19 HB-Mitglieder in die Delegiertenversammlung geschafft, davon fünf HB-Mandatsträger.

Der Hartmannbund im Jahr 2015

118. Deutscher Ärztetag und Hauptversammlung stehen im Mittelpunkt

Das Jahr 2015 verspricht viele spannende ärztliche Themen wie das Versorgungsstärkungsgesetz, das angekündigte E-Health-Gesetz, das Anti-Korruptionsgesetz, aber auch Themen wie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte und Assistenzärzte oder der Dauerbrenner „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“. Auch verbandsintern wird jede Menge bewegt. Hier ein Überblick über die Termine des ersten Halbjahres.

März: 22. März Sitzung des Arbeitskreises „Ambulante Versorgung“ (Berlin)

April: 10./11. April Delegiertenversammlung Landesverband Niedersachsen (Göttingen); 17./18. April Gemeinsame Delegiertenversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (Quedlinburg); 18. April Delegiertenversammlung Landesverband Bayern; 18./19. April Sitzung Ausschuss Medizin-studierende (Berlin); 22. April Delegier-

tenversammlung Landesverband Brandenburg (Potsdam); 24. April Sitzung des Geschäftsführenden Vorstands (Berlin); 24./25. April Delegiertenversammlung Landesverband Baden-Württemberg; 25. April Delegiertenversammlung Landesverband Hessen

Mai: 6. Mai Delegiertenversammlung Landesverband Hamburg; 9. Mai Delegiertenversammlung Landesverband Rheinland-Pfalz; 9. Mai Sitzung des Geschäftsführenden Vorstands am Rande des Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main; 10. Mai Sitzung des Gesamtvorstands in Frankfurt am Main; 12. bis 15. Mai Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main; 30. Mai Delegiertenversammlung Landesverband Berlin

Juni: 6. Juni Delegiertenversammlung der Landesverbände Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern in Wismar; 13. Juni Delegiertenversammlung Landesverband Nordrhein; 30. Juni Parlamentarischer Abend des Hartmannbundes gemeinsam mit der Allianz deutscher Ärzteverbände (Berlin)

Juli: 1. Juli Sitzung des Geschäftsführenden Vorstands (Berlin)

Bereits stattgefunden haben: Klausurtagung des Geschäftsführenden Vorstands am 16. Januar (Berlin); Sitzungen des Arbeitskreises V „Assistenzärzte“ sowie des Arbeitskreises III „Gesundheitsdienste“ am 20./21. Februar in Frankfurt am Main (zum Teil gemeinsame Sitzung); Sitzung des Geschäftsführenden Vorstands am 27. Februar (Berlin)

Höhepunkte des Jahres

Einer der ärztlichen Höhepunkte des Jahres 2015 ist der Deutsche Ärztetag (DÄT), der zum 118. Mal stattfindet – vom 12. bis zum 15. Mai in Frankfurt am Main. Am 12. Mai wird der DÄT in der traditionsreichen Frankfurter Paulskirche eröffnet, bis zum 15. Mai finden die Plenumsitzungen statt. Teilnahmeberechtigt an den Plenarsitzungen des DÄT sind die Delegierten und – soweit die räumlichen Verhältnisse es gestatten – alle deutschen Ärztinnen und Ärzte, die sich als solche ausweisen können.

Die Hauptversammlung des Hartmannbundes findet in diesem Jahr erstmalig Anfang November statt – am 6. und 7. November 2015 in Berlin.

Nachruf: In Erinnerung an Michael Eichhorn



Wir gedenken Dr. med. Michael Eichhorn, der am 31. Oktober 2014 verstarb. Dr. Eichhorn war Oberarzt am Institut für diagnostische und interventionelle

Radiologie und Nuklearmedizin der Ruhr-Universität Bochum am Marienhospital Herne. Mehr als 25 Jahre war er Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin und zugleich Ärztlicher Direktor des Marienhospitals.

Er übernahm Verantwortung in vielen Gremien des Hartmannbundes: Von 1993 bis 2009 war er Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands im Hartmannbund.

Delegierter zur Hauptversammlung war er in den Jahren 2009 bis 2013. Von 1997 bis 2006 war er Vorstandsmitglied der Friedrich-Thieding-Stiftung, deren Vorsitz er in den Jahren 2006 bis 2010 inne hatte.

Dr. Michael Eichhorn wird uns als geschätzter Kollege und als engagierter Mitstreiter unseres Verbandes in steter Erinnerung bleiben.

Der Hartmannbund

Anzeige

**Neukönigsförder
Mineraltabletten® NE**

- ausgewogen kombiniert
- mineralspezifische Freisetzung

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

Die Einkünfte des Arztes...

...und deren steuerliche Einordnung



Der Autor Daniel Dommenn (Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen. Er ist Systematischer Prozessbegleiter Heilberufe und Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH).
Kontakt: advisa.berlin@etl.de, www.steuerberater-advisa-berlin.de, Tel.: 030-280 922 00

Ärzte, die in eigener Praxis oder als Gesellschafter einer (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, erzielen in aller Regel ausschließlich Einkünfte aus selbständiger Arbeit. Dazu gehören nicht nur die Gewinne aus ihrer originären haus- oder fachärztlichen Tätigkeit. Auch wenn sie in einem Krankenhaus als Belegarzt tätig werden, honorar- oder konsiliarärztliche Tätigkeiten erbringen oder für Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger oder Gerichte Gutachten erstellen, sind die damit erzielten Einnahmen den Einkünften aus selbständiger Arbeit zuzurechnen.

Nicht so klar ist die Abgrenzung zwischen einer abhängigen Beschäftigung und einer selbständigen Tätigkeit, wenn niedergelassene Mediziner auf Honorarbasis ärztliche Bereitschaftsdienste übernehmen, z.B. Nachtdienste in einer Belegklinik, um Patienten während ihres

stationären Aufenthaltes über Nacht zu betreuen. Soweit die Ärzte nicht als Arztvertreter der einzelnen Belegärzte tätig werden, sondern die Belegklinik sie direkt beauftragt, sehen die Sozialgerichte darin eine arbeitnehmerähnliche Tätigkeit (Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 17. April 2014, L 1 KR 405/12).

Das hat zur Folge, dass die Honorärärzte der Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung unterliegen. Das gilt auch für die gesetzliche Rentenversicherung, denn eine Befreiung von dieser zugunsten einer Versicherung im ärztlichen Versorgungswerk muss für jede Beschäftigung/jeden Arbeitgeber separat beantragt werden. Ob die Finanzverwaltung und die Finanzgerichte die Auffassung der Sozialgerichtsbarkeit teilen, steht jedoch auf einem anderen Blatt. Die steuerliche Beurteilung muss nicht zwingend der sozialrechtlichen folgen, so dass sich für niedergelassene Ärzte, die ärztliche Bereitschaftsdienste auf Honorarbasis übernehmen, die steuerliche Zuordnung ihrer Honorare zu den Einkünften aus selbständiger Arbeit nicht unbedingt ändert. Sie müssen jedoch damit rechnen, dass künftige Honorarverträge über ärztliche Bereitschaftsdienste nicht mehr über eine freie Mitarbeit, sondern über eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abgeschlossen werden.

Ärzte, die in einem Krankenhaus angestellt sind, erzielen dagegen regelmäßige Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit. Bei Chefärzten kann es jedoch anders sein. Wenn sie beispielsweise wahlärztliche Leistungen oder Gutachtertätigkeiten erbringen, können auch sie Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit erzielen. Welche Einkunftsart bei wahlärztlichen Leistungen vorliegt, hängt davon ab, mit wem der Patient den Behandlungsvertrag abschließt und wer die Liquidation für die erbrachten Heilbehandlungen vornimmt. Wird der Behandlungsvertrag vom Krankenhaus abgeschlossen und abgerechnet, erzielt der Chefarzt Einnahmen aus nichtselb-

ständiger Arbeit. Schließt der Chefarzt die Behandlungsverträge hingegen direkt mit dem Patienten ab und liquidiert er auch selbst, ist in der Regel von einer selbständigen Tätigkeit auszugehen.

Ähnlich sieht es bei Gutachtertätigkeiten aus. Beauftragt das Krankenhaus den Chefarzt, erzielt er damit in der Regel Arbeitslohn. Erteilen dagegen die Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften einen Gutachterauftrag, muss geprüft werden, wer beauftragt wird. Ein Chefarzt erzielt selbständige Einkünfte, wenn er beauftragt wird, die Gutachten in seinem Namen und auf eigenem Briefkopf erstellt und dem Krankenhaus sogar ein Entgelt für die Benutzung von Krankenhauseinrichtungen zahlt, die für die Erstellung notwendig sind. Geht der Auftrag hingegen an die Klinik, die den Gutachterauftrag nur an den Chefarzt weiterleitet und wird die gutachterliche Tätigkeit unter Mitwirkung der Klinik abgerechnet, spricht vieles für Arbeitslohn.

Das Risiko einer falschen steuerlichen bzw. sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung einer Tätigkeit trägt vor allem der Arbeitgeber. Zwar schuldet der (Chef) Arzt die Einkommensteuer und den Arbeitnehmeranteil zur Sozialversicherung. Doch der Auftraggeber/Arbeitgeber haftet, wenn die Lohnsteuer und die Sozialabgaben nicht korrekt einbehalten und abgeführt werden. Vom Arbeitnehmer kann der Arbeitgeber nur den Arbeitnehmeranteil der letzten drei Monate nachfordern. Für länger zurückliegende Zeiträume muss er den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil allein tragen.

Hinweis: Der Fiskus und die Sozialversicherungsträger haben verschiedene Möglichkeiten, den korrekten sozialversicherungsrechtlichen Status und die zutreffende Zuordnung der Einkünfte zu überprüfen. Neben den regelmäßigen Prüfungen der Deutschen Rentenversicherung und Betriebsprüfungen (zum Beispiel Lohnsteuerausprüfung) können Finanzbeamte auch ohne Ankündigung zu einer Lohnsteuer-Nachschau erscheinen und Einsicht in Lohn- und Gehaltsunterlagen und andere Aufzeichnungen nehmen. Entdeckt der Prüfer dabei Ungereimtheiten, kann er ohne weitere Verzögerung und vorherige Prüfungsanordnung mit einer Lohnsteuerausprüfung beginnen.

Steigenberger Hotel Group

Hotellerie made in Germany begeistert weltweit



Hotellerie made in Germany – Steigenberger begeistert weltweit. Erfahren Sie mehr über die Hotels der Steigenberger Hotel Group und Ihre Vorteile, die Sie als Mitglied des Hartmannbundes genießen.

Seit mehr als 85 Jahren steht der Name Steigenberger für europäische Spitzenhotellerie, für Gastlichkeit und erstklassigen Service. Die Häuser der Steigenberger Hotel Group bieten Ihnen durch ihre Vielfältigkeit genau das, was Sie suchen – die Steigenberger Hotel Group begeistert mit 70 Hotels in Deutschland, aber auch über die Landesgrenzen hinaus, so zum Beispiel in der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Ägypten und auch in China.

Als Mitglieder des Hartmannbundes heißen wir Sie in unseren Hotels zu den Verbandsraten willkommen, dass bedeutet, Sie können in nahezu allen unseren Häusern Zimmer zu Vorteilspreisen buchen. Dies ist ganz einfach und bequem in nur vier Schritten online möglich, mit folgendem Buchungscode CINV55 oder auch per Telefon.

Alle Durchwahlen zu den Reservierungsabteilungen finden Sie direkt in der Sonderpreispreisliste des Hartmannbundes, die auf der Website www.hartmannbund.de unter Leistungen/Services/Hotelbuchungen abgelegt ist.

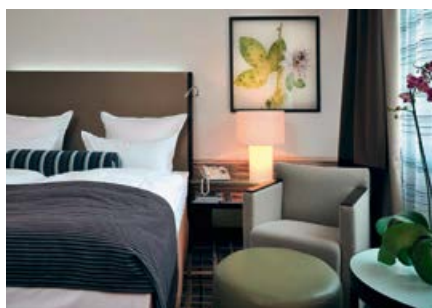
Unter der Dachmarke Steigenberger Hotel Group stehen den Hartmannbund-Mitgliedern zwei Marken zur Auswahl, die genau auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt sind. Die insgesamt 38 InterCityHotels sind direkt an den Verkehrsknotenpunkten ICE-Bahnhof und Flughafen gelegen. InterCityHotels bieten eine zentrale Lage, optimale Verkehrsanbindungen und eine moderne Business-Ausstattung zu moderaten Preisen. Bereits im Zimmerpreis enthalten ist das „FreeCityTicket“, das zur kostenlosen Nutzung des Nahverkehrs berechtigt.

Die Steigenberger Hotels und Resorts mit insgesamt 52 individuellen Luxus-

hotels, teils in historischen Gebäuden, finden sich an exzellenten Standorten in Citylagen und attraktiven Urlaubsregionen. Sie bieten Reisenden aus aller Welt ein Zuhause auf Zeit. In Großstädten sind die eleganten Häuser die ersten Adressen für anspruchsvolle Geschäftsreisen und

Städtetrips. Urlaubern bieten die Hotels erstklassige Spa-Einrichtungen und ein vorzügliches gastronomisches Angebot.

Die Steigenberger Hotel Group freut sich, die Hartmannbund-Mitglieder in einem der Hotels und Resorts begrüßen zu dürfen.



In den Bildern zu sehen sind (von links): Blick in ein Zimmer des Steigenberger Hotel Berlin sowie in den Bistro-Bar-Bereich im InterCityHotel Berlin-Hauptbahnhof.



Vorsorgeprodukt „Relax-Rente“ Bietet Sicherheit, aber auch Rendite



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

Wer heute seine 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 bessere Renditechancen, aber auch höhere Risiken. Wie kann dieses Dilemma gelöst werden?

Die Antwort einiger Versicherer, wie auch der Deutschen Ärzteversicherung als Spezialanbieter für die akademischen Heilberufe, sind Indexpolices wie die „Relax Rente“, die eine der klassischen Rentenversicherung vergleichbare Sicherheit beinhalten – durch die Partizipation an einem Aktienindex aber eine attraktive Chance auf Rendite ermöglichen.

Das Grundprinzip

Das Geld des Kunden kommt in den Deckungsstock des Versicherers, wobei es für den Kunden keinen garantierten Mindestzins gibt, aber die Zusicherung, dass

er am Ende der Ansparphase seine eingezahlten Beiträge mindestens und garantiert zurückbekommt.

Die zweite Komponente sind die Überschüsse, die der Versicherer erwirtschaftet. Der Kunde kann sich entscheiden, ob er einen vom Versicherer festgelegten Zins bekommen oder sich am Aktienmarkt betätigen möchte. Wichtig – in beiden Fällen sind Verluste ausgeschlossen. Entscheidet er sich für den Aktienmarkt (Indexbeteiligung), ergibt sich die Rendite durch die Addition der monatlichen Index-Ergebnisse die – in guten Monaten – der Kunde allerdings nicht in vollem Umfang erhält. Die monatliche Rendite ist durch einen jährlich neu festgelegten Cap gedeckelt als Preis dafür, dass in Minusjahren des Index der Kunde nicht belastet wird. Das Guthaben ist dadurch geschützt.

„Relax Rente“ positiv angenommen

Das zu Beginn des Jahres 2014 eingeführte Produkt „Relax Rente“ der Deutschen Ärzteversicherung wurde von den Kunden gut angenommen und hat sich im Markt etabliert. Das bestätigt auch die aktuelle Studie des „Institut für Vorsorge und Finanzplanung“ (IVFP), das die in Deutschland angebotenen Indexpolices einer ausführlichen Analyse unterzogen hat. Im Rahmen dieser Studie hat das IVFP auch die neue Produktreihe „Relax Rente“ der Deutschen Ärzteversicherung detailliert untersucht. Im Urteil der Experten

hat die „Relax Rente“ die höchstmögliche Auszeichnung „Sehr gut“ erhalten. Ein Zitat aus der Studie: „Das Produkt Relax Rente ... schneidet bei diesem Marktvergleich überdurchschnittlich ab.“ Bei den speziellen Index-Prüfpunkten – frühestmögliche Indexpartizipation, aktueller durchschnittlicher Cap und Art der Überschussverwendung bei fehlender Weisung durch den Versicherungsnehmer ist das Produkt besser als der Markt.

Auch staatliche Förderung möglich

Die oben genannten Beurteilungen gelten für die gesamte Produktlinie, also sowohl für die Basisrente, Riester-Rente, private Rentenversicherung als auch in der betrieblichen Altersvorsorge (Direktversicherung). Dazu kommt, dass durch die sehr geringe Abhängigkeit des Optionspreises von Kapitalmarktfaktoren das Produkt sich von anderen Angeboten abhebt. Ein weiteres Zitat aus der Studie: „Im Gegensatz zu den marktüblichen indexgebundenen Rentenversicherungen erfolgt bei der Produktreihe Relax Rente ... eine Zuteilung von Schlussüberschüssen von aktuell 0,9 Prozent p.a.“

Neben der privaten Altersvorsorge können die Kunden der Deutschen Ärzteversicherung auch die Möglichkeiten der staatlichen Förderung für ihre Altersvorsorge nutzen. Aufgrund der Erhöhung des Förderrahmens Anfang 2015 wurde die Basisrente dadurch besonders attraktiv.



Neue HB-Kooperation mit Thieme Verlag

20 Prozent Rabatt auf Magazin „Lege artis“



Ärztliche Berufseinsteiger haben in der Regel eines gemeinsam: viele offene Fragen. Eine Reihe dieser Fragen stellt sich ganz unabhängig vom Fachgebiet – etwa, wenn es um Themen wie Patientenaufklärung, Übernahmeverschulden oder den persönlichen Umgang mit Behandlungsfehlern geht. Und auch in medizinischer Hinsicht gibt es viele Querschnittsthemen, die man rasch beherrschen sollte.

„Lege artis – Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung“ wendet sich an fortgeschrittene Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung – mit praxisrelevanten Themen in anschaulicher Aufbereitung und vielen Tipps und Tricks für den ärztlichen Alltag.

Neben leserfreundlich aufbereiteten Übersichtsarbeiten bietet „Lege artis“ Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Kasuistiken und Diagnose-Rätsel. Priorität in allen medizinischen Fachbeiträgen hat der hohe Praxisbezug. Ausgewiesene Experten bündeln das relevante Wissen und unterstützen die Leser mit konkreten Handlungsanweisungen.

Die Online-Ausgabe der „Lege artis“ hält zusätzliche Übersichtsartikel bereit: Diese werden im Magazin kurz vorgestellt und können – je nach individuellem Fach-Interesse – online komplett abgerufen werden. Neben Beiträgen zu Diagnostik und Therapie greift die Zeitschrift systematisch weitere relevante Themen auf. Die Rubriken „Recht“, „Kommunikation“ und „Selbstmanagement“ zeigen zum Beispiel wie man schlechte Nachrichten überbringt, sich gegen Kunstfehler versichert, mit aggressiven Patienten fertig wird, wie man jugendliche Patienten aufklärt oder die eigene Altersvorsorge optimiert und vieles mehr.

Ein Highlight jeder Ausgabe sind die „Schlüsselerlebnisse“. Hier berichten Assistenzärzte über persönliche und

einschneidende Berufserfahrungen. Am Ende steht der Kommentar eines erfahrenen Kollegen – mit Tipps für die Leser, wie diese sich in ähnlichen Situationen verhalten können. Profitieren Sie unmittelbar von den Erfahrungen Ihrer Kollegen!

Für die inhaltliche Qualität aller medizinischen Beiträge sorgt ein Gremium namhafter Herausgeber, die sich seit langem in der ärztlichen Weiterbildung engagieren. Ein Leserbeirat aus Weiterbildungsassistenten gewährleistet den intensiven Austausch zwischen Redaktion und Zielgruppe.

Lege-artis-Leser erhalten die Zeitschrift fünf Mal im Jahr – inklusive persönlichem Online-Zugang. Im Online-Archiv können Sie auf alle bisher publizierten Hefte zugreifen – und dies rückwirkend bis zum ersten Jahrgang: Ein wachsender Wissensspeicher, der Sie auf Ihrem Weg zum Facharzt-Status begleiten soll.

Thieme ist marktführender Anbieter

von Büchern, Zeitschriften, elektronischen Medien, Dienstleistungen und Services rund um Medizin und Gesundheit sowie die angrenzenden Naturwissenschaften. Das Familienunternehmen entwickelt mit seinen rund 900 Mitarbeitern weltweit vernetzte Angebote auf Basis von über 150 Fachzeitschriften sowie einem lieferbaren Programm von 4500 Buchtiteln print und online weiter.

Damit spricht der Thieme Verlag sämtliche Akteure im Gesundheitswesen an: von den Medizinstudierenden bis zu den Fachärzten, von Pflegekräften über Hebammen bis zu Physiotherapeuten, von Bibliothekaren über Krankenkassen und Kliniken bis hin zu Gesundheitsinteressierten. Der Name Thieme steht für verlässliche Qualität.

Das bestätigt auch das Verlagsranking des Marktforschungsinstituts InnoFact, bei dem der Thieme Verlag regelmäßig den Spitzenplatz belegt.



Mitglieder des Hartmannbundes können die Zeitschrift „Lege artis“ ab sofort zu Vorzugskonditionen beziehen:

Im Jahresabonnement für 50 Euro statt für 65 Euro (zuzüglich Versandkosten).

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.thieme.de/legeartis

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 Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

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

Mathias Burmeister

Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)

Larissa Gebser

Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)

Eleonore Wagner

Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)

Ingeborg Dinges

Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel

Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner

Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Tanja Bauer

Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

Praxisnachfolge/-immobilie/-inventar

Nachfolge für Privatpraxis in München gesucht

Praxis (Allgemeinmedizin, NHV, Akupunktur) in zentraler Lage (U-Bahn), gut eingeführt, gerne Einarbeitung, von Fachärztin zu verkaufen. Chiffre: 074618.

Nachfolger für Gemeinschaftspraxis

Für große allgemeinmedizinisch-internistisch-hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Krefeld (Schwerpunkte: Naturheilverfahren, Homöopathie, Umweltmedizin, Palliativmedizin und Akupunktur) suche ich aus gesundheitlichen Gründen im Laufe der nächsten zwei bis drei Jahre einen Nachfolger für meinen 70-prozentigen Anteil. Sehr gute Anbindung an die BAB 57, an den ÖPNV, liegt zentrumsnah. Parkplätze, Tageslicht und gehobene Ausstattung. Sehr hoher Privat- und Selbstzahleranteil. Kontakt: per E-Mail unter woestmann-Dr. Ulrich@t-online.de oder telefonisch unter 02151-31 23 63.

Ohne Startkapital: Hausärztlich-internistische Praxis in Altbach/Neckar

Ärztin o. Arzt (Internist/Allgemein-arzt) gesucht für kleinere, gepflegte hausärztliche internistische Praxis in 73776 Altbach/Neckar, Kreis ES. Gute Praxisräume, Garage, Parkplätze, zentrale Lage, Apotheke, Bahnhofsnä-

he. Ohne Startkapital betriebsbereit mit hohem Vergrößerungspotential – Ende 2014/Anfang 2015. Kontakt: Fax-Nr. 07153-896030, E-Mail: dr.w.weidemann@t-online.de

Zahnärztliches Instrumentarium

Aus zahnärztlicher Tätigkeit umfangreiches Instrumentarium sowie Turbinen, Winkelstücke, Artikulatoren, Physio-Dispenser (Chir./Implant) Elektrophoresegerät sowie diverse Kleingeräte zu verkaufen. Auf Anfrage, Preis VHB. Anfragen bitte per E-Mail unter zabehandlgnachf@t-online.de

Präparatschädel abzugeben

Kollege im Ruhestand gibt nur an approbierte Medizinalperson vielen, vollbezahnten, natürlichen Präparatschädel ab. Preis: VHB. Kontakt: elke.allert@t-online.de

Stellenanzeigen

WB Innere Medizin stationär für Allgemeinmedizin

Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr in Vollzeit (ambulante Tätigkeit in gastroenterologischer Praxis mit Belegbetten, komplett anrechenbar für stationäre Weiterbildung) in München, U3/U6 Poccistraße. Keine Nachtdienste. Sono- & Dopplererfahrung wünschenswert. Ab 01.08.2015. Kontakt: Telefon 089-982775-0, Fax -13, E-Mail: FA-Internist@arcor.de

Klinische/r Ärztin/Arzt für den Bereich Palliativmedizin gesucht

Das Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt vorerst befristet für ein Jahr eine/einen klinische/n Ärztin/Arzt (auch in Teilzeit) für den Bereich Palliativmedizin, Facharzt oder in fortgeschrittener Weiterbildung (mind. 2.-3. Jahr) – Kontakt über Herrn Prof. Dr. med. Sven Gottschling, Kontakt: telefonisch unter 06841-16 28 510 oder per E-Mail: sven.gottschling@uks.eu

Assistenzärztin/Assistenzarzt in Teilzeit gesucht

Für alteingesessene Hausarztpraxis in historischem Weinort in der Vorderpfalz gesucht. Geregelter Wochenenddienst durch Notdienstzentralen. Möglichkeit der Praxisübernahme gegeben, jedoch nicht Bedingung. Chiffre: 063978.

Sonstiges

Medizinstudent an der Uni Gießen möchte gerne für das Studienfach Berufsfelderkundung eine Hospitation für zwei Tage bei einem approbierten Arzt durchführen. Ärzte aus dem Raum Gießen/Frankfurt, die dem Studenten helfen möchten, melden sich bitte per E-Mail: kemmerst@googlemail.com

KLEINANZEIGEN – für Mitglieder kostenlos*

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

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

Anzeige

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.



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

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:

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

Anschriften:

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

Verlag:

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

Anzeigenverwaltung:

Christa Bellert

Satz und Lithos:

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

Druck und Vertrieb:

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

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

Erscheinungsort:

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

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

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

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

Bildnachweis:

Hartmannbund

Titelfoto:

© diego1012 – Fotolia.com

Icons:

© venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Immer mehr Ärztinnen an Krankenhäusern

Das ärztliche Personal in Krankenhäusern ist zunehmend weiblich: Im Jahr 2013 waren von 165.000 Mitarbeitern im ärztlichen Dienst 46 Prozent Frauen. 2004 stellten sie gerade mal 37 Prozent, teilt das Statistische Bundesamt mit. Während 2013 mehr als die Hälfte (56 Prozent) der Assistenzärzte weiblich war, betrug der Frauenanteil an den Oberärzten 28 Prozent und an den leitenden Ärzten zehn Prozent. Gegenüber 2004 ist der Frauenanteil in allen Hierarchiestufen gestiegen: der Anteil der Assistenzärztinnen um zehn Prozent, der Anteil der Oberärztinnen um sechs Prozent und der Anteil der Ärztinnen in leitenden Positionen um drei Prozent.

Neue GOÄ könnte im Oktober 2016 starten

Die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) soll gemeinsamen Planungen der Bundesärztekammer (BÄK) und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zufolge am 1. Oktober 2016 in Kraft treten. Das sagte der Vorsitzende des BÄK-Ausschusses „Gebührenordnung“, Theodor Windhorst, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat mehrfach angekündigt, die GOÄ in dieser Legislaturperiode novellieren zu wollen.

Krankenkassen machen 2014 eine Milliarde Minus

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im vergangenen Jahr einen Ausgabenanstieg von fünf Prozent und damit etwa eine Milliarde Euro Defizit verzeichnet. Hauptgrund für die gestiegenen Ausgaben seien laut einer Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vorrangig Einmaleffekte wie Prämienzahlungen an Versicherte in Höhe von rund 700 Millionen Euro und freiwillige Satzungsleistungen von rund 260 Millionen Euro.



mehr auf
www.hartmannbund.de

Anzeige

ETL | Medizinrecht



WIR MACHEN
MEDIZINRECHT

Schnelle und unkomplizierte Hilfe: Tel.: (0800) 724 17 76

Weitere Infos finden Sie unter www.etl-rechtsanwaelte.de/medizinrecht

Weil auch Wertpapiere
auf Herz und Nieren
geprüft werden wollen.

Unser kostenloser
apoDepotCheck.

Jetzt neu:
apobank.de/
video-beratung

Nutzen Sie jetzt den Check-up für Ihre Finanzen. Lassen Sie Ihre gesamten Vermögensanlagen von unseren Experten professionell durchleuchten – ganz gleich, wo Sie Ihr Depot führen.

- Strukturen überprüfen
- Chancen nutzen
- Vermögen optimieren

Profitieren Sie jetzt von unserem kostenlosen apoDepotCheck!

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



Alexandra Pernice, Internistin



IHRE **VORTEILE** ALS HARTMANNBUND **MITGLIED**

Neben unserem großen Beratungsangebot an berufs-, steuer- und tarifrechtlichen Fragen bietet der Hartmannbund auch ein breit-gefächertes 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, service@hartmannbund.de

www.hartmannbund.de



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands