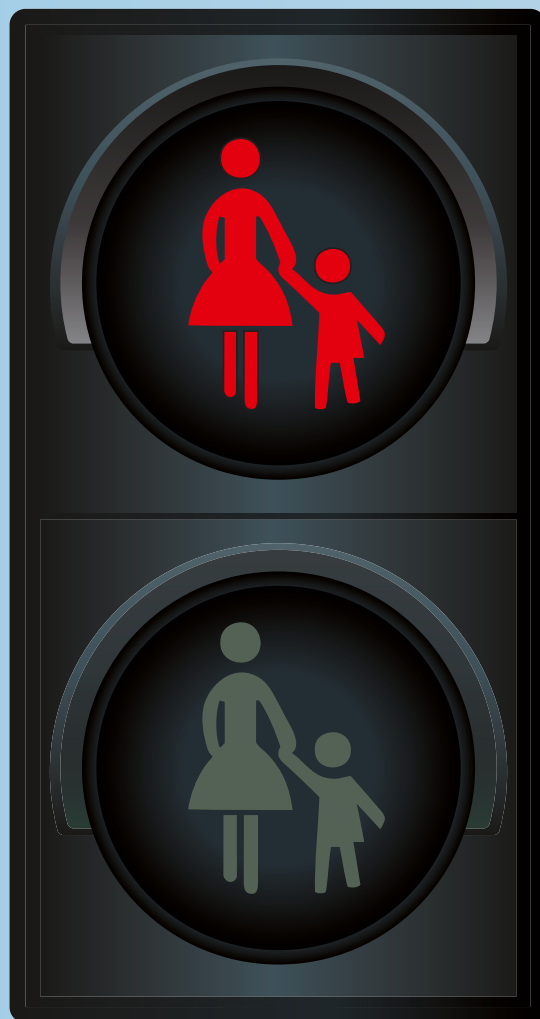


02/2014

Hartmannbund Magazin



Faire Chancen im Arztberuf?
Worauf Frauen (noch) vergeblich warten

IHRE VORTEILE ALS HARTMANNBUND MITGLIED

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

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

Weitere Informationen:
030 20620841, service@hartmannbund.de
www.hartmannbund.de



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen*

mal Hand aufs Herz. Haben Sie nicht manchmal auch den Eindruck, über das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, über Chancengleichheit junger Akademikerinnen gegenüber ihren männlichen Kollegen oder über die Notwendigkeit flexibler Arbeitszeitmodelle ist eigentlich alles gesagt? Glauben Sie nicht auch, es ist viel erreicht und alles auf einem guten Wege? Welcher (männliche) Kollege erwischt sich – bei aller Aufgeschlossenheit – nicht bei einem kleinen Zucken, wenn er immer wieder und wieder mit diesen Themen konfrontiert wird?

Alles auf einem guten Wege? Das, was uns unsere Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen im Rahmen unserer Umfrage „Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf?“ da an Erfahrungen und Einschätzungen präsentiert haben, spricht eine andere, eine ernüchternde Sprache. Wir jedenfalls finden es alarmierend, wenn die Hälfte aller befragten jungen Frauen davon überzeugt ist, sie müssten auf Kind und Familie verzichten, wenn sie Karriere machen wollen. Und ist es nicht bedenklich, dass zwei Drittel von ihnen überzeugt sind, nicht die gleichen Chancen im Arztberuf zu haben wie ihre männlichen Kollegen? Auch andere Ergebnisse unserer Umfrage dokumentieren deutlich, dass wir noch lange nicht am Ziel sind, wenn es gilt, Frauen gleichberechtigt in den Arztberuf zu integrieren und angemessene Karrierechancen zu eröffnen.

Zahlen, mag man sich sagen, sind geduldig, Frauen werden es auf Dauer nicht länger sein – auch nicht die vielen Studentinnen und Ärztinnen im Hartmannbund, die inzwischen die Mehrheit unserer Mitglieder stellen. Sie erwarten zu Recht noch mehr Bewegung und Engagement. Gefordert sind vor allem Arbeitgeber und Gesetzgeber, gefordert ist aber auch jeder von uns, wenn es gilt, im Alltag Chancengleichheit wirklich zu leben. Dabei sind es oft Kleinigkeiten, die den Unterschied machen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wie dieses wichtige Thema wollen wir auch andere gesundheitspolitischen Herausforderungen – wo immer es geht – gemeinsam mit Ihnen im Dialog annehmen und mit gestalten. So werden auch Ihre Positionen und Einschätzungen im Zusammenhang mit der von der Regierung geplanten Weiterentwicklung der Themen Delegation und Substitution Eingang in unser politisches Handeln finden. Dass sich viele von Ihnen bei unserer Umfrage offen für eine Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen ausgesprochen haben, dabei aber gleichzeitig klare Grenzen aufgezeigt haben, wird unsere Position gegenüber den politischen Entscheidungsträgern prägen. Ihre Meinung zählt also, wenn in den nächsten Monaten das Thema auf die politische Tagesordnung kommt.

Klaus Reinhardt

Sehen Sie Ärger gelassen entgegen – erweitern Sie jetzt Ihren Rechtsschutz-Anspruch!

Als Mitglied im Hartmannbund haben Sie in berufsbezogenen Fällen Anspruch auf eine rechtliche Erstberatung durch einen kompetenten Fachberater Ihres Verbandes.

Jetzt können Sie Ihren Rechtsschutz perfekt ergänzen: mit dem Exklusiv-Rechtsschutz für Mitglieder des Hartmannbundes. Damit erhalten Sie Privat-, Berufs- und Verkehrs-Rechtsschutz inklusive Straf-Rechtsschutz in einem Paket – mit exklusivem Beitragsrabatt. So können Sie hohen Anwalts- und Gerichtskosten gelassen entgegensehen.

Lassen Sie sich beraten!

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

 **Deutsche
Ärzte Finanz**

**Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung**

Entwickelt mit dem



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

In Kooperation mit
der ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG

Inhalt

18



© beermedia - Fotolia.com

Medizinische Versorgungszentren:

Bei der medizinischen Versorgung der Patienten greift ein Rad ins andere – mit der Bürokratie hat der Arzt nur noch wenig zu tun.

6

Titel

Faire Chancen im Arztberuf?
Frauen sehen das anders

10 Das Interview

Bundesfamilienministerin
im HB-Gespräch

14 Politik

117. Deutscher Ärztetag



EVALUATION
WEITERBILDUNG
2014



20

Pilotprojekt „Evaluation der
Weiterbildung 2014“ gestartet

Hartmannbund veröffentlicht
bundesweite PJ-Liste

Resonanz auf HB-Umfragen
ist ungebrochen hoch

Friedrich-Thieding-Stiftung
hat neuen Vorsitzenden

22

24

26

14

Pro & Contra

Leistet sich Deutschland zu
viele Krankenhäuser?

16

GKV-Versicherte

Privatbehandlung ist ein
schmalere Grat



27

HB-Intern

Rolf-Christian Hänse zur
Situation in Thüringen

28

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 32

Impressum 34

Faire Chancen im Hartmannbund-Umfrage: Frauen glauben

Seit Jahren ist das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ in aller Munde – zum Teil so häufig, dass manch einer bereits das Gefühl zu haben scheint, dass dieses Thema lange nicht mehr aktuell ist und schon viel getan wurde. Doch schaut man genauer hin, dann müssen sich auch die Kritiker eingestehen, dass es vielerorts und branchenübergreifend noch jede Menge Nachholbedarf gibt – vor allem bei der Frauenförderung. Der Hartmannbund ist diesem Thema mit einer Umfrage unter seinen Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen auf den Grund gegangen und hat Antworten erhalten, die dringenden Handlungsbedarf dokumentieren.

Die Ergebnisse der Hartmannbund-Umfrage „Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf?“ (s. auch Seite 24) sind mehr als ernüchternd. „Nein“, antworteten zum Beispiel zwei Drittel der fast 2.800 Teilnehmerinnen auf die Frage, ob sie glauben, dass sie die gleichen Chancen haben werden, ihre Karriereziele zu erreichen, wie ihre männlichen Kollegen. Noch eindeutiger die Antworten auf die Frage, ob das Thema „Teilzeitbeschäftigung“ besonders für Frauen eine Herausforderung am Arbeitsplatz ist? So gut wie alle Teilnehmerinnen antworteten mit einem „Ja“. Und 60 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass sie ihre Karriereziele während bzw. nach einer Teilzeittätigkeit eher „vielleicht“ oder „überhaupt nicht“ erreichen können. Die Gründe, warum es beim Thema

„Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ noch immer Nachholbedarf gibt, sehen die Befragten vor allem in den starren und familienunfreundlichen Arbeitsbedingungen, fehlenden Ansätzen beim Verändern eingespielter Strukturen, fehlenden Betreuungsformen, Hierarchiestrukturen (leitende Oberärzte und Chefärzte sind überwiegend Männer) sowie in den traditionellen Rollenmustern (Mutter steckt für Kind zurück, Vater geht Vollzeit arbeiten).

Damit bestätigt die Hartmannbund-Umfrage, was im ärztlichen Alltag Realität zu sein scheint: Frauen haben während ihres Medizinstudiums zwar oft brillante Noten, viele promovieren und stehen als Assistenzärztin ihren männlichen Kollegen in nichts nach, doch nur wenige Jahre später ist von einem Gleichgewicht der Geschlechter keine Rede mehr, sind die Ärztinnen in der forschenden Medizin ebenso unverhältnismäßig zu den Männern vertreten wie beim leitenden Personal. Deutschlandweit sind gerade einmal knapp zehn Prozent der Chefarztposten in weiblicher Hand. Und auch bei den leitenden Ärzten, die lehren und forschen, ist der Anteil der Frauen eher überschaubar.

Woran liegt es, dass viele Studentinnen und Assistenzärztinnen ihre ambitionierten Karriereziele (immerhin knapp die Hälfte der Befragten der Hartmannbund-Umfrage möchte Ober- oder Chefärztin werden) nicht weiter verfolgen können und ihren einstigen Kommilitonen den Vortritt lassen müssen?

Ärztliche Arbeitsstrukturen zu sehr auf Männer fokussiert

„Stecken die Frauen erst einmal in der Familienfalle, wird es schwierig“, nennt Dr. Regine Rapp-Engels, die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, einen entscheidenden Grund. Sobald die Familienplanung konkrete Züge annehme, würden noch immer überwiegend die Frauen eine längere Unterbrechung in ihrer beruflichen Karriere einlegen und oft nur mit angezogener Handbremse in den Job zurückkehren. Auch wenn es mittlerweile viele Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gebe (Ausbau der Betreuungsmöglichkeiten, Elterngeld, Elternzeit für Väter etc.), seien die Zeichen der Zeit in der Gesellschaft und auch im Gesundheitswesen noch nicht erkannt.

„Eine Chancengleichheit zwischen Arzt und Ärztin ist vielerorts nicht vorhanden, da die ärztlichen Arbeitsstrukturen nach wie vor und hauptsächlich von Männern für Männer gemacht werden“, so Rapp-Engels, die diesbezüglich ihre eigenen Erfahrungen sammeln musste. Ursprünglich wollte die Sozialmedizinerin Chirurgin werden, wechselte ihre Facharztausbildung in den achtziger Jahren aber, weil sie die Arbeitsbedingungen für eine Frau in einem Männer-dominierten Fach auf Dauer nicht akzeptieren wollte und konnte. „Dagegen hat sich heute eine Menge getan und haben in allen Abteilungen Frauen Einzug gehalten“, sieht Rapp-Engels viele Fortschritte, schickt aber ein „trotzdem“ hinterher: Gleiche Karrierechancen und eine funktionierende Vereinbarkeit von Familie und Beruf sei abhängig von den Strukturen der einzelnen Kliniken und Abteilungen sowie vom leitenden Personal, das die Strukturen bestimmt. Gerade diese seien trotz des



Arztberuf?

nicht daran

wachsenden Veränderungsdrucks, den viele Kliniken vor allem auch hinsichtlich des Ärztemangels verspüren, noch immer zu traditionell angelegt. Erst allmählich setzte ein Umdenken in der Führungsebene ein.

Ambitionen der Frauen mehr Rechnung tragen

An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) hat das Umdenken vor 20 Jahren eingesetzt und wurde die „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ 2005 noch einmal forciert. „Mit dem Antritt unseres damaligen Präsidenten hat das Thema Fahrt aufgenommen“, lobt Professor Arnold Ganser, Direktor der Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, den Einsatz seines Arbeitgebers. Am Erfolg der MHH-Gleichstellungspolitik habe aber auch Ganser großen Anteil, lobt die Gleichstellungsbeauftragte der Hochschule, Bärbel Miemitz, zurück und verweist auf die vielen Projekte, die unter Gansers Regie umgesetzt wurden. Dessen wichtigstes Anliegen: Die schnelle Wiedereingliederung der Mütter, hier vor allem der Ärztinnen.

„Viele Studentinnen wollen Karriere machen, das wollen wir unterstützen“, weiß Ganser, gleichzeitig Vertrauensdozent der Studienstiftung des deutschen Volkes, um die ambitionierten Pläne des weiblichen Nachwuchses, aber auch um die Schwierigkeiten, die auf junge Familien und vor allem junge Mütter zukommen, wenn sie Beruf und Familie vereinbaren möchten, dabei aber ihre Karriereziele nicht aus den Augen verlieren wollen. „Wir müssen den Frauen dabei helfen, die gleichen Chancen bei der Ausübung des Arztberufes zu haben wie die Männer.“ Das fange beim Angebot verschiedener Teilzeitmodelle an und höre bei Mentoringprogrammen für junge Wissenschaftlerinnen sowie Professorinnenprogrammen nicht auf.

Trotz Verbesserungen – Frauen noch immer stärker belastet

Bei der Förderung der Teilzeitbeschäftigung hat Ganser bereits viele Modelle angeschoben – so zum Beispiel ein Teilzeitmodell, in dem die Ärztin oder auch der Arzt ein halbes Jahr Vollzeit arbeitet und das zweite Halbjahr zu Hause bleibt. Auch wurden Halbtagsstätigkeiten im ambulanten Bereich der Klinik geschaffen, und ausreichend Kita-Plätze stehen auf dem MHH-Campus traditionell zur Verfügung. Wichtig bei Halbtagsmodellen sei es, dass die ganze Mannschaft den Teilzeitwunsch Einzelner mitträgt. „Da viele meiner Mitarbeiter Kinder haben, können sie diesen Wunsch sehr gut nachvollziehen“, so Ganser, der schon lange die Vorzüge der Teilzeitkräfte erkannt hat. Sie planen oft exakter und arbeiten effektiver als die Vollzeitkräfte. Aber auch von Ganser kommt ein „trotzdem“:

Trotz aller Bemühungen von Seiten des Staates und vieler Arbeitgeber haben die Frauen noch immer die größere Belastung zu schultern – mit dem Unterschied zu früher, dass diese Mehrbelastung auch berücksichtigt wird. Heute werde darauf Rücksicht genommen, dass einer Frau mit Kindern weniger Zeit zum Forschen und Publizieren bleibt. **> Fortsetzung auf Seite 8**



Dr. Regine Rapp-Engels
zur Quote in der Medizin



Gastkommentar

Wahrnehmungsstörung

Es braucht schon lange keinen Beweis mehr dafür, dass nur eine verbindliche Quote Fortschritt bringen kann – sei es in der Wirtschaft, sei es in den Medien und sei es folgerichtig auch im Gesundheitswesen. Nur rund 26 Prozent der Leitungsfunktionen in deutschen Krankenhäusern werden aktuell von Frauen besetzt, der Anteil der Chefärztinnen wird auf 8 bis 10 Prozent geschätzt. Bei den W3/C4-Professuren stellen Frauen gerade mal 5,6 Prozent. Liegt der Frauenanteil bei den Doktoranden bei über 50 Prozent, so sind Ärztinnen bei der Habilitation noch mit 20 Prozent vertreten. Und bei den Wahlen zu den ärztlichen Körperschaften werden Wahllisten nach wie vor nicht paritätisch nach Geschlecht besetzt.

Bei der neuerdings gern zitierten „drohenden“ Feminisierung der Medizin handelt es sich faktisch um eine Wahrnehmungsstörung. Derzeit beträgt der Frauenanteil rund 45 Prozent. Hochgerechnet werden frühestens im Jahr 2027 Ärztinnen in Kliniken und Praxen entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung vertreten sein. Erfahrungen aus Unternehmen zeigen, dass sich ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis nicht automatisch einstellt, warum sollte es dies dann im Gesundheitswesen tun? Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. fordert eine verbindliche Frauenquote, weil die Zukunft der Medizin bisher nur auf der Ebene der Assistenzärztinnen weiblich ist. Perspektivisch sollte sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis jedoch auch bei Führungspositionen wie Chefärztinnen, Klinikleitungen, in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Wissenschaft widerspiegeln.

Die Förderung der jungen Wissenschaftlerinnen ist ein Kernthema in der Gleichstellungspolitik der MHH. „Wir haben nicht genug habilitierte Frauen – auch nicht an der MHH“, so Ganser. Das Rad der Geschichte bzw. frühere Fehlentwicklungen können nicht zurückgedreht werden, aber man könne heute dafür sorgen, dass Nachwuchswissenschaftlerinnen nach einer familiären Pause schnell wieder Fuß fassen können.

Dies geschieht an der MHH zum Beispiel im Rahmen von Mentoringprogrammen. Die beiden wichtigsten sind das „Ina-Pichlmayr-Mentoring“ für Nachwuchswissenschaftlerinnen und das „Ellen-Schmidt-Programm“ zur Habilitationsförderung. Beide Programme wurden 2004 ins Leben gerufen und haben seither rund 150 Wissenschaftlerinnen eine gezielte und raschere Umsetzung ihrer Karrierepläne ermöglicht. Ein dritter Förderbaustein sind die so genannten LOM-Programme (Leistungsorientierte Mittelvergabe). Hier werden Abteilungen begünstigt, wenn Forschungsleistungen (Publikationen und Drittmittelinwerbungen) von Frauen erbracht wurden. Das FamilienLOM, ausgezahlt bei der Rückkehr einer Ärztin an den Arbeitsplatz innerhalb eines Jahres nach der Geburt, belohnt Kliniken, die gute Rückkehrbedingungen schaffen.

Dass sich die Gleichstellungsanstrengungen an der MHH gelohnt haben, zeigt allein, dass diese bereits zum zweiten Mal als familiengerechte Hochschule rezertifiziert wurde. Und zuletzt wurde die Gesamtstrategie der MHH für das Professorinnenprogramm II (ausgeschrieben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) positiv bewertet, sodass drei zusätzliche Professuren mit Frauen besetzt werden konnten.

Doch auch an dieser Stelle wieder ein „trotzdem“: An der MHH und auch an vielen anderen Standorten in Deutschland ist die Liste der noch nicht erledigten Aufgaben zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf weitaus länger als die Liste der erledigten. Noch immer tragen Frauen die Hauptlasten. Noch immer bleibt der Wiedereinstieg für Frauen nach einer Familienphase schwierig. Noch immer hängen Frauen zu oft in der Teilzeitfalle. Noch immer ist die Teilzeit nicht den aktuellen Bedürfnissen angepasst. Und noch immer sind bei Männern die Familienauszeiten und Teilzeitjobs eher die Ausnahme.

Um noch einmal auf die Umfrage des Hartmannbundes „Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf?“ zurückzukommen. Mehr als 90 Prozent der Teilnehmerinnen können sich eine Teilzeittätigkeit vorstellen. Bei dem bereits prognostizierten „Übergewicht“ an Ärztinnen stellt sich dann allerdings eine entscheidende Frage: Wer soll, wenn immer mehr Ärztinnen und zunehmend auch Ärzte in Teilzeit gehen wollen, dann eigentlich die Arbeit machen? (DA)



Dr. Regine Rapp-Engels arbeitet als Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Sozialmedizin in Freiburg. Seit 2009 ist sie Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Univ.-Prof. Dr. Arnold Ganser ist Direktor der Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation der MHH Hannover.

Mutter und Ärztin? Ja, das geht...

...sagt Iris Illing – Assistenzärztin aus Rostock –, allerdings nicht immer unter einfachen Bedingungen und häufig auch nur dann, wenn Karriereziele vorübergehend oder für immer an den Nagel gehängt werden. „Ich wollte Kardiologin werden“, erzählt die 34-Jährige von ihrem Berufsziel aus der Studentenzeit. Da sich der gewählte Fachbereich aber nur schwer mit ihren Familienplänen vereinbaren ließ, entschied sie sich für die Innere Medizin. „Mir ist irgendwann klar geworden, dass ich nicht rund um die Uhr am Herzkatheter stehen könnte und wollte“, entschied sich Iris Illing bewusst für die andere Fachrichtung, um eine Familie gründen zu können.



Die nächste Hürde, die sie nehmen musste, war die Weiterbildung. Die ersten drei Jahre konnte sie in Vollzeit am Klinikum in Güstrow absolvieren, dann kam das erste Kind. Nach der Elternzeit arbeitete sie 30 Stunden pro Woche weiter, und auch nach dem zweiten Kind änderte sie daran nichts. „Mein Mann ist beruflich viel unterwegs, die Großeltern wohnen weit weg, da blieb uns keine andere Wahl“, die Iris Illing allerdings sehr gerne im Sinne ihrer Kinder getroffen hat.

„Eine volle Stelle kann eine Ärztin mit Kindern schnell überfordern“, ist sich die Assistenzärztin nach ihren gesammelten Erfahrungen sicher. Allein die Nachtdienste und das Schichtsystem wären auf Dauer ein Problem. Aktuell arbeitet sie bis ca. 14 Uhr, danach kümmert sie sich um ihre Weiterbildung, und gegen 16 Uhr holt sie ihre Kinder ab. Ein Fulltime-Job und trotzdem – nach 7,5-jähriger Weiterbildung steht Iris Illing mittlerweile kurz vor ihrer Facharztprüfung.

Danach wird sie wieder in Vollzeit arbeiten. „Und meinen Traum von der Kardiologie habe ich auch noch nicht aufgegeben“, sucht Iris Illing nach Möglichkeiten, um im ihrer Meinung nach familienfreundlicheren ambulanten Bereich die Innere Medizin mit einer kardiologischen Orientierung zu verknüpfen. Den Standardspruch, den sie oft hören musste – „Du hast zwei Kinder und deine Karriere ist vorbei“ – findet sie albern und völlig unzeitgemäß. „Frauen sollten mutig sein und ihre Ambitionen nicht aufgeben, auch wenn Umwege nötig sind.“

Und eines will Iris Illing zum Schluss unbedingt noch los werden: „Nur, weil Frauen in Teilzeit arbeiten, sind sie nicht weniger hoch motiviert als die Kollegen in Vollzeit.“ (DA)

Achtung!

Auch Väter wollen Beruf und Familie vereinbaren

Dass das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ seit längerem kein reines Frauenthema mehr ist, sondern mittlerweile auch viele Väter mehr Zeit bei ihren Familien verbringen wollen und sich intensiv um ihre Kinder kümmern möchten, kommt allmählich auch in den Führungsebenen der deutschen Arbeitgeber an. Auch Arzt wird heutzutage nicht mehr so oft schief angesehen, wenn er in Elternzeit gehen oder in Teilzeit arbeiten möchte. Wie eindrucksvoll das laufen kann, zeigen die fünf Väterbeauftragten der Berliner Charité.

Da wäre der Väterbeauftragte aus dem Bereich „Pflege“, der für seine zwei Kinder jeweils zwei Monate Elternzeit genommen hat und aktuell in Teilzeit arbeitet. Der Väterbeauftragte der „Verwaltung“, der für sein erstes Kind fünf Monate zu Hause blieb, plant für sein zweites Kind, das bereits unterwegs ist, eine sechsmonatige Auszeit. Und dann wären da noch die drei Väterbeauftragten der „Ärzte“, von denen der eine nach zweimonatiger Elternzeit für das erste Kind insgesamt fünf Monate für sein zweites Kind zuhause ist. Der zweite Arzt hat für seine vier Kinder mehrfach Elternzeit genommen und arbeitet ebenfalls in Teilzeit. Und der dritte – ein fünffacher Vater – hat mehrfach Elternzeit genommen, davon die längste Phase 16 Monate.

Da kommt Mann und selbst Frau ins Staunen, was in der Praxis bereits gelebte Realität zu sein scheint. Und was liegt bei einem so reichen Erfahrungsschatz näher, als diese fünf Väter als Ansprechpartner für andere und werdende Väter einzusetzen und Hilfestellung bei kleinen und großen Problemen zu geben?

Bereitschaft von Vätern für Teilzeit ist noch gering

„Das fängt bei der Verarbeitung der Vatergefühle an, hört bei der Entbindung nicht auf und endet erst weit nach der Elternzeit, Arbeitszeitmodellen und der Unterstützung in den Abteilungen“, erzählt René Greif, Väterbeauftragter der „Verwaltung“, der 2012 gemeinsam mit den anderen vier vom Charité-Vorstand zum „Väterbeauftragten“ ernannt wurde. Damit ist die Charité exquisit ausgestattet – mit der Frauen- und Gleichstellungstelle, dem Familienbüro und den Väterbeauftragten. „In den letzten Jahren hat auch hinsichtlich der Bedürfnisse der Väter ein Sinneswandel stattgefunden“, lobt René Greif seinen Arbeitgeber dafür, dass dieser Elternzeit für Männer unterstützt.



Jan-Peter Siedentopf (l.), mit seinen beiden Söhnen Kasimir (4) und Gustav (1) und René Greif mit seinem vierjährigen Sohn.

„Jeder Vater sollte diese Chance wahrnehmen, weil die Zeit wichtig für die Bindung zum Kind ist und die Väter reifen lässt“.

Das kann Jan-Peter Siedentopf nur unterstreichen. Der 43-Jährige – einer der drei ärztlichen Väterbeauftragten – hat bereits für sein erstes Kind eine zweimonatige Elternzeit genommen. Aktuell ist er für sein zweites Kind fünf Monate zuhause. „Meine erste Elternzeit war eine tolle Zeit, und deshalb habe ich versucht, bei unserem zweiten Kind länger zuhause bleiben zu können.“ Dass es geklappt hat, verdankt er auch seiner Abteilung, der Klinik für Geburtsmedizin, wo Jan-Peter Siedentopf als Oberarzt tätig ist. Von den meisten der Kollegen werde die Elternzeit akzeptiert, nur wenige würden die „Nase rümpfen“ und von „Vaterurlaub“ sprechen.

Dass Ärzte – auch in leitenden Positionen – die Chance wahrnehmen können, sich intensiv um ihre Familie zu kümmern, sei aber noch nicht all zu weit verbreitet. Auch die Bereitschaft zu Arbeitszeitmodellen für Männer fehle vielerorts, kritisiert Jan-Peter Siedentopf. In seinem Fall wurde eine halbe Assistenzarztstelle aufgefüllt, um das anfallende Arbeitspensum aufzufangen. Sein Vorschlag, einen aufstrebenden Arzt für die Dauer seiner Elternzeit auf Siedentopfs Position zu setzen, stieß dagegen nicht auf Zustimmung. „Für solche Modelle gibt es in unserem Gesundheitssystem noch keinen Nährboden.“ Anders sehe es dagegen mit Teilzeitstellen für Oberärzte aus. Hier gebe es an der Charité bereits einige Modelle, allerdings hänge die Umsetzung von der jeweiligen Abteilung und den Chefärzten ab, die bei diesem Thema oft noch nicht bis zum Ende gedacht hätten, meint Jan-Peter Siedentopf. In seiner Abteilung wäre das anders, weshalb der Arzt ernsthaft darüber nachdenkt, für einige Zeit in Teilzeit zu arbeiten. (DA)



© Bundesregierung Denzel

Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig

Nicht die Familien müssen immer arbeitsfreundlicher werden...

In den von Ihnen mit verfassten Leitlinien für ein Gesetzesvorhaben für eine gerechte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen geht es um 110 Unternehmen der privaten Wirtschaft, die Bundesverwaltung sowie Unternehmen mit staatlicher Beteiligung. Viele sehen darin einen weiteren Meilenstein in der deutschen Gleichstellungspolitik. Geht Ihnen das Gesetz aber tatsächlich weit genug?

Wir wollen die Chancen von Frauen, in Führungspositionen zu arbeiten, verbessern. Derzeit haben wir in den Vorständen einen Frauenanteil von sieben Prozent. Das ist eine skandalös geringe Zahl. Ich bin deshalb froh, dass wir jetzt endlich eine gesetzliche Regelung zur Förderung von Frauen in Führungspositionen auf den Weg bringen und damit einen Beitrag leisten können, die Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen in der Arbeitswelt zu verbessern. Für die größten börsennotierten Unternehmen ab 2.500 Mitarbeitern haben wir deshalb eine 30-Prozent-Quote vorgesehen. Unternehmen, die zwischen 500 und 2.500 Mitarbeiter haben, sollen in Zukunft gesetzlich dazu verpflichtet werden, sich

selbst Zielvorgaben zur Förderung von Frauen in Führungspositionen zu geben. Mit dieser Regelung wollen wir vor allem auch Unternehmen ansprechen, die viel Geld haben und in der Lage wären, lieber eine Geldbuße zu zahlen, um der Herausforderung, Frauen für Aufsichtsräte zu finden, aus dem Weg zu gehen. Deswegen haben wir uns für die Sanktion „leerer Stuhl“ entschieden: Ein Mandat darf nicht besetzt werden, wenn die Quote nicht erfüllt ist. Diese Sanktion halte ich für wirkungsvoller als eine Geldbuße.

Woran liegt es, dass Frauen in den deutschen Führungsetagen noch immer eine so geringe Rolle spielen?

Die Chefetagen sind ja immer noch sehr Männer-dominiert. Der Habitus oder die Art des Umgangs, der in manchen Managementetagen gepflegt wird, schreckt viele Frauen ab. Allerdings gibt es viele Frauen, die in Führungspositionen wollen und die dennoch an die gläserne Decke stoßen. Sie bringen hohe Leistung und kommen trotzdem nicht nach ganz oben, weil männliche Netzwerke domi-

nieren. Aber deswegen wäre es gut, wenn mehr Frauen in Führungsetagen kommen, weil sich dann vielleicht auch das Klima wandelt und mehr darüber nachgedacht wird, wie man Frauen erreicht.

In so gut wie allen Bereichen stoßen die Frauen irgendwann an die „gläserne Decke“. Das betrifft auch das Gesundheitswesen. Für viele junge Frauen, die noch im Medizinstudium große Pläne und Träume haben, ist oft Schluss, wenn die Familienplanung ins Spiel kommt. Was würden Sie einer Assistenzärztin persönlich raten, die auf Grund ihres Nachwuchses zwar eine Teilzeitstelle gefunden hat, dann aber schnell feststellt, dass sie hinsichtlich ihrer Karrierepläne gegenüber Vollzeit-Kollegen im Nachteil ist?

Wir müssen Vollzeit für Familien neu definieren. In der Rush Hour des Lebens kommt alles zusammen: Kinder kriegen, die Pflege der Eltern organisieren, als Fachkräfte zur Verfügung stehen. Das geht nicht mit Vollzeit für Männer und Frauen, wie wir sie bisher definieren. Ich höre oft von vielen Männern, dass sie gerne ihre Arbeitszeit reduzieren wollen, je-

doch negative Folgen für ihre Karriere befürchten. Und viele Frauen würden gerne mehr Stunden arbeiten, können aber aus ihren Teilzeitjobs nicht aussteigen. Mit einer Familienarbeitszeit, bei der beide Elternteile ihre Arbeitszeit maßvoll reduzieren, und einem Rechtsanspruch auf Rückkehr in die Vollzeit, können wir dieser gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung tragen.

Mehr als 60 Prozent weiblicher Medizinstudenten und 45 Prozent Ärztinnen stehen gerade einmal knapp zehn Prozent Chefärztinnen gegenüber. Auch wenn an vielen Kliniken an der Gleichstellung von Mann und Frau gearbeitet wird, sind gerade Ärztinnen im Nachteil, die Mütter sind. Der Wiedereinstieg nach der Elternzeit ist auf Grund der zeitintensiven ärztlichen Tätigkeit oft schwierig und an Karriere eher selten zu denken. Was muss sich da ändern – gerade auch vor dem Hintergrund, dass Medizin immer „weiblicher“ wird?

Wichtige Stellschrauben sind dabei vor allem der Ausbau von Ganztagschulen und Ganztagskitas für unter Dreijährige mit mehr Investitionen in die Qualität, flexible Arbeitszeitmodelle sowie die Einführung des ElterngeldPlus. Der Krankenhausbetrieb ist immer noch geprägt von männlichen und hierarchischen Führungsstrukturen. Da muss sich etwas ändern. Die Krankenhäuser müssen sich stärker auf ihre Ärztinnen einstellen und über neue Wege der Vereinbarkeit nachdenken. Warum soll es bspw. nicht möglich sein, eine Chefarztposition zu teilen?

Auch wenn oft beschworen – so richtig ist auch jenseits des Themas Arbeitsbedingungen der Kulturwandel noch nicht vorangekommen. Traditionelle Rollenmuster sind noch immer vielerorts Normalität: Die Mutter steckt für das Kind zurück und der Vater geht Vollzeit arbeiten. Woran hapert es?

Ein großes Hemmnis ist sicher die mangelnde Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie. Ich habe selbst immer wieder erlebt, dass Frauen Führungspositionen nicht übernehmen wollten, weil sie fürchteten, nicht mehr genug Zeit für ihre Kinder oder ihre alten Eltern zu haben. Wenn man sich zusammen hinsetzt und Lösungen sucht, mit Teilzeit oder der

„Viele Eltern wünschen sich eine partnerschaftliche Aufteilung des Familienlebens“

Möglichkeit, auch mal von zuhause zu arbeiten, lässt sich nach meiner Erfahrung dann doch oft ein Weg finden.

Die Zahl der Paare nimmt zu, die sich eine gemeinsame Betreuung ihrer Kinder wünschen. Leider gelingt dies eher wenigen und sieht die Realität doch anders aus: Die Männer machen Überstunden und die Frauen hängen in der Teilzeitfalle. Was muss getan werden, damit beide die Möglichkeit haben, die Erziehungsarbeit mit einem regulären Job zu verbinden?

In der Familienpolitik wurde oft versäumt, die Männer als Partner mitzu-

denken. Es kann nicht sein, dass die Betreuung der Kinder nur an einem hängen bleibt. Deshalb werbe ich für eine Familienarbeitszeit, bei der Männer ihre Arbeitsstunden leichter reduzieren und Frauen leichter aufstocken können als bisher. Viele Eltern wünschen sich eine partnerschaftliche Aufteilung des Familienlebens.

Welche Maßnahmen plant das Bundesfamilienministerium, um die Gleichstellung der Frau und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter voranzubringen und Veränderungen in der Unternehmenskultur weiter anzustoßen?

Die Arbeitswelt muss familienfreundlicher werden und nicht die Familien immer arbeitsfreundlicher. Der erste Schritt hin zu einer Familienarbeitszeit wird jetzt mit dem ElterngeldPlus gemacht. Damit ermöglichen wir, dass Eltern, die in Teilzeit arbeiten, länger Elterngeld bekommen. Außerdem soll ein Gesetz dafür sorgen, dass künftig mehr Frauen in Führungspositionen gelangen, etwa mit der 30-Prozent Quote für Aufsichtsräte.

Die Politik kann jedoch nicht allein die Probleme der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer lösen. Da sind auch die Unternehmen gefragt. Wie gesagt: Auch die Kliniken selbst müssten sich Angebote für Mütter und Väter ausdenken, um ihre Fachkräfte künftig halten zu können.

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. (DA)



Information

Was will der Gesetzgeber ändern?

Das geplante Gesetz zur Förderung von Frauen in Führungspositionen soll folgendes enthalten: Geschlechterquote für die Aufsichtsräte von voll mitbestimmungspflichtigen und börsennotierten Unternehmen in der Privatwirtschaft; verbindliche Zielgrößen für die Aufsichtsräte, Vorstände und obersten Management-ebenen von mitbestimmungspflichtigen oder börsennotierten Unternehmen in der Privatwirtschaft; Novellierung der gesetzlichen Regelungen

für den Öffentlichen Dienst des Bundes. Dieses Gesetzesvorhaben soll 2015 in Kraft treten.

ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus: Das geplante ElterngeldPlus erkennt die Pläne derjenigen an, die schon während des Elterngeldbezugs wieder in Teilzeit arbeiten wollen. Wenn beide, Mutter und Vater, sich entscheiden, jeweils 25 bis 30 Stunden in der Woche zu arbeiten und sich damit auch die Zeit mit ihrem Nachwuchs zu teilen, dann gibt es einen zusätzlichen Partnerschaftsbonus in Form von vier zusätzlichen ElterngeldPlus-Monaten.

Deutscher Ärztetag zwischen Prävention und Unspektakulär, aber mit

Dass es auch (scheinbar) unspektakulären Ärztetagen nicht an substantiellem Gewicht fehlen muss, das kann der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf beweisen. Ähnlich unaufgeregt wie die momentane Gesundheitspolitik der Bundesregierung kommt auch die Versammlung der 250 Ärztekammer-Delegierten daher, ohne dabei auf die Behandlung wichtiger gesundheitspolitischer Themen zu verzichten.

Dass die Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetages in Düsseldorf nicht mehr dreieinhalb, sondern nur noch zwei Stunden dauern wird, unterstreicht denn wohl auch nicht zufällig den Charakter des Ärztetages als das wichtigste Arbeits- und Diskussionsforum der deutschen Ärzteschaft.

Dort stehen dann vom 27. bis zum 30. Mai schwerpunktmäßig die Themen Prävention, die Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder auch die Schmerzmedizinische Versorgung auf der Tagesordnung. Ob es neben dem Sachstandsbericht zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung auch Anträge zur Weiterentwicklung dieses Projektes gibt, wird hier und da mit Spannung erwartet.

Die Delegierten des Hartmannbundes werden darüber hinaus durch eigene Anträge wichtige Themen in das Plenum des Deutschen Ärztetages tragen – so zum Beispiel zur Einheit der ärztlichen Selbstverwaltung, zu sogenannten dringlichen Überweisungen, zu falschen Leistungsanreizen im Krankenhaus, zu Fragen rund um das Medizinstudium, aber auch zur Krankenhausfinanzierung. Letzteres Thema dürfte einen weiteren Schwerpunkt dieses Ärztetages bilden.

Krankenhausreform im Fokus

Dass die Diskussion über die Struktur und Finanzierung der deutschen Krankenhauslandschaft schon bald in den Mittelpunkt der politischen Debatte rücken würde, war dem gesundheitspolitischen Beobachter spätestens nach der Lektüre des schwarz-roten Koalitionsvertrages im Spätherbst des vergangenen Jahres klar – lange bevor die Krankenkas-

sen (auf die ihnen eigene Art) Schlagzeilen über vermeintliche Todesraten und fehlende Qualitätsstandards an deutschen Kliniken provoziert hatten.

So ließ sich auch ohne allzu viel Fantasie zwischen den Zeilen der gesundheitspolitischen Absichtserklärung von CDU und SPD die Botschaft an die deutschen Krankenhäuser klar erkennen. Hinter dem Begriff der „Qualitätsoffensive in der stationären Versorgung“ verbarg sich ebenso wie hinter dem – später von der CSU gekippten – Fonds zur Umstrukturierung oder Umwandlung von Kliniken nichts anderes als die politische Ansage, man müsse nun endlich einmal ganz grundsätzlich über die Krankenhäuser reden – und diesmal nicht nur darüber, ob genug Mittel zur Unterhaltung und Finanzierung existierender Kliniken vorhanden seien. Und wer es bis dahin nicht „verstanden“ hatte, der wusste spätestens Bescheid, als Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe – pünktlich zum Frühlingsfest der Deutschen Krankenhausgesellschaft – die Diskussion über die Krankenhausbetten in Deutschland und ihre Auslastung eröffnete. „Rund 110.000 der 500.000 Krankenhausbetten in Deutschland stehen im Jahresdurchschnitt leer, das entspricht einer Auslastung von nur 77 Prozent“, rechnete Gröhe dem „Who is Who“ der deutschen Gesundheitspolitik vor und die Begeisterung der Gastgeber hielt sich angesichts derart bedrohlicher Analysen (nicht nur an diesem Abend) in Grenzen.

Spätestens in diesem Moment war klar: Wenn in den kommenden Monaten im Parlament aber auch in der entsprechenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe über die Zukunft deutscher Krankenhäu-



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will die Zahl der Krankenhäuser steigern. Somit stünden von den rund 500.000

ser gesprochen wird, dann geht es nicht nur um (mehr) Geld, sondern dann geht es auch um die Frage, wie viele Krankenhäuser wir wo mit welchem Leistungsangebot künftig noch brauchen. Der Minister brachte es vorerst so auf den Punkt: „Ein ausschließliches Aufstocken der Mittel bringt den Krankenhäusern langfristig nichts.“

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, sieht die nunmehr eröffnete Diskussion auch als Chance. Den öffentlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Klinikträgern über „fehlende Milliarden“ oder „überzählige Kliniken“ und einer von der Politik fortgesetzt praktizierten Finanzierung nach Kassenlage müsse endlich eine offene Debatte über die Zukunft der stationären Versorgung in Deutschland folgen, zeigte sich Reinhardt über-

Krankenhaus Substanz



Krankenhausbetten in Deutschland reduzieren. Im Jahresdurchschnitt seien nur 77 Prozent der Betten tatsächlich belegt – trotz 100.000 Klinikbetten in Deutschland mehr als 100.000 leer.

zeugt. Im Fokus einer solchen Diskussion müsse neben der Entwicklung sinnvoller Konzepte der Finanzierung von stationären Einrichtungen auch eine ehrliche Antwort auf die Frage stehen, welche Klinikstrukturen unter dem Aspekt von Versorgungsdichte, Aufgabenteilung und sinnvoller Spezialisierung noch erforderlich und finanzierbar seien?

Praktikable Lösungen finden

Statt des bisher überwiegend vorherrschenden Scheuklappendenkens, so Reinhardt, müsse am Ende einer ohne Denkverbote geführten Debatte ein grundsätzlicher Konsens zwischen Klinikträgern, Kostenträgern, Ärzteschaft und Politik über ein zukunftsfähiges Versorgungskonzept stehen. Krankenhäuser seien ebenso wie ambulante Einrichtungen elementare Bausteine einer Versor-

gungsstruktur, die qualifizierte Versorgung in angemessener Wohnraumnähe gewährleistet. Ein schlichtes „weiter so“ in historisch gewachsenen heterogenen Strukturen werde jedenfalls den Anforderungen an eine moderne, intelligent organisierte Versorgung nicht gerecht. Dass man zu praktikablen Lösungen komme, da ist sich Reinhardt sicher, liege vor allem auch im Interesse von Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern. Dort nämlich würden die Folgen von Kostendruck und strukturellen Fehlentscheidungen in der Regel abgeladen. Personalmangel und Arbeitszeiten an der Grenze des rechtlich Zulässigen sind nur eine Konsequenz.

„Zunehmende Sorge bereitet mir auch die Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit, wenn leitende Ärzte durch vertragliche Instrumentarien in die ökonomische



Aktuelle
Urteile

Arzneimittelregress

trotz Kostenzusage; BSG warnt vor mündlichen Zusagen der KK (Az.: B 6 KA 27/12 R)

Aufklärungspflicht

BGH traut eher der Erinnerung der Ärzte (Az.: VI ZR 143/13)

Substitutionsärzte

Entlastung von Substitutionsärzten; BGH betont Eigenverantwortung der Patienten (Az.: 1 StR 389/13)

Honorarkürzung

BSG bestätigt Kürzung bei verspäteter KV-Abrechnung (Az.: B 6 KA 42/13 B)

Liquidation und Haftung

BGH verneint Haftung bei Konsiliarbehandlung (Az.: VI ZR 78/13)

Klinikabrechnungen

Klinikabrechnungen stationär; BSG: Aufnahmeentscheidung, nicht tatsächliche Verweildauer ist entscheidend (Az.: B 3 KR 34/12 R)



mehr auf
www.hartmannbund.de

mische Verantwortung des Klinikträgers hineingezogen werden. Es wird daher eine große Herausforderung für die Politik, aber auch für die Gesellschaft sein, sich der Realität zu stellen und ein tragfähiges Versorgungskonzept der Zukunft zu erarbeiten“, so Reinhardt abschließend. (MR)

Informationen zu den Beschlüssen des 117. Deutschen Ärztetages sowie zu weiteren wichtigen Entscheidungen finden Sie auf www.hartmannbund.de und www.baek.de.

PRO G CONTRA



PRO „Leisten wir uns zu viele Krankenhäuser?“ von Lothar Rietsamen Strukturen an tatsächlichen Bedarf anpassen

Lothar Rietsamen ist Bundes- tagsabgeordneter des Wahlkreises Bodensee und Berichterstatter für das Krankenhauswesen der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden die Menschen in Deutschland immer älter und auch häufiger krank. Als Folge davon steigt die Fallzahl in den Krankenhäusern kontinuierlich an – um immerhin knapp zwei Millionen Fälle in den letzten 15 Jahren. Diese Entwicklung lässt eigentlich vermuten, dass immer mehr Menschen für immer längere Zeit im Krankenhaus bleiben müssen und dass deshalb permanent eine große Anzahl an Klinikbetten bereitgehalten werden muss. Diese Vermutung stellt sich allerdings als völlig falsch heraus. Denn in den letzten 15 Jahren ist die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus um 2,5 Tage gesunken. Und auch die Bettenauslastung sinkt stetig – auf aktuell nur noch 77 Prozent. Das ist bemerkenswert, gerade in Anbetracht eines Rückgangs der Krankenhausbetten um 70.000 auf heute knapp 500.000 Betten, der im gleichen Zeitraum stattfand. Hier gibt es allerdings dramatische Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. So hat Bremen 7,8 Betten (auf 1.000 Einwohner gerechnet), während Baden-Württemberg lediglich 5,3 Betten aufweist. Diese massiven Unterschiede sind nicht nachvollziehbar – erst recht nicht im OECD-Vergleich, bei dem Deutschland stets eines der Länder mit den meisten Krankenhausbetten ist.

Verantwortlich für die positive Entwicklung bei Verweildauer und Betten-

anzahl war dabei neben dem stetigen medizinischen Fortschritt auch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs). In ihnen ist sicherlich die Hauptursache für den Rückgang der Verweildauer bzw. Bettenanzahl zu sehen, denn seit Einführung der DRGs im Jahr 2003 setzen sich die zu beobachtenden positiven Tendenzen ungebremst fort. Ziel war es, das deutsche Gesundheitssystem zu modernisieren und zu vereinfachen. Das ist gelungen. Es muss aber zentrales Ziel der Politik bleiben, dass es gerade im Krankenhausbereich zu keiner Fehl- bzw. Unterversorgung kommt. Momentan sind zahlreiche Gebiete – zumeist in Ballungsräumen – immer noch massiv überversorgt, während in ländlichen Räumen eine teilweise Unterversorgung bzw. Tendenzen in diese Richtung drohen. Deshalb gilt es, die Strukturen zu modernisieren und die Krankenhausversorgung an den Bedarf anzupassen.

Dabei muss bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung die Qualität im Mittelpunkt stehen. Quantität – also das reine Vorhandensein eines Krankenhauses – ist nicht ausreichend. Die Schaffung eines Qualitätsinstituts macht die Qualität in den Kliniken künftig messbar und vergleichbar. Durch diese Vergleichbarkeit wird es möglich sein, gute Qualität zu belohnen und Einrichtungen mit schlechterer Qualität entweder weiter zu entwickeln oder sogar über Schließungen nachzudenken. Denn was nützt einem Patienten ein Krankenhaus in der Nähe, wenn er oder sie bei einem Schlaganfall bzw. einem Herzinfarkt nicht kompetent und richtig behandelt wird?

Unter dem Aspekt der Qualität bietet sich für viele kleinere Krankenhäuser die



Möglichkeit der Spezialisierung, um ihre Existenz zu sichern. Auch geriatrisch ausgerichtete Einrichtungen, die nicht mehr das ganze Spektrum der Grund- und Regelversorgung anbieten, werden in Zukunft gebraucht. Daneben muss es – wie bereits früher geplant – einen Umstrukturierungsfonds zur Umwandlung von Kliniken geben.

Bei allen angedachten Reformen und Veränderungen – die Erreichbarkeit der Klinik muss der wichtigste Faktor bleiben. Dies gilt es zu gewährleisten – auch durch einen Sicherstellungszuschlag – und sollte die Bedeutung des wichtigen Aspekts der Wirtschaftlichkeit nicht schmälern. Allerdings darf er nicht die Grundlage der Krankenhauspolitik sein. Denn das müssen die Sicherstellung der qualitativ hochwertigen Versorgung sowie die Erreichbarkeit bleiben.

Zu viele Krankenhäuser?

CONTRA „Leisten wir uns zu viele Krankenhäuser“ von Georg Baum
 Krankenhäuser brauchen Kapazitätsreserven



Es kann grundsätzlich festgehalten werden, dass alle mit Deutschland vergleichbaren Länder, die weniger Krankenhauskapazitäten vorhalten, deutlich höhere Kosten für die Krankenhausbehandlungen aufweisen.

Auch der Bettenauslastungsgrad von 77,4 Prozent sagt nicht viel aus; er ist ein statistischer Durchschnittswert. Es gibt zahlreiche Tage im Jahr, an denen die Auslastung deutlich höher ist. Die Krankenhäuser arbeiten mit einer 5-Tage-Woche bei planbaren Eingriffen. Die Auslastung von Montag bis Freitag ist daher signifikant höher.

Es gibt Betten, deren Hauptaufgabe die Vorhaltung für den seltenen Bedarfsfall ist. Ausreichende Bettenkapazitäten dienen nicht nur der Versorgungssicherheit, sondern auch der Patientensicherheit. Diese Bettenvorhaltung kostet uns zudem nicht viel. Die pauschale Investitionsfinanzierung ist in der Regel von der Bettenanzahl unabhängig und die Betriebskostenfinanzierung basiert auf Fallpauschalen. Ein flächendeckender Bettenabbau reduziert somit nur Versorgungssicherheit, spart aber keine wesentlichen Beträge ein.

Die Krankenhäuser sichern die flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung. Die Grundversorgung kann nicht beliebig ausgedünnt werden. Eine pauschale Reduktion von Kapazitäten (Krankenhäuser und Betten) würde diese jedoch gefährden und zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser sind für die medizinische Versorgung bedarfsnotwendig. Es obliegt den Ländern zu entscheiden, welche Krankenhäuser im Einzelfall nicht

bedarfsnotwendig sind. Die Kassen haben zudem die Möglichkeit, gemäß § 110 SGBV Versorgungsverträge mit Krankenhäusern zu kündigen. Bisher hat so gut wie keiner Gebrauch von dieser Regelung gemacht. Das Argument der Kassen, in Deutschland existieren zu viele Krankenhäuser, deckt sich somit nicht mit ihrem Handeln. Dazu gehört auch, dass die Leistungen und die Leistungszuwächse in den Budgets der Krankenhäuser mit den Kassen vorab verhandelt werden.

Der Bedarf an Krankenhausleistungen entsteht fast ausschließlich lokal oder regional. Zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit könnten daher allenfalls lokale, nach Fachgebieten differenzierte Auslastungszahlen über längere Zeiträume herangezogen werden. Die Entwicklung der Leistungsstrukturen in der stationären Versorgung insgesamt und in den Krankenhäusern vor Ort sowie in den Regionen macht mehr als deutlich, dass bedarfsadaptierende Veränderungen permanent stattfinden. Angesichts der demografischen Entwicklung und der sich weiterentwickelnden medizinischen Möglichkeiten, aber auch der Erwartungen der Bevölkerung an eine hochwertige medizinische Versorgung, wäre eine auf Kante genähte stationäre Versorgungsplanung ein Rückschritt.

Wie wertvoll ausreichende Kapazitätsreserven sind, zeigt sich in Ländern, in denen Warteschlangen den Zugang zu qualifizierter, lebensrettender Hilfe blockieren. Die international anerkannte hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens wird wesentlich vom offenen Zugang zur Krankenhausbehandlung bestimmt. Das setzt voraus, dass es ausreichend Krankenhäuser gibt.

Georg Baum ist Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) in Berlin und kann auf eine langjährige berufliche Praxis im Gesundheitswesen zurückblicken – unter anderem 13 Jahre als Unterabteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium.

Zugegeben, im internationalen Vergleich ist die Bettenrelation pro 100.000 Einwohner in Deutschland mit ca. 830 Betten vergleichsweise hoch. Die Niederlande liegen bei ca. 500 Betten, haben dafür aber merkliche Versorgungsprobleme, die dazu führen, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen von niederländischen Patienten mit beansprucht werden.



Privatbehandlung von GKV-Versicherten Ein schmaler Grat

Leistungen für GKV-Versicherte werden grundsätzlich als Sach- bzw. Dienstleistungen erbracht, wobei nicht notwendige bzw. unwirtschaftliche Leistungen durch den Vertragsarzt weder erbracht noch verordnet werden dürfen; die Krankenkasse darf diese Leistungen nicht bezahlen. Abweichend vom grundsätzlichen Sachleistungsanspruch bestehen, allerdings ausschließlich für den Versicherten, verschiedene Möglichkeiten, Kostenerstattung zu wählen. Der Vertragsarzt hat diese Möglichkeit bei der Behandlung eines GKV-Versicherten nicht. Dies schließt die entsprechende, auch indirekte oder unterschwellige, Beeinflussung des Patienten ausdrücklich ein.

Die Fälle, in denen der Vertragsarzt ohne gewählte Kosten-erstattung einen direkten Vergütungsanspruch gegenüber dem GKV-Versicherten geltend machen darf, sind zunächst im Bundesmantelvertrag abschließend geregelt. Dies ist möglich, wenn

- die Krankenversichertenkarte (oder ein anderer Anspruchsausweis) vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt und auch innerhalb von zehn Tagen nicht nachgereicht wird,
- der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dies ausdrücklich schriftlich bestätigt. Dabei ist besonders zu beachten, dass bei der Anmeldung bzw. Terminvereinbarung keinerlei Be-

einflussung des Versicherten erfolgt. Der Wunsch, auf eigene Kosten behandelt zu werden, muss unmittelbar vom Versicherten selbst ausgehen. Der Vertragsarzt und auch das Praxispersonal dürfen dem GKV-Versicherten weder eine private Behandlung vorschlagen, noch ihn in irgendeiner Form in diese Richtung drängen,

- für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind (IGeL), vorher eine schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme von Privatleistungen anstelle der ihnen zustehenden GKV-(Sach-)Leistungen beeinflussen, verstoßen gegen vertragsärztliche Pflichten.

Der GKV-Patient als Privatpatient

Jeder GKV-Versicherte ist zunächst ausschließlich nach GKV-Prinzipien zu behandeln. Nur in den oben genannten Fällen darf ihm ein Honorar abverlangt werden. Dabei ist dem Patienten die nötige Entscheidungsfreiheit bzw. eine ausreichende (im Zweifel längere) Bedenkzeit einzuräumen, gegebenenfalls auch durch einen zweiten Termin.

Vertragsärzte sollten beachten, dass auch Wunschleistungen berufsrechtskonform zu erbringen sind. Hierzu zählt insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation unter Beachtung des anerkannten Standes medizinischer Erkenntnisse. Können Vertragsärzte genehmigungspflichtige GKV-Leistungen aufgrund der fehlenden Genehmigung durch die KV gegenüber GKV-Patien-

ten nicht erbringen, bedarf es zunächst des Verweises auf einen Vertragsarzt mit entsprechender Genehmigung, der diese Leistungen auf Krankenversichertenkarte durchführt. Nur, wenn der Patient – im Wissen um diese Alternative und um seine Zahlungspflicht – diese Leistung ausdrücklich durch seinen Arzt erhalten möchte, dürfen Vertragsärzte diese als privatärztliche Leistung erbringen. Nicht zulässig sind zum Beispiel auch die Auslagerung wesentlicher Leistungen des Fachgebietes in eine Privatpraxis wegen unzureichender GKV-Vergütung, (Zu-)Zahlungen bei Budgetausschöpfung, Mengenbegrenzungen, niedrig bewerteten Leistungen, zu gering bemessenen Pauschalen usw. sowie die Privatliquidation von (Einzel-)Leistungen, die Bestandteil von Leistungskomplexen/Pauschalen sind.

Schließen Sie immer einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit dem GKV-Patienten über die privatärztliche Behandlung ab, welcher neben der konkreten Leistung/Methode auch die ausdrückliche Belehrung darüber enthalten sollte, dass die Kosten unter Umständen nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Zur eigenen rechtlichen Absicherung sollte alles penibel dokumentiert werden.

Handlungshilfen gibt ein gemeinsamer IGeL-Ratgeber von Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zu finden auf www.bundesaerztekammer.de/downloads/Igelcheck2Auf1201401.pdf.

Die Abrechnung

Die privatärztliche Abrechnung hat auch gegenüber GKV-Patienten grundsätzlich immer nach der Gebührenordnung für Ärzte

(GOÄ) zu erfolgen. Dies schließt eine ordnungsgemäße Rechnung gemäß den GOÄ-Regelungen ein. Pauschalhonorare und/oder Rabatte sind nicht möglich. Vertragsärzte sollten beachten, dass eine Zahlung durch den Patienten erst dann fällig ist, wenn ihm eine ordnungsgemäße GOÄ-konforme Rechnung vorliegt. Insofern sind Vorauszahlungen, Abschläge und formlose Quittungen ausgeschlossen.

Die Privatsprechstunde

Sprechstunden allein für Privatpatienten bzw. privatärztliche Behandlungen sind grundsätzlich zulässig, solange der Vertragsarzt seinen gesetzlichen Versorgungsauftrag (20 Stunden Sprechstunde pro Woche bei Vollzulassung) erfüllt. Wichtig ist die klare zeitliche Ausweisung und Abgrenzung von der GKV-Sprechstunde. Wenn der GKV-Versicherte trotz des Angebotes, die gleichen Leistungen auch auf Krankenversichertenkarte erhalten zu können, ausdrücklich die Privatbehandlung wünscht, kann dies unter den oben genannten restriktiven Voraussetzungen erfolgen. Das direkte Angebot zur Behandlung im Rahmen der Privatsprechstunde aufgrund ausgelasteter GKV-Sprechstunden ist in jedem Fall unzulässig. (PM)

Eine ausführliche Darstellung zum Thema finden Sie in dem Hartmannbund-Merkblatt „Privatliquidation bei GKV-Versicherten“ unter www.hartmannbund.de/info-allg.



Anzeige



FÜR EIN ENTSPANNTES VERHÄLTNISS ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

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

www.ihre-pvs.de

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

 **PVS holding**
GEMEINSAM BESSER.

MVZ sind beliebte Arbeitgeber – Warum?

Bundesweit gründen sich immer mehr Medizinische Versorgungszentren. Waren es laut einer Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2004 nur 70 MVZ, so stieg die Zahl bis Ende 2012 auf 1.938 MVZ an. Auch die Zahl der dort angestellten Ärzte steigt stetig. 2004 arbeiteten im MVZ 107 Ärzte, Ende 2012 waren es unglaubliche 10.476 Ärzte – das ist eine enorme Steigerung. Warum sich immer mehr Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren anstellen lassen, haben wir am Beispiel eines MVZ im Allgäu versucht herauszufinden.

Die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH ist mit sieben Fachdisziplinen eines der größten Medizinischen Versorgungszentren in Süddeutschland. An drei Standorten – in Immenstadt, Sonthofen und Kempten – arbeiten derzeit mehr als 150 Mitarbeiter, unter ihnen 30 angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Nach eigenen Angaben sichert das MVZ Immenstadt Allgäu die fachärztliche-medizinische Versorgung im südlichen Oberallgäu bis in die angrenzenden Gebiete des Nachbarlandes Österreich und arbeitet als Tochtergesellschaft eng mit dem Klinikverbund Kempten-Oberallgäu zusammen, der wiederum in öffentlicher Trägerschaft geführt wird. Das fachärztliche Leistungsspektrum des MVZ umfasst die Fachbereiche Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Innere Medizin/Onkologie, Gynäkologie, Urologie, Anästhesiologie und Neurologie.

Das MVZ Immenstadt Allgäu, so Verwaltungsleitung Volker Kiefer, wurde im Jahr 2007 gegründet und habe seitdem die Zahl seiner Mitarbeiter sowie der Kassensitze stetig erhöhen können. „Aktuell haben wir 13,5 Kassensitze und sind somit ein großes MVZ“, so Kiefer.

Schaut man auf die Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (s. Information auf S. 19), dann sind die Allgäuer mit ihren 30 angestellten Ärzten gegenüber dem KBV-Durch-

schnittswert von 6,1 in MVZ arbeitenden Ärzten ein kleiner „Gigant“ unter den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland.

Der Grund, warum das MVZ Immenstadt Allgäu mit 13,5 Kassensitzen so viele angestellte Ärzte in seinen Reihen hat, sei laut Kiefer auf die Teilzeittätigkeiten zurückzuführen – möglich durch die gesetzliche Vorgabe, dass ein Kassensitz (40 Stunden) auf Einheiten von bis zu 10 Stunden aufgeteilt werden kann. „Bei uns sind mehr als 50 Prozent der Ärzte in Teilzeit beschäftigt“, sagt Volker Kiefer und nennt mit „geregelter Arbeitszeiten“ einen der wichtigsten Gründe, warum das Interesse von Ärzten an einer Anstellung im MVZ ungebrochen hoch ist und seit Jahren stetig steigt.



Die Gynäkologin Sandra Bredl arbeitet seit Januar 2014 im MVZ Immenstadt-Allgäu und schätzt den relativ geregelten Arbeitsablauf.

Geregelte Arbeitszeiten waren Grund für Wechsel

Auch für die Gynäkologin Sandra Bredl waren die geregelten Arbeitsbedingungen in den Medizinischen Versorgungszentren der entscheidende Grund, dort eine Beschäftigung zu suchen. Vor ihrer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung war sie als Oberärztin in einem bayerischen Krankenhaus tätig. Dort habe sie bis zu 15 Nachtdienste im Monat absolvieren müssen, was sie auf Dauer stark belastet habe.

„Als Oberärztin hatte ich häufig am Wochenende Dienst, oft von Freitag bis Montagfrüh. Danach fing der normale Dienst an. Die Arbeitsbelastung war einfach zu hoch und irgendwann ging es nicht mehr, aus dem Tiefschlaf gerissen zu werden und zehn Minuten später im OP zu stehen“, wollte Sandra Bredl einen Schlußstrich unter ihre Klinik­tätigkeit ziehen und begann 2011 Schritt für Schritt in die Praxistätigkeit zu wechseln.

Die bayerische Ärztin wollte immer schon einmal in einer Praxis arbeiten und ließ sich von den neuen Herausforderungen schnell begeistern. Nach einer längeren Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis wechselte die 45-Jährige dann zu Jahresbe-



ginn 2014 nach Sonthofen, an einen der drei Standorte des MVZ Immenstadt Allgäu. Hier arbeitet sie gemeinsam mit einer Kollegin in „eigenen“ Räumlichkeiten. „Die Arbeit im MVZ ist vergleichbar mit der Tätigkeit in einer eigenen Praxis“, erzählt Sandra Bredl. Mit einem großen Unterschied: Die Endabrechnung und viele andere administrative Angelegenheiten übernimmt zentral die Verwaltung des MVZ.

Wechsel von Klinik in MVZ hat sich gelohnt

Diese Arbeitserleichterung gegenüber dem üblichen Praxisbetrieb und die Tatsache, dass sie momentan keine KV-Dienste übernehmen muss, gestaltet die Arbeit als sehr angenehm. „Ich habe einen relativ geregelten Arbeitsablauf. 35 Stunden in der Woche habe ich Sprechstunde, die übrigen 5 Stunden kümmerge ich mich um administrative Tätigkeiten“, ist Sandra Bredl mit ihrer MVZ-Anstellung zufrieden. „Ich wollte einfach wieder das Gefühl haben, mich beim Aufstehen auf meine Arbeit zu freuen. Das klappt wieder“, ist sie froh über ihre Entscheidung, von der Klinik in ein Medizinisches Versorgungszentrum gewechselt zu sein. Auch in den kommenden Jahren könne sie sich gut vorstellen, weiterhin im MVZ zu arbeiten. In eine Klinik möchte sie vorerst nicht mehr zurück. (DA)

Der Hartmannbund berät angestellte und niedergelassene Ärzte in allen beruflichen „Lebenslagen“. Haben Sie Interesse an einer Beratung – zum Beispiel zu Ihrem Arbeitsvertrag, zu Tarifangelegenheiten oder zum Thema Niederlassung – dann melden Sie sich bei uns. Sie erreichen uns wie folgt: E-Mail: hb-info@hartmannbund.de. Telefon: 030-206 208 0.



Information

Was die KBV herausgefunden hat

Die Anzahl der MVZ insgesamt (1.938 zum 31.12.2012) und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, steigt stetig. Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt seit Ende 2006 stärker an, als die Anzahl der Vertragsärzte. Zum 31.12.2012 arbeiten in MVZ 10.476 angestellte Ärzte und 1.441 Vertragsärzte. Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ erhöht sich langsam. Zum 31.12.2012 arbeiten die MVZ durchschnittlich mit 6,1 Ärzten. MVZ gründen sich sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten. Allerdings lässt sich die Mehrzahl der MVZ in Kernstädten sowie Ober- und Mittelzentren nieder. 37,5 Prozent aller MVZ-Träger sind zum 31.12.2012 Krankenhäuser. Die meisten Krankenhaus-MVZ gibt es in Bayern, Niedersachsen und Baden-Württemberg. Hausärzte und Internisten sind die am häufigsten vertretenen Arztgruppen. Mehr auf www.kbv.de/html/423.php.

Anzeige

telc
LANGUAGE TESTS



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

Nutzen Sie Ihre Chance: Legen Sie die Prüfung *telc Deutsch B2-C1 Medizin* oder *telc Deutsch B1-B2 Pflege* in Frankfurt am Main ab. Prüfungstermin: jeder letzte Dienstag im Monat.

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

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



Bewerten Sie Ihre Weiterbildung

Vier Landesärztekammern haben Pilotprojekt gestartet

Am 28. April startete die Neuauflage der Evaluation der Weiterbildung. Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den Landesärztekammern Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein können noch bis Juli unter www.eva-wb.de ihre aktuelle Weiterbildungssituation bewerten. Weiterbilder und Mitglieder anderer Kammern können nicht teilnehmen.

Nach dem Ende der Kooperation mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich haben die vier Landesärztekammern im Rahmen eines gemeinsamen Pilotprojekts und unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) einen neuen Evaluationsbogen entwickelt, der insgesamt nur noch 53 Fragen enthält. Der Fragenkatalog der früheren Erhebungen umfasste etwa 100 Fragen, was in der Diskussion um die Ergebnisse und Teilnahmequoten ein zentraler Kritikpunkt war. Die mit der neu konzipierten Befragung gewonnenen Erfahrungen sollen für eine spätere, wieder bundesweit durchgeführte Evaluation genutzt werden.

Neu ist auch, dass die Weiterbilder nicht mehr befragt werden. Die früheren Befragungen in den Jahren 2009 und 2011 hätten eine Korrelation zwischen den Bewertungen der Befugten und der Weiterzubildenden gezeigt, die den zusätzlichen Aufwand in der jetzigen Pilotphase nicht rechtfertigt, erklärte die bei der jetzigen Evaluation federführende Ärztekammer Nordrhein (ÄKN) dazu auf Nachfrage. Die Befugten sollen jedoch im Ergebnis eine konkrete Rückmeldung über Stärken und Schwächen ihrer Weiterbildung erhalten. Ziel ist es nach wie vor, einen Dialog zwischen Weiterbildern und Weiterzubildenden zu befördern, um so die Weiterbildung zu verbessern.

Bei der noch bis Ende Juli unter www.eva-wb.de freigeschalteten Befragung, die nicht länger als zehn Minuten dauern soll, wollen die vier Kammern unter anderem wissen, ob es einen strukturierten Weiterbildungsplan gibt und dieser auch eingehalten wird, welche Infrastruktur vorgehalten wird, ob das Vorgehen in Notfallsituationen vermittelt wird und ob die tariflich geregelten Arbeitszeiten eingehalten werden. Den

insgesamt 37 Fragen zur Weiterbildungssituation folgen vier Fragen zu den Auswirkungen der Evaluationen 2009 und 2011 – zum Beispiel, ob die Ergebnisse an der Weiterbildungsstätte besprochen wurden – und weitere elf Fragen zur persönlichen Situation. Dabei interessiert die Kammern auch, wer die Weiterbildung praktisch (!) betreut und ob die tariflich geregelten Arbeitszeiten eingehalten werden.

Die Ergebnisse werden als Befugtenbericht auf dem Evaluationsportal und der Internetseite der betreffenden Ärztekammer eingestellt, sofern der Befugte nicht innerhalb einer Frist Widerspruch gegen die Veröffentlichung eingelegt hat. Und auch die Teilnehmer werden ihrerseits gefragt, ob sie der anonymisierten Auswertung ihres Fragebogens für den Befugtenbericht auch dann zustimmen, wenn am Ende weniger als vier ausgefüllte Fragebögen von ihrer Weiterbildungsstätte vorlie-



gen. Verneint ein Teilnehmer diese Frage, werden seine Daten streng vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht. Damit soll verhindert werden, dass eine zu geringe Teilnehmerate Rückschlüsse auf die Beschäftigten an der jeweiligen Weiterbildungsstätte erlaubt.

Der Datenschutz soll über mehrere Bausteine gesichert sein. So werden die Weiterzubildenden – anders als bislang – direkt von den Kammern kontaktiert und erhalten darüber die Zugangsdaten für das Portal. Mit einem erst dann zufällig generierten Code können sie sich für die Umfrage anmelden. Der Code wird nach Beendigung der Umfrage sofort gelöscht, übrig bleibt der ausgefüllte Fragebogen. Ein Rückschluss auf den Teilnehmer soll damit ausgeschlossen sein.

Dass die Evaluation zunächst als Pilotprojekt in einzelnen Kammern durchgeführt wird, geht auf einen Beschluss des 116. Deutschen Ärztetages (DÄT) 2013 in Hannover zurück. Dieser beauftragte die BÄK, „bis 2014 für die neukonzipierte Evaluation der Weiterbildung eine konsentrierte Pilotversion vorzulegen, die von den dazu bereiten Landesärztekammern einheitlich als Pretest genutzt werden soll“. Keine Berücksichtigung fand dabei der von Delegierten des Hartmannbundes initiierte Beschluss des 115. DÄT, demzufolge (a) die Evaluation künftig nicht als zeitlich befristete Befragung, sondern als ständige Erhebung zu konzipieren, und (b) die Bewertung der Arbeit der zuständigen Landesärztekammer als separater Fragenkomplex in die Evaluation aufzunehmen sei. Laut ÄKN finde dieser Auftrag bei einer späteren Evaluation durch die BÄK „sicherlich eine Berücksichtigung“. Zudem werde er beim jetzigen Piloten in die Überlegungen zur weiteren Vorgehensweise einfließen.

Ärztékammer Westfalen-Lippe mit eigener Evaluation

Eine eigene Evaluation führt die Ärztekammer Westfalen-Lippe durch. Sie startete Anfang Mai und umfasst lediglich 28 Fragen. Hier werden alle Kammermitglieder angeschrieben, die laut Meldedaten noch kein Facharzt sind. Sie erhalten per Post einen Fragebogen zugesandt, den sie entweder schriftlich oder mit einem gleichzeitig verschickten Code online unter www.iqms.de/eva-wl beantworten können. Den Zeitaufwand beziffert die Kammer mit etwa fünf Minuten. Die Weiterbil-

der werden auch hier nicht in die Evaluation einbezogen. Sie sollen jedoch ebenfalls Befugtenberichte erhalten, wenn sich mindestens vier Weiterzubildende an der Evaluation beteiligt haben oder – wenn es weniger als vier sind – die Teilnehmenden dem ausdrücklich zugestimmt haben. Daneben soll es auch einen Bericht über die Gesamtsituation der Weiterbildung in Westfalen-Lippe geben.

Für beide Befragungen gilt: Wenn Sie bis jetzt noch nicht angeschrieben worden sind, nehmen Sie mit Ihrer Ärztekammer Kontakt auf. Sie erhalten die Teilnahmeunterlagen dann zugesandt. (SP)



Am Rande notiert

In **Bayern** können Weiterzubildende seit Jahresbeginn Zeiten von unter drei Monaten bis zu dreimal je Weiterbildungsgang anerkannt bekommen. Möglich macht das Paragraf 4 Abs. 4 Satz 3 der neu gefassten Weiterbildungsordnung. Das ist für junge Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen eine wichtige und wegweisende Neuregelung. – Allerdings: Nach wie vor gilt auch Satz 2 desselben Paragrafen. Demnach können „Zeiten unter sechs Monaten [...] nur dann als Weiterbildungszeit anerkannt werden, wenn dies in Abschnitt B oder C vorgesehen ist“.

Das heißt: Jeder kann sich zwar ohne Einschränkung bis zu drei Mal je Weiterbildungsgang weniger als drei Monate anerkennen lassen, nicht jedoch zusammenhängende Zeiten zwischen drei und sechs Monaten.

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



PJ-Liste ist fertig – zu finden auf www.hartmannbund.de Welche Häuser sind „sch



Theo Uden, Vorsitzender der Medizinstudierenden im Hartmannbund.

Jetzt hat es der Hartmannbund schwarz auf weiß: 111 von insgesamt 691 Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern in Deutschland zahlen keine PJ-Aufwandsentschädigung. Und nur 56 Krankenhäuser zahlen den Höchstsatz von 597 Euro monatlich. Dazwischen liegt ein weites Feld. Vor dem Hintergrund, dass PJ-Studierende in den Kliniken wichtige Arbeiten übernehmen, sind die vorliegenden Ergebnisse ernüchternd.

Immerhin: Die Hälfte der 691 Krankenhäuser zahlt zwischen 201 und 400 Euro im Monat. Und viele Kliniken bieten zusätzlich Sachleistungen wie Zuschüsse für Unterkunft, Fahrtkosten oder Mahlzeiten an. „Trotzdem ist das Ergebnis ernüchternd“, zieht Theo Uden, der Vorsitzende der Medizinstudierenden im Hartmannbund, Bilanz. „Wenn man bedenkt, dass viele PJ-Studierende täglich acht bis zehn Stunden und mehr im Einsatz sind und dabei die Abläufe der Stationen umfangreich unterstützen, stimmt uns das sehr nachdenklich und hoffen wir, die Verantwortlichen mit unserer PJ-Liste wachzurütteln.“

Vor Jahresfrist hatte sich der Hartmannbund das Ziel gesetzt, eine bundesweite Liste über die „Zahlungsmoral“ der deutschen

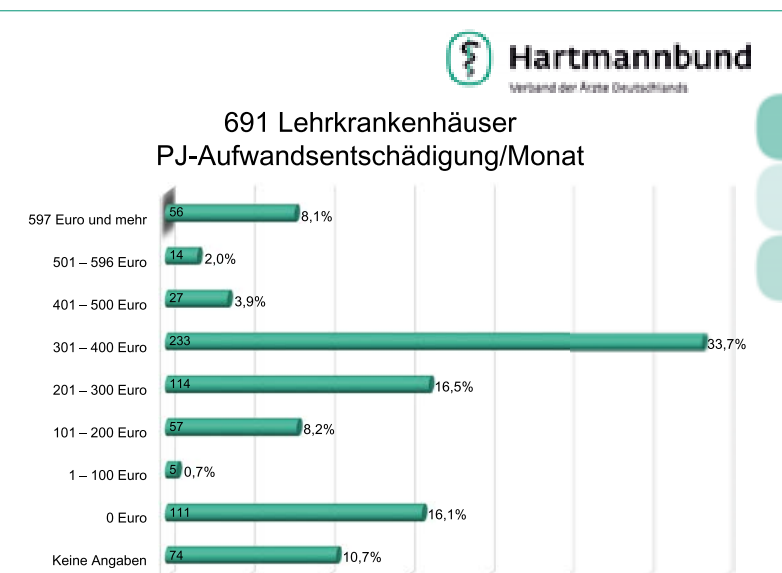
Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser zu erstellen – zu häufig ist dem Verband in der Kommunikation mit seinen studentischen Mitgliedern aufgefallen, dass die PJ-Studierenden im Gegensatz zu ihrem Arbeitsumfang eine unverhältnismäßig geringe PJ-Aufwandsentschädigung erhalten. Viele Studierende informierten uns sogar darüber, dass sie leer ausgingen, weil es Absprachen zwischen Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern gebe. Diese Berichte nahm der Hartmannbund zum Anlass, einmal intensiv nachzuhaken, wie sich die aktuelle Situation bundesweit tatsächlich darstellt.

In einem ersten Schritt wurden die PJ-Studierenden des Hartmannbundes in einer Online-Umfrage zur Höhe der PJ-Aufwandsentschädigung sowie zu ihren Tätigkeiten befragt. Mitgemacht hatten im Mai 2013 rund 1500 Medizinstudierende. Nach der Auswertung dieser ersten Ergebnisse wurden im Herbst in einem zweiten Schritt alle Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser angeschrieben, um die bestehenden Lücken zu füllen und die bereits vorliegenden Zahlen zu überprüfen. Und zu guter Letzt haben die aktuell 47 Universtreter des Hartmannbundes versucht, alle eingegangenen Daten zu checken und die noch fehlenden zu ergänzen. Am Ende der umfangreichen Recherchearbeit steht eine PJ-Liste mit Daten von 617 der insgesamt 691 Unikliniken und Lehrkrankenhäuser.

Lehrkrankenhäuser können PJ-Liste ergänzen

„Die fehlenden 74 Lehrkrankenhäuser, aber auch alle anderen haben natürlich die Möglichkeit, fehlende Daten bei uns einzureichen, zu ergänzen und wenn nötig auch zu aktualisieren“, wollen Theo Uden und seine Mitstreiter im Ausschuss der Medizinstudierenden die PJ-Liste des Hartmannbundes offen gestalten. „Wir sehen die vorhandene Liste nicht als Brand-Liste, sondern als ein Instrument, mit dem wir den Medizinstudierenden in ganz Deutschland zeigen, dass die Unikliniken und Lehrkrankenhäuser einerseits transparent sein wollen und andererseits bemüht sind, ihre PJ-Studierenden für deren umfangreiche Tätigkeit gerecht zu entschädigen“, so Theo Uden.

Am Ende soll eine bundesweit einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung von monatlich 597 Euro stehen, die der Hartmannbund bereits seit zwei Jahren fordert. „Die Zeiten, in denen Medizinstudierende im PJ als kostenlose bzw. kostengünstige Vollzeitkräfte vereinnahmt werden, müssen der Vergangenheit angehören“, begründet Theo Uden die Forderung. Die PJ-Umfrage des Hartmannbundes belege, dass Medizinstudierende im Rahmen ihres PJ durch ihr bereits vorhandenes theoretisches Wissen und ihre ersten praktischen Erfahrungen qualitativ hochwertige Arbeit leisten. Dadurch entlasten sie nicht nur die angestellten Ärztinnen und Ärzte, sondern werden von den Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern in der Personalplanung häufig als fester Bestandteil eingeplant. Vor diesem Hintergrund sei es nicht fair, sondern vor allem auch konsequent, den PJ-Studierenden eine angemessene PJ-Aufwandsentschädigung



mannbund.de warze Schafe“?



zu zahlen. Gleichzeitig stellen sich die Medizinstudierenden des Hartmannbundes gegen die Forderung des 116. Deutschen Ärztetages (DÄT), der sich 2013 für eine Öffnung des BAföG-Höchstsatzes (597 Euro) nach oben ausgesprochen hat. „Es wäre doch schon eine riesen Sache, wenn alle 111 Lehrkrankenhäuser, die derzeit nichts zahlen, eine Aufwandsentschädigung einführen“, hält Theo Uden die DÄT-Empfehlung für überzogen. Und wenn sich in einem nächsten Schritt immer mehr Lehrkrankenhäuser für monatlich 597 Euro entscheiden würden, dann hätten die Studierenden einen entscheidenden Sieg errungen. „Wir wollen den bestehenden Wettbewerb unter den Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern nicht über monetäre Reize weiter anheizen, deshalb fordern wir

eine einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung“, unterstreicht Theo Uden die Forderung der Hartmannbund-Studierenden. Nur durch die Einheitlichkeit sei gewährleistet, dass sich die Ausbildungsstätten nicht an ihren finanziellen Anreizen messen lassen müssen, sondern an ihrer Ausbildungsqualität. Das Praktische Jahr sei Teil der Ausbildung und kein Beschäftigungsverhältnis. Eine Aufwandsentschädigung habe den Zweck, dass der PJ-Studierende neben der umfangreichen Tätigkeit im Krankenhaus keinen weiteren Tätigkeiten nachgehen muss, um seinen Lebensunterhalt zu sichern. (DA)

Umfrage

PJ-Tätigkeiten der Befragten

- Zugänge legen (96 Prozent)
- Blutabnahme (95,8 Prozent)
- Patientenaufnahme (86,3 Prozent)
- Schreiben von Arztbriefen (74,6 Prozent)
- Patientengespräche (70,5 Prozent)
- Visite (59,1 Prozent)
- Eigenständige Betreuung von Patienten unter Aufsicht (57,9 Prozent)
- Assistenz bei Operationen (53,9 Prozent)
- Medikamente verabreichen (49,9 Prozent)
- Wundkontrolle (47,5 Prozent)
- EKG schreiben (41,1 Prozent)
- Port anstechen (38,1 Prozent)

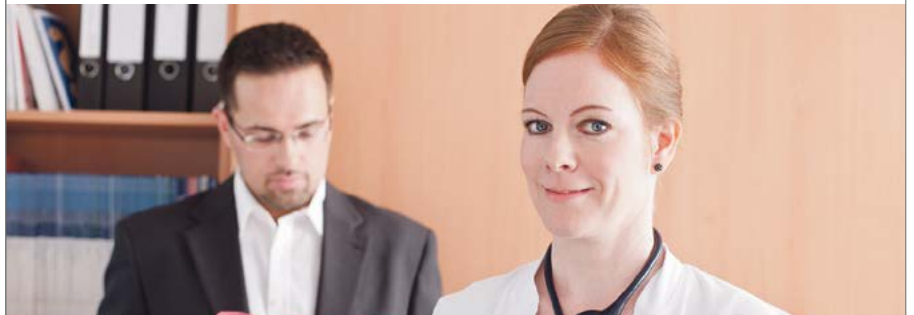


mehr auf
www.hartmannbund.de

Anzeige

SRH FERNHOCHSCHULE
RIEDLINGEN

STAATLICH
ANERKANNTE
FACHHOCHSCHULE



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

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

Ihre Vorteile:

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



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

WWW.FLEXIBELSTUDIERN.ORG

Aktuelle HB-Umfragen: „Haben Frauen faire Chancen Spannende Antworten auf

Frauen haben während ihres Medizinstudiums oft brillante Noten, viele promovieren, stehen als Assistenzärztinnen ihren männlichen Kollegen in nichts nach und können sich vorstellen, als Fachärztin in einer verantwortungsvollen Position zu arbeiten. Doch nur wenige Jahre später sieht die Realität häufig ganz anders aus, stoßen Frauen offensichtlich noch immer an die „gläserne Decke“...

Deutschlandweit sind nur knapp zehn Prozent der Chefarztposten in weiblicher Hand, und viele junge Ärztinnen geben ihre Karriereträume auf, sobald die Familienplanung konkrete Züge annimmt. Eine Rückkehr in den Job ist oft nur mit angezogener Handbremse möglich – und die männlichen Kollegen ziehen an den früheren Kommilitoninnen vorbei und bekommen die Jobs, von denen auch die jungen Ärztinnen einst geträumt haben.

Liegt es tatsächlich nur an den fehlenden Betreuungsmöglichkeiten oder sind unflexible Arbeitsmodelle, alte Rollen- und Führungsmuster und die noch immer vorhandene männliche „Machtkonzentration“ in der chefarztlichen Position daran schuld, dass Frauen in der Medizin noch immer nicht die gleichen Chancen haben wie ihre Kollegen?

Vor diesem Hintergrund hat der Hartmannbund Ende April eine zweiwöchige Mitgliederumfrage unter seinen Medizinstudentinnen und Assistenzärztinnen gestartet. Teilgenommen haben fast 2800 Frauen, die zum Teil sehr ernüchternde Antworten gegeben haben. An dieser Stelle Auszüge der Fragen und Antworten. Die vollständige Präsentation finden Sie auf www.hartmannbund.de.

Welche ärztliche Tätigkeit möchten Sie erreichen? 51 Prozent Fachärztin (angestellt/niedergelassen); 36 Prozent Oberärztin; 5 Prozent Chefärztin; 8 Prozent Chefärztin + Lehre/Forschung

Ist die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in Teilzeit eine Option? 5,5 Prozent Ja, das trifft für mich bereits zu; 86,5 Prozent Ja,

das kann ich mir grundsätzlich vorstellen; 8 Prozent Nein, das ist für mich keine Option

Ist das Thema Teilzeitbeschäftigung noch immer besonders für Frauen eine Herausforderung am Arbeitsplatz? 92 Prozent Ja; 6,5 Prozent Nein; 1,7 Prozent keine Antwort

Müssten Sie nach Ihrer Einschätzung auf Kinder/Familie verzichten, um Ihre Karriereziele erreichen zu können? 45 Prozent Ja; 51 Prozent Nein; 3 Prozent hat bereits verzichtet; 1 Prozent keine Antwort

erkannt und darauf reagiert? 6 Prozent Ja; 49 Prozent Nein; 41 Prozent ist bemüht; 4 Prozent keine Antwort

Vielfältig sind die Gründe, warum es nach Auffassung der Befragten an der „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ noch immer hapert:

Hierarchiestrukturen (leitende Oberärzte und Chefarzte sind überwiegend Männer), **traditionelle Rollenmuster** (Mutter steckt für das Kind zurück, Vater geht Vollzeit arbeiten), **fehlende Bereitschaft zur Veränderung** (eingespielter Strukturen, starre und familienunfreundliche Arbeitsbedingungen, fehlende Betreuungsformen).

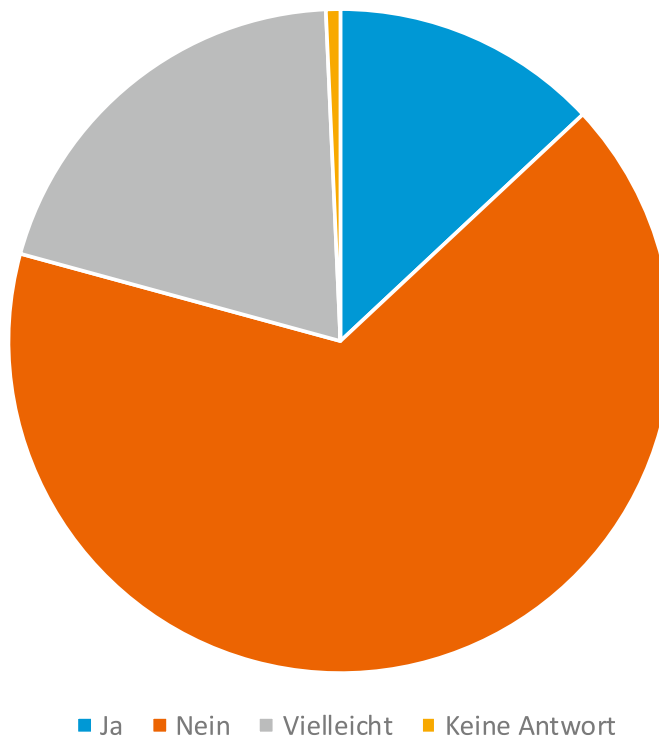
Dass der Hartmannbund mit dieser Umfrage den Nerv seiner (weiblichen) Mitglieder getroffen hat, zeigte bereits die Teilnehmerzahl von 1600 innerhalb der ersten 24 Stunden. Am Ende sind es 2768 Teilnehmerinnen geworden. Für den Hartmannbund ist das ein ganz klares Zeichen:

Das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ ist noch lange nicht out und trägt vor allem mit Blick auf die Situation der Frauen in der ärztlichen Tätigkeit und deren großen Zweifeln an ihren künftigen Karrierechancen zum Teil besorgniserregende Züge.

Fest steht aber auch, dass angesichts solcher Antworten sowie des 60-prozentigen Anteils weiblicher Medizinstudenten und

des seit vielen Jahren prognostizierten Ärztemangels dringender Handlungsbedarf besteht. (DA)

Haben Frauen nach eigener Einschätzung im Arztberuf die gleichen Karrierechancen wie ihre männlichen Kollegen?





im Arztberuf?" & „Delegation Substitution“ drängende Fragen

Wenn die Große Koalition Gesundheitspolitik macht, dann will der Hartmannbund mitreden. Erst Recht, wenn entscheidende Weichen gestellt werden. So auch beim Thema Delegation, dessen Weiterentwicklung sich die Regierung vorgenommen hat. Damit wir dabei auf die Erfahrungen und Einschätzungen unserer Mitglieder zurückgreifen können, haben wir Sie um Ihre Meinung gebeten – mit interessanten Ergebnissen.

Hohe Aufgeschlossenheit in klaren Grenzen – so lässt sich in wenigen Worten das Ergebnis der Hartmannbund-Umfrage zum Thema „Delegation & Substitution“ zusammenfassen. Mehr als 1.000 Mitglieder des Hartmannbundes haben sich im März diesen Jahres an der Online-Umfrage beteiligt und mit ihren Antworten einen interessanten und – angesichts der hohen Teilnehmerzahl – sicherlich auch repräsentativen Einblick in die Haltung und Einschätzung der deutschen Ärzteschaft zu diesen zentralen Fragestellungen ermöglicht.

Schaut man sich die Ergebnisse der Umfrage genauer an und betrachtet die Antworten einmal selektiv (Altersgruppen, „Ost-West“-Aspekt, Tätigkeit in eigener Praxis oder in der Anstellung), dann kann man durchaus signifikante

Unterschiede feststellen. Im Kern: Je jünger, desto aufgeschlossener. Angestellte Ärztinnen und Ärzte stehen den Themen Delegation und Substitution offener gegenüber als ihre niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, und auch im „Osten“ gibt es eine größere Offenheit als im „Westen“. Für alle Befragten allerdings gilt: Es gibt ganz klare Grenzen bei der Bereitschaft, Leistungen zu delegieren oder zu substituieren.

Vor allem diese Grenzen sind es, die der Hartmannbund in seinen politischen Gesprächen deutlich machen wird, wenn in den nächsten Monaten die Themen Delegation und Substitution auf die Tagesordnung kommen. Der Koalitionsvertrag lässt keinen Zweifel an den Plänen der Regierung zu: „Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend er-

möglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.“

Der Hartmannbund wird diesen politischen Prozess kritisch und konstruktiv begleiten, damit wegweisende Entscheidungen nicht ohne die Ärzte getroffen werden. Dies dürfen wir nicht den Krankenkassen oder anderen Playern des Gesundheitswesens überlassen. (MR)

Eine Präsentation der kompletten Umfragergebnisse finden Sie im Internet unter: www.hartmannbund.de/hbmedia.



Das Deutsche Ärzteblatt (Ausgabe 18/2014) widmete den Umfragergebnissen des Hartmannbundes zu „Delegation & Substitution“ eine Doppelseite. Mehr Informationen dazu finden Sie auch auf www.aerzteblatt.de.

Klaus Rinkel übernimmt Vorsitz Friedrich-Thieding-Stiftung mit neuer Spitze

Der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes steht ein neues Kuratorium vor. Außerdem wurde mit Klaus Rinkel ein neuer Vorsitzender gewählt.

Das neu zusammengesetzte Kuratorium – bestehend aus dem Vorsitzenden Dr. Stefan Schröter, dem stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Jörg Hermann sowie Dr. Esther Freese (Bundesärztekammer), Peter Schlögell (Deutsche Apotheker- und Ärztebank) und Dr. Stephan Anders (Deutsche Ärzteversicherung) – hat einen neuen Vorstand gewählt. Neben Klaus-Peter Schaps und Prof. Dr. Volker Harth, die dieses Amt bereits inne hatten, wurde Klaus Rinkel als Vorsitzender in das Gremium gewählt. Der Neurologe und Sozialmediziner aus Ulm ist stellvertretender Vorsitzender des Hartmannbundes sowie Landesvorsitzender des Hartmannbundes in Baden-Württemberg.

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes ist eine selbstständige Stiftung des privaten Rechts. Die Mitglieder des Vorstandes sind ehrenamtlich tätig, und ihnen obliegt die Verwaltung der Stiftung. Seit ihrer Gründung hat die Friedrich-Thieding-Stiftung einen festen Platz in der

deutschen Ärzteschaft gefunden, der sich insbesondere aus ihren umfangreichen Fortbildungsprogrammen auf den Gebieten der Gesundheits- und Berufspolitik ergeben hat.

Schwerpunkt der Stiftungsarbeit und somit fester Bestandteil des Seminarangebotes der Stiftung sind die berufspolitischen Seminarreihen, deren Ziel es ist, Medizinstudierenden sowie jungen Ärzten eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem zu geben und die aktuellen berufspolitischen Entwicklungen aufzuzeigen. Die Stiftung bedient damit diejenigen Themenfelder, die an Medizinischen Hochschulen, Kammern sowie in der industriell geförderten medizinischen Fortbildung oft zu kurz kommen.



Klaus Rinkel, stellvertretender Hartmannbund-Vorsitzender, hat den Vorsitz der Friedrich-Thieding-Stiftung übernommen.

Informationen zu diesen und weiteren Themen sowie Terminen finden Sie unter www.friedrich-thieding-stiftung.de.

Anzeige

Golf & Genuss

Jacquot Sonderedition
Golfführer für Deutschland 2014

*Geschenkset für Ihre Kunden,
Geschäftspartner und Freunde*

- Große Deutschlandkarte
- Über 300 Greenfee-Gutscheine
- 1 Flasche Jacquart-Champagner

Zu bestellen unter:
www.koellen-golf.de

Paketpreis € 39,90



Ärztammerwahlen 2014

In diesem Jahr fanden und finden bundesweit die Wahlen zu den regionalen Ärztekammern statt. Der Hartmannbund tritt überwiegend mit eigenen Listen an – mit dem Ziel, mit vielen HB-Mandatsträgern in den Landesärztekammern vertreten zu sein, um sich berufspolitisch für die Ärzteschaft einsetzen zu können. Nähere Informationen erhalten Sie von den Geschäftsstellen Ihrer Landesverbände bzw. den Hartmannbund-Servicecentern (s. Seite 32).

Univertreter vor Ort engagiert

Bundesweit organisieren die aktuell 47 Univertreter des Hartmannbundes vor Ort an den Universitäten viele Aktionen, um mit den Medizinstudierenden Kontakt aufzunehmen – Anfang Mai haben dies die vier Göttinger Univertreter gezeigt. Gemeinsam mit Vertretern der DÄF informierten die vier Erstsemester über den Hartmannbund.



Dr. Rolf-Christian Hänse, seit 1991 niedergelassen als praktischer und allergologisch tätiger Arzt in Weimar sowie freiberuflich als Betriebsarzt tätig, ist seit 2001 Mitglied im Landesvorstand des Hartmannbundes Thüringen. Im April 2011 wurde er zum Vorsitzenden seines Landesverbandes gewählt.



Die HB-Landesvorsitzenden im Interview: Thüringen

Niederlassung auf die Beine helfen

Vor einem halben Jahr konnte sich der Hartmannbund Thüringen erfolgreich mit einer Umfrage in der Öffentlichkeit platzieren. Allerdings mit einem Thema, das für Ärzte wie Patienten wenig erfreulich war – die Problematik der augenärztlichen Versorgungssituation. Hat sich da mittlerweile etwas gebessert?

Leider hat sich an der Versorgungssituation bei den Augenärzten in Thüringen, wie auch in anderen Fachgruppen, die Situation nicht verändert. Es fehlen Ärzte für die ambulante Versorgung. Dabei ist es in der Zwischenzeit so, dass nicht nur niederlassungswillige Kollegen, sondern auch solche fehlen, die an einem Anstellungsverhältnis interessiert sind. Der Mangel betrifft die Augenärzte, aber auch andere konservativ arbeitende Fachgruppen sowie den hausärztlichen Bereich. Der Beruf des niedergelassenen Arztes ist offenbar so wenig attraktiv, dass ihn nur wenige Mediziner noch ergreifen wollen.

Wie schätzen Sie die Maßnahmen ein, die von Seiten der Landesregierung, der KV und der Landesärztekammer angeboten werden, um dem Nachwuchsmangel zu begegnen?

Die Thüringer Landesregierung, KV und Ärztekammer regieren so, wie man es von Verwaltungen erwarten kann: Es wird administriert, man übt sich in Ersatzhandlungen. Geübte Praxis ist, dass die Thüringer Kassenärztliche Vereinigung in Gebieten, in denen ein Versorgungsnotstand droht, die Praxen mit dem Geld der Niedergelassenen übernimmt, finanziell und personell aufpäpelt und versucht, sie dann den dort mit Fangprämien, Umsatzgarantie und Pleiteschutz „angefütterten“ Ärzten zu übergeben. In der Tat funktioniert das zumin-

dest teilweise. Nach unserer Auffassung ist es aber nicht Aufgabe der Verwaltung, auf diese Weise eine Art halbstaatliches Gesundheitssystem aufzubauen, sondern Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Arztberuf wieder so attraktiv machen, dass Ärzte aus freier Entscheidung heraus wieder in die ambulante Versorgung gehen wollen. Gleiches gilt im Grundsatz für die finanzielle Förderung der Allgemeinmedizin. Lockprämien sind für jeden, der rechnen kann, albern. Die Rahmenbedingungen für ärztliche Arbeit müssen stimmen, dafür kämpfen wir.

Was sind aus Sicht des Hartmannbundes geeignete Maßnahmen?

Wir sind im Hartmannbund der aus gesamtärztlicher Sicht einzige Verband, der quer durch alle Bereiche der ärztlichen Versorgung und quer durch alle Fachgruppen seit Jahren Positionen vertritt, die der ambulanten ärztlichen Versorgung sofort wieder auf die Beine helfen würden: gerechte Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung, Abstaffelungen und ein dramatischer Bürokratieabbau. Kritisch zu hinterfragen ist auch die Dominanz der Rechen-technik in den Arztpraxen. Sie wird uns immer als Erleichterung unserer Arbeit angepriesen. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Dadurch, dass bei KVen und Kassen Datenhunger und Kontrollwahn immer schneller wachsen als unsere Möglichkeiten, dies zu befriedigen, verbringen wir immer mehr Zeit am Computer statt am und mit dem Patienten. Eine gesunde Skepsis und gelegentlich auch mal ein „Nein, da machen wir nicht mit!“ täten uns gut.

Gibt es andere Gesundheitsthemen, die dem Hartmannbund Thüringen aktuell besonders unter den Nägeln brennen?

Ein wichtiges Thema ist die Begeisterung des Ärztenachwuchses für die Arbeit in der medizinischen Versorgung, ob ambulant oder stationär. Bereits bei der Auswahl der Medizinstudenten werden hier die Weichen gestellt. Es ist möglicherweise politisch unkorrekt, aber auch die Geschlechterzusammensetzung der nachrückenden Ärztegeneration (zwei Drittel Frauen) ist problematisch. Hier muss man sich fragen, ob wir die richtigen Zugangskriterien zum Medizinstudium haben?

Und im Studium müssen die Studenten „Feuer fangen“ für die praktische ärztliche Tätigkeit. Praktika sind hier ein guter Weg. Für den Berufseinstieg müssen in Deutschland Bedingungen geschaffen werden, die das Arbeiten als Arzt attraktiver machen. Hier verstehen wir uns als kritische Begleiter der Gesundheitspolitik, der KV und der Ärztekammer. Immer wieder müssen wir klar machen, dass unsere „Verwalter“ gute Rahmenbedingungen für unsere Arbeit schaffen müssen, aber uns nicht in die tägliche Arbeit hineinregieren sollen.

Das Subsidiaritätsprinzip ist oberstes Gebot! Und dann versuchen wir, für unsere Mitglieder da zu sein. Wir gehen in die Regionen, um unsere Arbeit bekannt zu machen und das Ohr an die Probleme zu legen. Auch die Zusammenarbeit mit den beiden Landesverbänden Sachsen und Sachsen-Anhalt liegt uns am Herzen. Mit gemeinsamen Landesdelegiertenversammlungen und gelegentlichen Arbeitstreffen sind wir hier schon gut aufgestellt, aber hier wollen wir zum gemeinsamen Nutzen noch mehr tun.

Existenzgründungen bei Fachärzten

Kooperationslust weiterhin ungebrochen



Der Autor Georg Heßbrügge ist Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apobank). Kontakt: 0211-5998 9391, E-Mail: info@apobank.de Mehr Informationen: www.apobank.de

Immer mehr Fachärzte starten ihre freiberufliche Tätigkeit in einer Kooperation. Am meisten interessiert an einer gemeinsamen Berufsausübung sind Anästhesisten, Neurologen und Orthopäden. Dies zeigt die Existenzgründungsanalyse für Fachärzte 2012 der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank).

Bundesweit ist das Verhältnis von Niederlassungen in Einzelpraxis und Kooperationen nahezu ausgewogen. Unterschiede zeigen sich aber bei einer differenzierten Betrachtung von Ost- und Westdeutschland. So dominiert im Osten mit 67,8 Prozent die Einzelpraxis. Im Westen liegt sie mit 47,8 Prozent knapp hinter der Kooperation. Hintergrund ist, dass der Osten eher ländlich geprägt ist. Deshalb funktioniert hier das Konstrukt der Einzelpraxis oft besser. Die Anzahl potenzieller Patienten im Einzugsgebiet der Praxis ist für eine Kooperation oft zu gering. Die Kooperation ist hingegen ein Modell, das in städtischen Gebieten mehr und mehr Einzugs hält.

Fachärzte

Art der Existenzgründung nach Fachgruppe

	Einzelpraxis (in Prozent)	Kooperation (in Prozent)	
		BAG*	Sonstige Kooperation
Anästhesie	22,4	46,9	30,7
Augenheilkunde	31,0	55,2	13,8
Chirurgie	31,5	61,6	6,9
Dermatologie	51,4	40,0	8,6
Gynäkologie	56,6	31,6	11,8
HNO-Heilkunde	53,5	29,1	17,4
Innere Medizin	30,9	56,4	12,7
Kinderheilkunde	40,5	50,8	8,7
Nervenheilkunde/Neurologie	29,5	57,4	13,1
Orthopädie	29,6	50,0	20,4
Psychotherapie/Psychiatrie	79,0	7,6	13,4
Urologie	42,5	43,7	13,8

Quelle: apoBank und ZI

*BAG = Berufsausübungsgemeinschaft

Anästhesisten an der Spitze

Am kooperationsfreudigsten zeigten sich die Anästhesisten (77,6 Prozent), Neurologen (70,5 Prozent), Orthopäden (70,4 Prozent), Internisten (69,1 Prozent), Augenärzte (69 Prozent) und Chirurgen (68,5 Prozent). Die Zahlen zeigen, dass die Kooperation insbesondere für geräteintensive Fachgruppen und Fachärzte mit hohem Bedarf an fachlichem Austausch ein attraktives Modell ist.

Die Neurologen erleben derzeit einen Kooperationsboom. Hier gibt es einen signifikanten Aufholbedarf, da die Kooperationsquote unter den bereits niedergelassenen Neurologen vergleichsweise gering ausfällt. So sind 29,2 Prozent der

niedergelassenen Neurologen in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) – unter den Existenzgründern lag der Anteil jedoch bei 57,4 Prozent (+28,2 Prozentpunkte). Große Abweichungen ebenfalls bei den Chirurgen (+19,5 Prozentpunkte) und den Augenärzten (+14,3 Prozentpunkte). Leichte Rückgänge waren bei HNO-Ärzten (-9,3 Prozentpunkte) und Urologen (-3,9 Prozentpunkte) zu verzeichnen.

Demografie

Im Westen ließ sich mehr als jeder zweite Existenzgründer in einer Großstadt nieder (55,9 Prozent); im Osten war es etwas mehr als jeder dritte (36,5 Prozent). Eine Stadt mittlerer Größe wählten im Wes-

ten 28,7 Prozent, im Osten 36,9 Prozent. Für die Kleinstadt entschieden sich 13,6 Prozent im Westen und 21,2 Prozent im Osten. Eine Praxis auf dem Land wählten 1,8 Prozent der Existenzgründer in den alten Bundesländern und 5,5 Prozent in den neuen Bundesländern. Auf Bundesebene war das Verhältnis von Männer und Frauen nahezu ausgeglichen. Jedoch gab es deutliche regionale Unterschiede. So belief sich der Frauenanteil im Osten auf 61,7 Prozent. Im Westen lag er nur bei 46,7 Prozent. Das Durchschnittsalter der Existenzgründer lag bei 41,5 Jahren.

Ausgewählte Investitionsvolumina

Neben dem Gründungsverhalten gibt die Existenzgründungsanalyse von apoBank und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) auch Aufschluss über Investitionsvolumina

ausgewählter Facharztgruppen. Dies sind die Orthopäden, die Gynäkologen und die Psychotherapeuten.

Für die Übernahme einer Einzelpraxis mussten Orthopäden in Westdeutschland 354.000 Euro investieren. Davon entfielen 77,4 Prozent auf den Übernahmepreis (274.000 Euro). Die Überführung einer Einzelpraxis in eine BAG schlug mit 223.000 Euro je Arzt zu Buche. Davon wurden 86,5 Prozent an den Praxisabgeber gezahlt (193.000 Euro). Für den Einstieg in eine BAG mussten Existenzgründer 300.000 Euro einkalkulieren. Darin enthalten war ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 277.000 Euro.

2012 investierten Gynäkologen für die Übernahme einer Einzelpraxis im Westen durchschnittlich 195.000 Euro. Im Osten lag das Investitionsvolumen bei 146.000 Euro. Der Übernahmepreis belief

sich auf 137.000 bzw. 89.000 Euro. Die Überführung einer Einzelpraxis in eine BAG schlug im Westen mit 160.000 Euro zu Buche, der Einstieg in eine BAG mit 184.000 Euro. Die Praxisabgeber konnten hierbei einen durchschnittlichen Erlös von 115.000 bzw. 161.000 Euro erzielen.

Für eine Einzelpraxis-Neugründung im Westen mussten Psychotherapeuten 2012 im Schnitt 40.000 Euro einkalkulieren. Im Osten lag das Investitionsvolumen bei 25.000 Euro. Die Einzelpraxisübernahme belief sich im Westen auf 44.000 Euro, im Osten auf 47.000 Euro. Der Großteil entfiel auf den Übernahmepreis. Dieser lag im Westen durchschnittlich bei 33.000 Euro, im Osten bei 32.000 Euro.



Interessiert an umfassenden Beratungen? Dann www.hartmannbund.de.

Bundesweite Praxis- und Apothekenbörse

Ob auf dem Weg in die Selbständigkeit, auf der Suche nach einem Kooperationspartner oder bei der Nachfolgeplanung: Die Praxis- und Apothekenbörse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) bringt bundesweit Anbieter und Übernahmewillige zusammen.

Unter www.apobank.de/praxisboerse können sich Ärzte darüber informieren, wie viele Praxen in der gewünschten Fachrichtung und Region aktuell zur Abgabe stehen – und ihr eigenes Angebot ergänzen lassen.

Bundesweit ist bereits eine Vielzahl von Ärzten für die Börse registriert und sucht mithilfe der apoBank eine passende Praxis – oder einen geeigneten Nachfolger dafür. „Wir haben einen großen Kundenkreis und sind bundesweit vertreten. Deshalb gehört unsere Börse zu den führenden in Deutschland“, so Benjamin Lehnen, Leiter der Praxis- und Apothekenbörse bei der apoBank. Ist eine Praxis bzw. ein Nachfolger gefunden, begleiten auf Wunsch speziell ausgebildete Experten der apoBank die Heilberufler bei der Vorbereitung und Koordination der Übergabe. Unter Finanzierungsgesichtspunkten stehen die Zeichen für eine Existenzgründung derzeit unverändert gut. Ärzte, die sich selbständig machen wollen, können

ihr Gesuch unter Angabe der Fachrichtung, des gewünschten Standorts sowie des idealen Zeitpunkts der Übernahme in die Börse eintragen lassen. Hier wird es mit den bestehenden Offerten abgeglichen. Bei passenden Angeboten erhält der potenzielle Existenzgründer die entsprechenden Exposés sowie die Kontaktdaten der Abgeber. Bei Bedarf berät die Bank zudem hinsichtlich individueller Finanzierungslösungen und Fragen der Praxisführung.

Der Trend der kooperativen Berufsausübung ist ungebrochen. Die Gründe hierfür sind vielfältig – von wirtschaftlichen Synergie-Effekten über fachlichen Austausch bis hin zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Online-Börse der apoBank bietet Interessenten in we-

nigen Schritten einen Überblick der in Frage kommenden Kooperationspartner.

Ein strukturierter Prozess erhöht die Chancen auf eine erfolgreiche Praxisabgabe deutlich. „Denn die Praxisabgabe ist ein vielschichtiges Konstrukt aus rechtlichen, steuerlichen und finanziellen Fragestellungen“, so Lehnen. Die Suche nach dem Nachfolger selbst unterstützt die Praxis- und Apothekenbörse der apoBank ganz gezielt, indem sie auf kurzem Weg den Kontakt zwischen Abgeber und Existenzgründer vermittelt. Passende Angebote erhalten die potenziellen Übernehmer im persönlichen Gespräch mit dem apoBank-Berater und nach Unterzeichnung einer Verschwiegenheitserklärung.

Weitere Informationen finden Interessierte unter www.apobank.de/praxisboerse.

Praxis oder Apotheke übernehmen?



Suchen in unserer großen Praxis- und Apothekendatenbank

Mehr >

Passende Kooperation finden?



Suchen in unserer großen Praxis- und Apothekendatenbank

Mehr >

Praxis oder Apotheke diskret abgeben?



Finden Sie einen Nachfolger in unserer großen Praxis- und Apothekendatenbank

Mehr >

Rechtsschutzversicherung

Das tägliche Risiko sollte abgesichert sein



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

Die ärztliche Berufsausübung wird bestimmt durch eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen. Meinungsverschiedenheiten bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen bleiben oft nicht aus. Und letztere sind sehr kostenintensive Veranstaltungen. Anwalts- und Gerichtsgebühren sind teuer. Eine Rechtsschutzversicherung minimiert das Kostenrisiko.

Der Hartmannbund bietet seinen Mitgliedern bei Bedarf eine kostenlose berufsbezogene rechtliche Erstberatung durch qualifizierte Juristen. Gleichwohl ist es sinnvoll, diesen Mitgliederservice des Verbandes um eine private und berufliche Rechtsschutzversicherung zu ergänzen – insbesondere mit Blick auf die vor Gericht ausgetragenen Rechtsstreitigkeiten. So hat der Hartmannbund mit seinen Kooperationspartnern Deutsche Ärzte Finanz und ROLAND Rechtsschutz ein Rechtsschutzpaket entwickelt, das die Leistungen des Berufsverbandes perfekt mit der privaten Rechtsschutzversicherung kombiniert.

Nicht jeder, der Recht hat, bekommt Recht, und um Recht zu bekommen, ist ein guter anwaltlicher Rat notwendig. Der allerdings ist oft ausgesprochen teuer, vor allem, wenn man sein Recht vor Gericht einklagen muss. Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, die man ohne die Hilfe eines Anwalts nicht kennen und anwenden kann, prägen die heutige Rechtsprechung. Die anwaltliche Hilfe kostet allerdings Geld, oft sehr viel Geld. Eine entsprechende Rechtsschutzversicherung minimiert zumindest das Kostenrisiko und gibt das gute Gefühl, bei einem Rechtsstreit finanziell abgesichert zu sein.

Exklusivvertrag für HB-Mitglieder

Da es viele Lebens- und Berufsbereiche gibt, innerhalb derer es zu rechtlichen Streitigkeiten kommen kann, sollte auch jeweils eine ganz spezielle und passende Rechtsschutzversicherung abgeschlossen werden. So kann beispielsweise neben der eigentlichen berufsbezogenen Rechtsschutzversicherung eine Verkehrsrechtsschutzversicherung oder eine Privatrechtsschutzversicherung ebenso eine Mietrechtsschutzversicherung abgeschlossen werden.

Um die Vielfalt zu kanalisieren und für den Arzt bzw. den Medizinstudenten die sinnvollen Kombinationen anzubieten, hat der Hartmannbund einen Exklusivvertrag mit den Versicherungspartnern geschlossen. Mit enormen Vorteilen. Der Rahmenvertrag bietet gegenüber den Normaltarifen nicht nur erhebliche Beitragsvorteile, sondern es sind auch wichtige arzt spezifische Leistungen beitragsfrei mitversichert.

Servicepaket für Medizinstudenten

Dem Medizinstudierenden steht zum Beispiel ein Privatrechtsschutz mit günstigem Tarif und JurWay zur Verfügung. Über das Servicepaket JurWay besteht die Möglichkeit, schnell und unkompliziert fachkundigen rechtlichen Rat einzuholen – telefonisch über eine 24-Stunden-Service-Hotline oder über ein Online-Kundenportal.

Subsidiär zu den Leistungen des Hartmannbundes – so zum Beispiel die rechtliche Erstberatung in berufsbezogenen Fragen – ist das Rechtsschutz-Angebot für den selbständigen Arzt exzellent darauf abgestimmt. Die im Rahmenvertrag angebotenen Varianten „Kompakt-Rechtsschutz“ und „KompaktPlus-Rechtsschutz“ decken die berufsspezifischen wie auch privaten Rechtsschutzbereiche mit weiteren beitragsfreien Leistungen ab. Dies wären zum Beispiel:

- im Strafrechtsschutz bei der Verteidigung gegen den Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung
- durch die sogenannte „Niederlassungsklausel“ wird Rechtsschutz bereits vor der Niederlassung für die damit verbundenen Maßnahmen gewährt
- besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer gelegentlichen Tätigkeit als Praxisvertreter oder Notararzt für angestellte Ärzte
- bei Abrechnungsstreitigkeiten mit Privatpatienten
- bei Regress durch kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gegen den Vorwurf der unwirtschaftlichen Verordnungs- oder Behandlungsweise
- die Kostenübernahme eines Mediationsverfahrens
- ein Existenzgründerrabatt von 20 Prozent für die ersten zwei Jahre.

Der Hartmannbund berät seine Mitglieder umfangreich zu rechtlichen Fragen. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unter hb-info@hartmannbund.de



mehr zu Beratungen auf
www.hartmannbund.de

Unterstützung bei der Neuwagen-Suche

Exklusives Angebot für Hartmannbund-Mitglieder



Sie sind auf der Suche nach einem Neuwagen? Sie möchten ein günstiges Auto kaufen, aber bei der Qualität keine Abstriche machen? Und es sollte ein Neuwagen sein? Dann sind Sie bei CarFleet24 an der richtigen Adresse – mit Top-Rabatten auf Neuwagen für die Mitglieder des Hartmannbundes.

Die Firma CarFleet24 bietet 35 verschiedene Automarken zum besten Preis. CarFleet24 ist der Marktführer in der Verbands- und Innungswelt. Mit Rabatten von bis zu 36 Prozent erhalten Hartmannbund-Mitglieder das günstigste Angebot für ihr Traumauto.

Sicherlich sind Sie bei der Suche nach dem besten Angebot des Öfteren auf den Begriff Neuwagenvermittler gestoßen. Und vielleicht haben Sie sich schon das eine oder andere Mal gefragt, was dieser genau macht und wie die Neuwagenvermittlung im Detail abläuft?

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

Die Hartmannbund-Mitglieder haben exklusiv die Möglichkeit, vom Verhandlungsgeschick der „Profis“ zu profitieren. Geben Sie auf www.carfleet24.de kostenlos Ihre Wunschkonfiguration ein und erfahren Sie sofort die tagesaktuellen Rabatte für Ihr Wunschfahrzeug. Entspricht der angegebene Preis Ihren Vorstellungen, rufen Sie CarFleet24 auf der unten genannten Service-Hotline an oder geben Sie Ihre

Kontakt Daten ein. Die freundlichen Servicemitarbeiter von CarFleet24 werden sie umgehend kontaktieren und beantworten alle Ihre Fragen, gerne auch zum Thema Leasing oder zur Finanzierung.

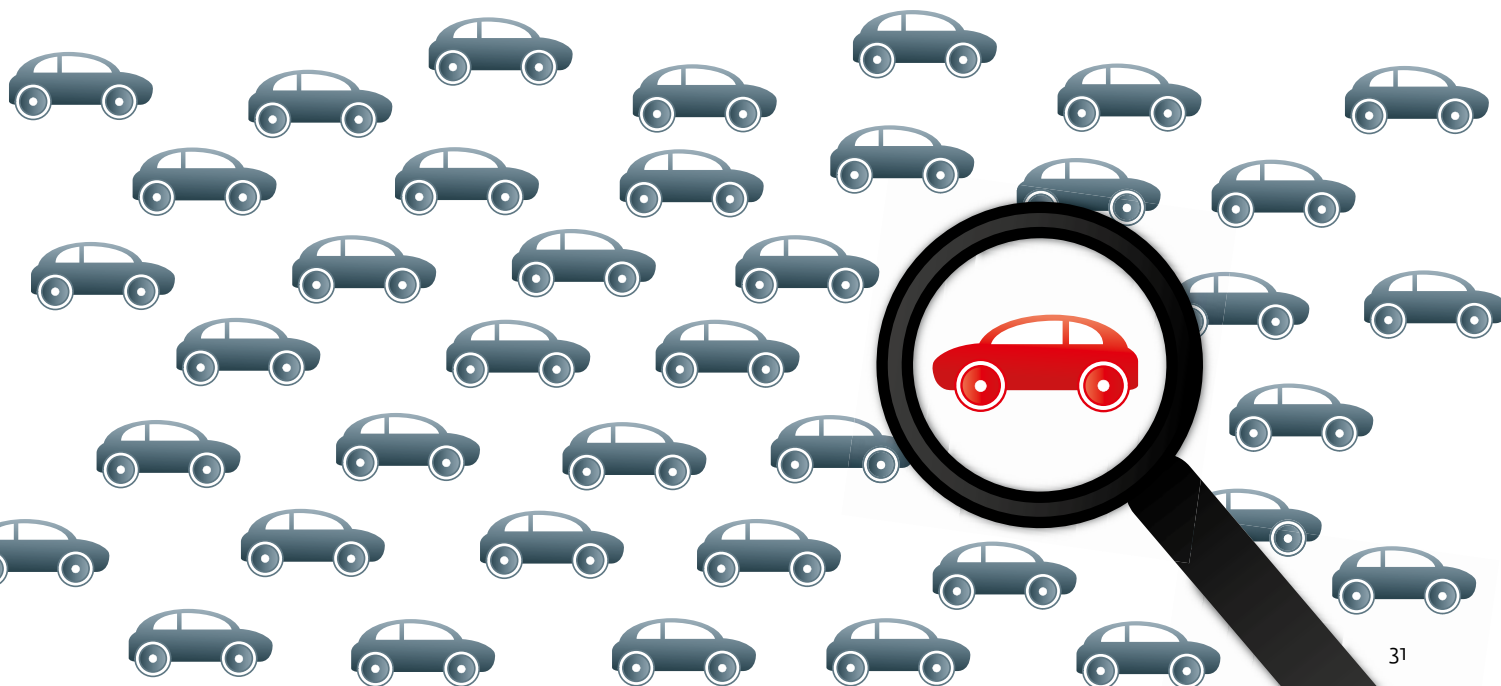
Lassen Sie sich Ihr individuelles, kostenloses und unverbindliches Angebot erstellen. Ist das Angebot zu Ihrer vollsten Zufriedenheit, schicken Sie CarFleet24 den unterschriebenen Vermittlungsauftrag zurück. Diese übergeben diesen an den für Sie zuständigen Händler, welcher Ihnen den verbindlichen Kaufvertrag zukommen lässt.

Ziel von CarFleet24 ist es, Sie von der Idee des Autokaufs bis zur Abholung Ihres Neuwagens zu begleiten.

Die angebotenen Dienstleistungen rund um die Themen Auto, Neuwagen, Barkauf, Finanzierung, Leasing bis zur Neuwagenvermittlung sind selbstverständlich kostenfrei.

Kontakt: CarFleet24, www.carfleet24.de, Passwort: hartmannbund, Telefon: 01805-717107*, Fax: 01805-717108*, E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de

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



Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

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

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Czarnetzki

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



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

Praxisräume an der Nordseeküste

im Zentrum von Leer/Ostfriesland von Kollegen zu vermieten, 140 qm, 1. Stock, behindertengerechter Aufzug und Praxisausstattung. Tiefgarage, fußläufig Parkplätze und Parkhaus. Die Stadt ist küstennah, hoher Freizeitwert und alle Wassersportmöglichkeiten. Alle weiterführenden Schulen, 2 Gymnasien, Fachhochschule Ostfriesland mit Seefahrtsschule. Kontakt: dr.hahn41@web.de

Nachfolger gesucht für

allgemeinmedizinisch-internistische-hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Krefeld. Schwerpunkte: Naturheilverfahren, Homöopathie, Umweltmedizin, Palliativmedizin und Akupunktur. Gesucht wird aus gesundheitlichen Gründen im Laufe der nächsten 2-3 Jahre ein Nachfolger für einen 70 Prozent-Anteil. Sehr gute Anbindung an die BAB 57 und den ÖPNV. Die Praxis liegt zentrumsnah. Parkplätze, Tageslicht und gehobene Ausstattung. Sehr hoher Privat- und Selbstzahleranteil. Kontakt: Dr. Ulrich Woestmann, Elsternweg 43, 47804 Krefeld, woestmann-Dr.Ulrich@t-online.de oder 02151-312363 (privat).

Auflösung einer Gynäkologie-Praxis

Folgende Geräte suchen einen Nachfolger: Ultraschallgerät Siemens mit Print incl. 3 Sonden Abdomen-Vaginal-Mamma mit Fernsehen Sonoline 400. Kolposkop mit Netztrafo Zeiss Jena am Stuhl. Mikroskop, CTG Gerät, Wärmekoagulator Typ 6001/Semm mit 3 Sonden Gynäkologen-Stuhl elektr. (Baisch). Heine Rektoskop, Proktoskop verschiedene Größe, Tischzentrifuge Hettich, 2 Heißluftsteri neu, Ulmer Notfallkoffer, metall-Laryngoskop, Untersuchungs-Liege. Div. viel Spcula, Chirurgie und Abrasio Besteck, Forceps, 8 Wartezimmerstühle. Preis: VB. Kontakt: 02296-90501.

Nachfolger in Dreierpraxis gesucht

Gut frequentierte breit gefächerte fachinternistische Berufsausübungsgemeinschaft (Dreierpraxis) in unterfränkischer Kreisstadt sucht für ausscheidenden Kollegen einen Nachfolger mit Übernahme des KV-Sitzes (gesperrtes Gebiet). Flexible Übergabe- und Übernahmbedingungen, vorübergehend Teilzeit möglich. Hoher Endoskopieanteil, Koloskopiezulassung ist Voraussetzung, möglichst auch Duplexsonografie der Gefäße. Chiffre: # 065191.

Ostfriesen suchen neuen Landarzt

Wir haben für Sie die passende Praxis und ermöglichen Ihnen einen guten Start. Kontakt: Eberhard Lüpkes, Bürger-

meister Westoverledingen. Tel. 04955-933 210, www.westoverledingen.de oder Dr. Detlef Klein, Tel. 04955-997 5414, drdetlefklein@t-online.de

Stellenangebote

Betreuung von Koronarsportgruppen

Suche dringend Arzt/Ärztin zur wöchentlichen oder auch nur gelegentlichen Betreuung von Koronarsportgruppen im Dortmunder Süden. Als Übungsleiter stehen entsprechend ausgebildete Kräfte zur Verfügung. Eine kleine Vergütung ist vorgesehen. Interessenten melden sich bitte bei: Ingrid Sasse, Wellingerstr. 182, 44263 Dortmund, Mobil: 0172-6153587, E-Mail: in_sasse2010@web.de

Anzeige



Mehr Zeit für Ihre Patienten – Mehr Rentabilität für Ihre Arztpraxis

Durch die systematische Analyse Ihrer gegenwärtigen Situation und einer individuellen Gestaltung der Soll-Situation unterstützen wir Sie mit praxisspezifischen, betriebswirtschaftlichen Lösungen:

- Praxisanalyse
- Praxismanagement
- Praxisgründung
- Praxisabgabe
- Controlling
- Kosten und Erlöse
- Personal
- Schulung

Sie können mit einer kompetenten Beratung, 20 Jahre Erfahrung in der betriebswirtschaftlichen Organisation und Beratung im Gesundheitswesen und hohem persönlichen Engagement rechnen!

Informieren Sie sich über unsere Dienstleistung und nehmen Sie Kontakt mit uns auf für ein unverbindliches, für Sie kostenfreies Erstgespräch mit **kostenlosem Praxis-Check!**

Datura Gesundheitsmanagement GmbH
 Heinrichsdamm 6 - 96047 Bamberg
 Telefon: 09 51 / 51 93 68 80 - Fax: 09 51 / 51 93 68 81
 Mail: info@daturagmbh.de - Internet: www.daturagmbh.de

KLEINANZEIGEN – für Mitglieder kostenlos*

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

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

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:

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

Anschriften:

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

Verlag:

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

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

Satz und Lithos:

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

Druck und Vertrieb:

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

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

Erscheinungsort:

Bonn – 4 Ausgaben jährlich.
 Einzelheft 1,50 Euro
 Jahresabonnement 9 Euro, incl. 7 %
 MwSt., zzgl. Versandkosten.
 ISSN: 0944-7369

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

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

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

Bildnachweis: Hartmannbund

Titelfoto: © guukaa – Fotolia.com
 © vektorisiert – Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

BÄK-Statistik: Mehr Ärztinnen und mehr Angestellte

Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent auf 357.252 gestiegen. Das geht aus der aktuellen Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) hervor. Gleichzeitig stieg der Anteil der Ärztinnen weiter von 44,3 auf 45 Prozent. 1991 lag ihr Anteil noch bei einem Drittel (33,6 Prozent). Angestellt waren im vergangenen Jahr 203.316 Ärztinnen und Ärzte, davon 181.012 in Krankenhäusern. Den mit sieben Prozent größten Anstieg verzeichnet die Statistik bei den im ambulanten Bereich angestellten Ärzten. 2013 stieg ihre Zahl von 20.845 im Jahre 2012 auf 22.304 im Jahr 2013. Der Ärztestatistik zufolge gehen nicht nur immer mehr Ärzte in den Ruhestand – ihre Zahl erhöhte sich um 3,8 Prozent auf 72.540 – sondern steigt auch das durchschnittliche Alter berufstätiger Ärztinnen und Ärzte stetig an, vor allem im ambulanten Bereich. Lag das Durchschnittsalter dort 1993 noch bei 46,56 Jahren, sind es zwanzig Jahre später schon 53,09 Jahre. Im stationären Bereich ist das Durchschnittsalter seit 2003 nahezu konstant und liegt aktuell bei 41,25 Jahren. Mehr Informationen finden Sie auf www.hartmannbund.de unter „News“.

MDK veröffentlicht Behandlungsfehlerstatistik

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat im vergangenen Jahr 14.600 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern im ärztlichen, zahnärztlichen und pflegerischen Bereich erstellt. Das sind etwa 2.000 mehr als 2012. Die Zahl der dabei festgestellten Behandlungsfehler ist hingegen von rund 3.900 auf 3.700 leicht gesunken. In etwa 2.500 Fällen konnten die Gutachter den festgestellten Behandlungsfehler auch als Ursache einer gesundheitlichen Schädigung nachweisen. Mehr Informationen auf www.hartmannbund.de.



mehr auf
www.hartmannbund.de

Anzeige

ETL | ADVISION
 Steuerberatung für Ärzte

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

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

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

Auf Wachstum ausgelegt.



Jetzt mit
1,95 %
p. a. finanzieren!*



Ihr Eigenheim mit Zukunft.

Ob kaufen, bauen oder modernisieren – bei Ihren Wohnplänen sollte alles passen. Kein Problem! Ganz gleich, ob Ihre Familie größer oder Ihre Wohnung einfach zu klein wird: Verschaffen Sie sich mehr Platz mit unseren Finanzierungsleistungen.

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

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank

* Unser Finanzierungsbeispiel für Ihre private Immobilie: Sollzinssatz p. a. gebunden 1,95 %, effektiver Jahreszins 1,97 %, Nettodarlehensbetrag 100.000 Euro (ab 50.000 Euro möglich), Sollzinsbindung 5 Jahre, Darlehenslaufzeit 25 Jahre, anfängliche mtl. Gesamtrate 421,50 Euro. Keine Bearbeitungsgebühren. Wir freuen uns auf Ihren Besuch in unserer Filiale, um gemeinsam über Ihre neue Immobilienfinanzierung zu sprechen. Die Kondition (Stand 01.05.2014) gilt für den erstrangigen Teil Ihrer Finanzierung. Bei Änderungen der Marktgegebenheiten kann sich eine Anpassung dieser Kondition ergeben.

Dr. med. dent. Adriano Azaripour,
Zahnarzt, Mainz,
Mitglied der apoBank



”

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

“



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands