

03/2014



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Spot an für die Allgemeinmedizin

Wie wird sie gefördert? Wo ist sie gefordert?

An **alle** Mitglieder des Hartmannbundes

Einladung zur **Hauptversammlung 2014**

Alle Mitglieder des Hartmannbundes sind zu der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes am 24. und 25. Oktober in das Seminaris CampusHotel Berlin-Dahlem, Takustraße 39, eingeladen.

Auszug aus der Tagesordnung:

Freitag, 24. Oktober

- 09.30 Uhr Eröffnung und Begrüßung
- 10.00 Uhr Podiumsdiskussion
„Faire Chancen im Arztberuf? - Worauf Frauen (noch) vergeblich warten“ (s. auch Seite 28)
- 11.30 Uhr Bericht des Vorsitzenden, Dr. Klaus Reinhardt
- 13.00 Uhr Mittagspause
- 14.00 Uhr Rede des Bundesgesundheitsministers
Hermann Gröhe und Diskussion
- 16.00 Uhr Workshops
- 18.00 Uhr Vorführung des Gewinnerbeitrags
„Film- und Fernsehpreis“
im Anschluss Preisverleihung (Einladung gesondert)

Samstag, 25. Oktober

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

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

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen*

Stelle man sich nur einmal kurz vor, die Allgemeinmedizin wäre ein börsennotiertes Unternehmen, dann – so hat es jüngst einmal ein Kollege formuliert – stünden die Zeichen wohl derzeit auf „kaufen“. Und in der Tat, die Allgemeinmedizin steht im Rampenlicht wie selten zuvor. Kaum ein Tag vergeht, an dem nicht die Bedeutung der Allgemeinmedizin für die medizinische Versorgung in Deutschland betont und ihre Förderung postuliert wird. Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Hausarzt vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität medizinischer Versorgungsmöglichkeiten und mit Blick auf die wachsende Zahl älterer, häufig multimorbider Patienten der Dreh- und Angelpunkt einer modernen und qualifizierten medizinischen Versorgung ist.

Nun ist die Allgemeinmedizin aber nicht an der Börse und auf politische Willensbekundungen zu spekulieren, kann man nicht wirklich empfehlen. Dennoch ist festzustellen, dass die hausärztliche Medizin über alle politischen Parteien hinweg als ein Kernbestandteil eines vernünftig funktionierenden Gesundheitswesens angesehen wird. Es wird auch deutlich, dass die langfristig angelegte Arzt-Patienten-Beziehung in der hausärztlichen Betreuung unter menschlichen, aber auch medizinisch fachlichen Gesichtspunkten eine besondere Bedeutung hat. Daraus ergibt sich, dass allgemeinmedizinische Lehrinhalte in ausreichendem und angemessenem Umfang Bestandteil des Studiums sein müssen. Vor dem Hintergrund des aktuell entstehenden Hausarztmangels dürfen wir jetzt in keinem Falle in einem „Hausarzt light“, der sich dann unter Umständen vom Pflegebachelor nur mühsam abhebt, die Lösung des Problems sehen.

Wir brauchen einen Hausarzt, dessen besondere hausärztliche Kompetenz in der Betreuung komplexer chronischer Erkrankungen in Abstimmung mit den fachärztlichen Kollegen liegt. Ein solches hausärztliches Leitbild – über alle Fachgruppen und Sektoren hinweg – sollte für uns Grundlage unseres innerärztlichen Dialoges und politischen Handelns sein. Dabei wird uns auch ganz zentral weiterhin die Frage beschäftigen, wie wir für die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen eine vernünftige wirtschaftliche Perspektive schaffen – auch im Sinne einer innerärztlichen Gerechtigkeit. Und ganz besonders auch mit Blick auf unsere künftigen, jungen Kolleginnen und Kollegen sage ich ausdrücklich: Wir sollten auch wieder mit Selbstbewusstsein die Freude am hausärztlichen Arbeiten vermitteln und mehr Bereitschaft zur Kooperation und hausärztlichen Tätigkeit im Team entwickeln. Das könnte ein Konzept sein, mit dem wir junge Kolleginnen und Kollegen für die hausärztliche Tätigkeit gewinnen können.

Klaus Reinhardt



Mein Verband und ich,
wir teilen eine Leidenschaft.

Den Arztberuf!

Philip Bintaro, **Assistenzarzt** aus Hannover



Hartmannbund

Hartmannbund – Stark für Ärzte.

Inhalt

14



Wartezeiten und andere Baustellen

Wenn auch im Stillen, arbeitet der Gesundheitsminister Hermann Gröhe doch intensiv an neuen Konzepten und Gesetzen. Ein Überblick, was aktuell ansteht.

6

Titel

Wohin geht die Reise der Allgemeinmedizin?

12 Das Interview

KBV-Vorstand Regina Feldmann im HB-Gespräch

14 Politik

Neue Gesetzesvorhaben



20

Jederzeit dienstbereit?

Präsenzzeiten der Vertragsärzte

Mutterschutz

Was muss beachtet werden? 22

Weiterbildung

Zweite Novelle im Herbst? 24

26

Medizinstudierende

PJ-Aufwandsentschädigung
Der „Kampf“ geht weiter.

HB-Intern:

Bernd Lücke im Interview 29

32

Service

Kooperationspartner

Ansprechpartner 36

Impressum 38

16

Pro & Contra

Ist eine Wartezeiten-Garantie notwendig?

18

Recht aktuell

BGH-Entscheidung zu
Teilgemeinschaftspraxen



Diagnose: Erh Welchen Weg geht di



Es ist vor allem die Sorge vor verwaisten Hausarztpraxen in mittlerweile ganz Deutschland, die in den vergangenen Jahren zu vielfältigen Initiativen und zum Teil kostspieligen Fördermaßnahmen in der Allgemeinmedizin geführt hat. Doch noch immer fehlt der Nachwuchs, was eine intensive Ursachenforschung in der Aus- und Weiterbildung, aber auch in der praktischen Tätigkeit der Hausärzte notwendig macht. Worin liegen die Probleme und Ursachen des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin? Und wohin geht die Reise?

Zumindest die Fakten sprechen eine klare Sprache. Im Jahr 2013 haben die Landesärztekammern bundesweit 11.149 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Rund 10 Prozent – genau 1.112 – erfolgten in der Allgemeinmedizin bzw. in der Inneren und Allgemeinmedizin (*alte Facharztbezeichnung*). Das ist ein leichter Rückgang gegenüber 2012 (1.197) und 2011 (1.298) sowie ein leichter Zuwachs gegenüber 2010 (1.085).

Hier könnte man also von *schwankend* sprechen – ein Trend, der seit einigen Jahren anhält. Abwechselnd mal mehr und mal weniger Nachwuchsmediziner haben sich seit dem Jahr 2006 für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entschieden. In den Jahren zuvor waren es deutlich mehr (*s. Information*).

Fazit: Die aktuellen Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin reichen bei Weitem nicht aus, um die derzeitigen und prognostizierten Abgänge der niedergelassenen Allgemeinmediziner zu kompensieren – ganz unabhängig von der Tatsache, dass aktuell auch viele Tausende hausärztlich tätige Internisten ihren Beitrag zur wohnortnahen hausärztlichen Versorgung leisten.

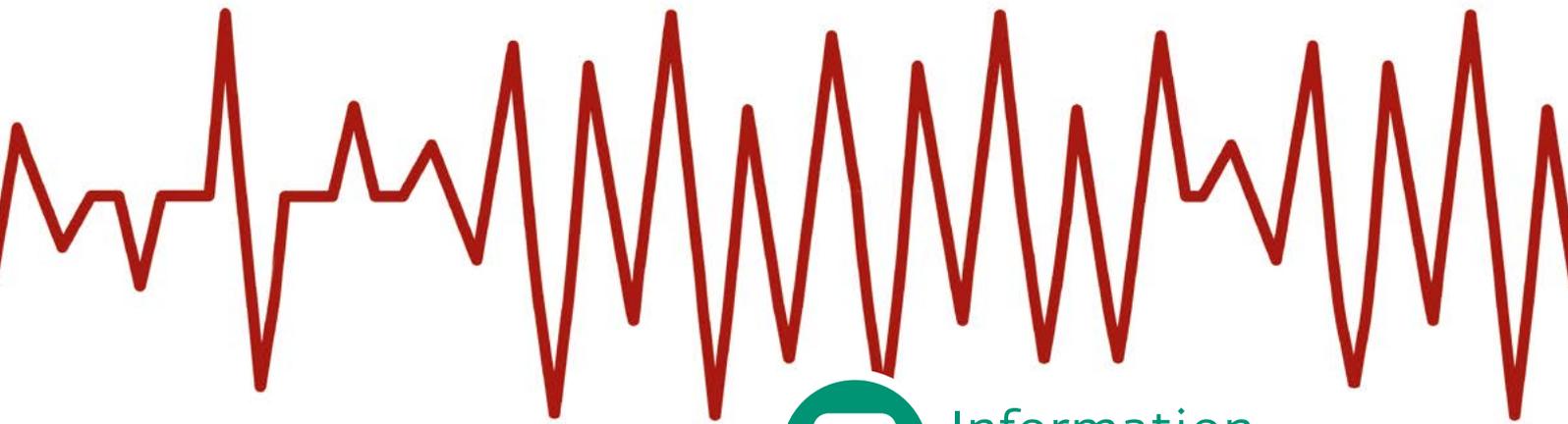
Bereits in ihrer 1996er Statistik berichtete die Bundesärztekammer (BÄK), dass der Anteil der hausärztlich tätigen Allgemeinärzte und Praktischen Ärzte an allen niedergelassenen Ärzten seit Jahren rückläufig sei. 1995 seien 46.092 niedergelassene Allgemeinärzte und Praktische Ärzte tätig gewesen, ein Jahr später bereits 405 weniger. Schon damals mahnte die BÄK mit Blick auf die Altersstruktur der Allgemeinmediziner, dass auch weiterhin Abgänge zu erwarten seien. „Von daher sollten die nachrückenden Allgemeinärzte in den nächsten Jahren bessere Niederlassungsbedingungen vorfinden“, so die damalige BÄK-

Forderung. 17 Jahre später hat sich die Prognose der Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung bestätigt. Die Zahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner ist weiter zurückgegangen. Mit Stichtag 31.12.2013 wurden laut BÄK-Statistik bundesweit 33.780 niedergelassene Allgemeinmediziner gezählt (*nach Umschreibung der früher noch Praktischen Ärzte in Allgemeinmedizin oder andere Gebietsbezeichnungen ist im Vergleich zu 1996 ein verzerrtes Statistikbild entstanden*) – das sind 1.614 niedergelassene Allgemeinmediziner weniger als noch 2006 (35.319 *FA Allgemeinmedizin und 75 FA Innere + Allgemeinmedizin*). Demgegenüber stehen 89.849 niedergelassene Ärzte anderer Fachgebiete.

Betrachtet man die Entwicklung aller ambulant tätigen Ärzte am Beispiel der alten Bundesländer zwischen 1975 und 2012, dann wird klar, dass das früher ausgewogene Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten nicht mehr vorhanden ist.

Laut BÄK-Statistik hat 1975 der Anteil der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte an allen ambulant tätigen Ärzten (*niedergelassen, angestellt, Ärzte in Weiterbildung*) stetig abgenommen. Zwar hat sich die Zahl aller ambulant tätigen Allgemeinmediziner bis heute erhöht (*von ca. 28.000 auf ca. 44.000*), aber in Relation zu allen anderen ambulant tätigen Ärzten ist der Anteil zurückgegangen. Von 52,4 Prozent (1975) auf 35,3 Prozent (2013). Demgegenüber ist die Zahl der anderen ambulant tätigen Ärzte (*niedergelassen, angestellt, Ärzte in Weiterbildung*) in den alten Bundesländern angestiegen. Lag ihr Anteil an allen ambulant tätigen Ärzten 1975 bei 47,6 Prozent, waren es 2013 bereits 65 Prozent. Ein ähnliches Bild lässt sich seit der Wiedervereinigung für das gesamte Bundesgebiet zeichnen.

Öhfter Puls der Allgemeinmedizin?



Information

Zweites Fazit: Sollten immer mehr Nachwuchsmediziner einen Facharzt fern der Allgemeinmedizin anstreben, dann könnte schon bald auch diese BÄK-Voraussage zutreffen: Bereits im Jahr 2020 würden bundesweit rund 15.000 Hausärzte fehlen. Die flächendeckende wohnortnahe hausärztliche Versorgung wäre dann nicht mehr aufrecht zu erhalten.

So weit die Fakten, die bereits „hoch und runter“ diskutiert wurden, doch ein Patentrezept fehlt bislang. Weil die Sorge vor verwaisten Hausarztpraxen aber unverändert groß und das Interesse des Nachwuchses an der hausärztlichen Tätigkeit weiterhin gering ist, hat sich vor allem in den letzten Jahren der Ton verschärft und steht die Allgemeinmedizin wie nie zuvor im Rampenlicht. „Nur über ernsthafte und nachdrückliche Anstrengungen aller Verantwortlichen“, formulierte im Mai diesen Jahres der Deutsche Ärztetag, „kann es gelingen, mehr Medizinstudierende für eine hausärztliche Tätigkeit zu begeistern, die Zahl der Weiterzubildenden im Gebiet der Allgemeinmedizin weiter zu steigern, die hausärztliche Tätigkeit noch attraktiver zu gestalten sowie die Bereitschaft bei jungen Fachärztinnen und Fachärzten zu erhöhen, auf dem Lande tätig zu werden.“

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „haut in die selbe Kerbe“. In seinem aktuellen Gutachten verweist er ebenso auf die Kernbereiche ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und praktische Tätigkeit als Hausarzt, an denen die Allgemeinmedizin „krankt“.

Man muss nicht tief in der Materie stecken, um zu erkennen, dass es sich hier um eine Mammutaufgabe mit ungewissem Ausgang handelt. Die Bandbreite des Problems – vom Medizinstudium bis zur Niederlassung – ist groß und die Liste der Wünsche und Forderungen lang. Es beginnt beim Wunsch nach mehr Medizinstudienplätzen, Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen Fakultäten, einem PJ-Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin, der stärkeren Unterstützung weiterbildender Praxen, einer tarifgerechten Vergütung der Weiterzubildenden, einer stärkere Bekanntmachung des möglichen Quereinstiegs

Was sagt die Ärzte-Statistik?

Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin:

2013: 1.112 = 998 FA Allgemeinmedizin + 114 FA für Innere und Allgemeinmedizin (alte FA-Bezeichnung); **2012:** 1.197 (930 + 267), **2011:** 1.298 (759 + 539), **2010:** 1.085 (753 + 332), **2009:** 1.168 (805 + 363), **2008:** 1.236 (898 + 338);

2007: 1.938; **2006:** 1.358; **2005:** 3.506; **2004:** 2.084; **2003:** 1.686; **2000:** 1.626; **1998:** 1.715

Ambulant tätige Allgemeinmediziner**:

2013: 37.353 (33.780 niedergelassen/3.573 angestellt)
2012: 37.417 (34.109 niedergelassen/3.308 angestellt)
2011: 37.465 (34.499 niedergelassen/2.966 angestellt)

Andere ambulant tätige Ärzte:

2013: 89.849 (davon angestellt 18.731); **2012:** 89.104 (davon angestellt 17.537); **2011:** 89.513 (angestellt 15.872)

Quelle: BÄK-Ärztestatistik

in die Allgemeinmedizin und endet bei der Förderung von Teilzeitmodellen für Vertragsärzte und angestellte Ärzte sowie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der hausärztlichen Versorgung und der ländlichen Infrastruktur. Dazwischen gibt es eine ganze Menge mehr. Welche dieser Wünsche und Forderungen noch offen und welche bereits umgesetzt sind und was vielleicht geeignet wäre, der Allgemeinmedizin zu mehr Reputation zu verhelfen, lesen Sie auf den Seiten 8 bis 13. (DA)

An den Unis ist man auf einem guten Weg

Warum steht die Allgemeinmedizin beim ärztlichen Nachwuchs nicht besonders hoch im Kurs? Die Suche nach den Gründen hat auch vor den Universitäten nicht Halt gemacht. An vielen universitären Einrichtungen, so wird beklagt, habe die Allgemeinmedizin noch immer eine mangelnde Präsenz – eine der Ursachen, warum den Hausärzten der Nachwuchs fehle.

Schaut man sich auch hier die Zahlen genauer an, möchte man rufen: Viel Lärm um nichts. Denn so schlecht scheint es um die Allgemeinmedizin an den Universitäten nicht bestellt zu sein. Von 37 Fakultäten können bereits 25 Fakultäten ein Institut für Allgemeinmedizin oder einen Lehrstuhl vorweisen (s. *Information*), und elf weitere Fakultäten mit Lehrbereichen bzw. Abteilungen sind auf dem Weg dorthin. Lediglich Regensburg hat bisher nur einen Lehrbeauftragten im Einsatz.

„Nachdem die Ende der achtziger Jahre von der Politik geforderte Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten nur schleppend angelaufen war, hat das Fach mittlerweile eine gute Entwicklung genommen“, bestätigt Andreas Graf von Luckner, Vorsitzender der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin, den positiven Trend. Die Zeiten, in denen Hausärzte ohne den Rückhalt qualifizierter Lehre und Forschung

den Studierenden die Allgemeinmedizin vermittelten, seien lange vorbei. Spätestens seit den neunziger Jahren – nachdem das Fach Allgemeinmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung geschrieben wurde (1988) und bereits zehn Institute für Allgemeinmedizin ihre Arbeit aufgenommen hatten – sei Dynamik in das Thema gekommen. „Am Anfang stand eine gute, engagierte Lehre und mittlerweile ist die Allgemeinmedizin auch als forschende Disziplin nach vorn gekommen“, sieht Luckner das Fach auf einem guten Weg.

Einen weiteren Schritt nach vorn erhofft sich der Gesetzgeber von drei Maßnahmen, die 2012 den Weg in die Approbationsordnung fanden: ein zweiwöchiges Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin, eine Famulatur für die Dauer eines Monats in einer Praxis der hausärztlichen Versorgung und die Regelung, dass bis 2015 zehn Prozent der Studierenden und ab 2019 alle Studierenden während ihres Praktischen Jahres (PJ) ein Wahltertial in der Allgemeinmedizin absolvieren können.

Geht es nach den Interessenvertretern – hier hauptsächlich der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) –, der Politik und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der wiederum dem Gesetzgeber zuarbeitet (und dem der DEGAM-Präsident vorsitzt), dann gehen die drei genannten Maßnahmen nicht weit genug und soll schon bald ein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin eingeführt werden. Mit einer Verpflichtung, so der Sachverständigenrat, könnte das Fach weiter gestärkt werden.

Dieser Vorschlag, der nach dem vom Bundesrat 2012 abgelehnten Pflichttertial in der Allgemeinmedizin bereits der zweite Vorstoß in diese Richtung ist, wird bundesweit von den Medizinstudierenden – auch denen im Hartmannbund – abgelehnt. Einhelliger Tenor: Zwangsmaßnahmen weisen in die falsche Richtung. Erst einmal sollten die Ergebnisse der ange-



Information

Allgemeinmedizin an den Universitäten

25 Fakultäten mit Institut oder Lehrstuhl:

Berlin, Bochum, Bonn, Dresden, Düsseldorf, Duisburg-Essen, Erlangen-Nürnberg, Frankfurt, Göttingen, Hamburg, Hannover, Heidelberg (dazu zählt Mannheim), Jena, Kiel, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Marburg, Rostock, TU München, Tübingen, Ulm, Witten-Herdecke, Oldenburg.

11 Fakultäten mit Lehrbereich bzw. Abteilung (ohne Lehrstuhl): Aachen, Freiburg, Gießen, Greifswald, Halle, Köln, LMU München, Mainz, Münster, Saarland, Würzburg

1 Fakultät mit Lehrbeauftragtem: Regensburg

Kompetenzzentren Allgemeinmedizin: Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Hessen (Zusammenschluss von Universitäten)

Daten beruhen auf: Veröffentlichungen der Universitäten; Gespräch mit dem Vorsitzenden der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin, Dr. Andreas Graf von Luckner.

Sebastian Rauhut (21 Jahre, 6. Sem., Hannover) hat seine Pflichtfamulatur in der Allgemeinmedizin bereits absolviert und viele Erfahrungen gesammelt. Von einer Verpflichtung hält er nichts, da den Studierenden damit die Suche nach dem geeigneten Fach genommen wird. Eine PJ-Viertelung findet er grundsätzlich gut, „aber ich bin gegen ein Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin, weil es unsere Berufsfindung noch stärker einschränkt“. Seine spätere ärztliche Tätigkeit stellt er sich eher in einem chirurgischen Fach vor, um bei den Patienten schnellere Erfolge zu erleben.



schobenen Maßnahmen abgewartet werden. Das bereits eine Menge passiert, zeigen deutschlandweit zahlreiche Beispiele.

Beispiel 1: Die „Klasse Allgemeinmedizin“ der Universität Halle bietet seit Oktober 2011 für etwa zehn Prozent der Erstsemester einen Erfahrungsraum an, um Eindrücke in der hausärztlichen Tätigkeit zu sammeln. Zu Beginn ihres Studiums bekommen die Studierenden einen hausärztlichen Mentor an ihre Seite gestellt. Die Klasse bleibt über das gesamte Studium hinweg bestehen und wird durch erfahrene Hausärzte und Sozialwissenschaftler betreut. Jeder Studierende verbringt zwei Tage pro Semester in „seiner“ Landarztpraxis.

Beispiel 2: Ende August hat die Universität des Saarlandes ein Zentrum für Allgemeinmedizin eingerichtet. Dieses soll die Sichtbarkeit von Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin verstärken und das Interesse der Studierenden an der Allgemeinmedizin auch im PJ erhöhen. Das Zentrum wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bis 2024 mit insgesamt 750.000 Euro unterstützt. Ziel ist es, die zukünftige hausärztliche Versorgung im Saarland zu sichern.

Beispiel 3: „Mentoring Allgemeinmedizin“ heißt ein neues Angebot des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen, das den Medizinstudierenden studienbegleitend die vielfältigen Aufgaben eines Allgemeinmediziners vermitteln soll. Dabei setzt das Institut auf intensive Beratung und praktische Anschauung und arbeitet mit zahlreichen Hausärzten der Region zusammen. So können sich die Studierenden ihre persönliche Patenpraxis aussuchen und dort den Berufsalltag eines Hausarztes kennenlernen.

„Mit diesem Angebot möchten wir dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung zu sichern“, erklärt Prof. Stefan Gesenhues, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin und selbst Hausarzt. 1991 hatte Gesenhues den Lehrauftrag übernommen – damals mit nur einer Frontalvorlesung pro Woche. „Von Jahr zu Jahr wurde die Lehre präserter, später kam die Wissenschaft dazu. So haben wir uns unseren guten Ruf Schritt für Schritt erarbeitet“, blickt Gesenhues auch mit Stolz auf die Erfolge. Mittlerweile sei die Forschung gut aufgestellt und gebe es kein anderes Fach an der Fakultät, das so viel Lehre anbietet.

Die Liste der bundesweit erfolgreichen Projekte ließe sich umfangreich fortsetzen – mit dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg, an dem die Universitäten Heidelberg, Mannheim, Tübingen, Freiburg und Ulm beteiligt sind; mit der Universität Düsseldorf, deren Institut für Allgemeinmedizin intensiv zur Hausarztmedizin forscht; oder auch mit kleineren Instituten wie dem in Lübeck, wo die Allgemeinmedizin bereits seit 1975 gelehrt wird.

Dass der Fokus auch künftig auf die Allgemeinmedizin gerichtet bleibt, ist auch eine Kostenfrage. Allein die Finanzierung der laut Approbationsordnung geforderten Plätze für das PJ-



An den Universitäten gehört die Allgemeinmedizin mittlerweile mehr als nur zum Pflichtprogramm. Viele Fakultäten haben zusätzliche Projekte installiert.



Prof. Dr. Stefan Gesenhues ist Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Duisburg-Essen und praktiziert außerdem als Hausarzt.



Dr. Andreas Graf von Luckner, Dozent am Lehrbereich Allgemeinmedizin Freiburg, ist Vorsitzender der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin.

Wahltertial in der Allgemeinmedizin ist für die Universitäten so kostenintensiv, dass vielerorts die Bereitstellung der Kapazitäten nur mäßig voran geht.

Am Beispiel der Universität Halle werden schnell die Dimensionen klar: Laut Aussage des Lehrbereiches Allgemeinmedizin gibt es derzeit zwölf akkreditierte PJ-Lehrpraxen, deren Praxisinhaber von der Uni jeweils eine Aufwandsentschädigung von 2.000 Euro pro Tertial erhalten. Das macht insgesamt 24.000 Euro im Tertial. 2015, wenn Halle etwa 20 PJ-Plätze (zehn Prozent der Studierenden) bereitstellen muss, wären es 40.000 Euro pro Tertial. Im Jahr 2019, wenn für alle Studierenden ein Wahltertial in der Allgemeinmedizin möglich sein soll, müsste die Uni tief in die Tasche greifen. Pro Jahrgang (ca. 200 Studierende) wären das ca. 400.000 Euro Aufwandsentschädigung für die Lehrpraxen, sollten alle PJ-Studierenden wollen (in diesem Jahr wollten 18, es gab aber nur 12 Plätze). Die Betonung liegt auf „wollen“.

Die Kosten für das „sollen“ – also das geplante Pflichtquartal – wären immens. Laut DEGAM beliefen sich diese für bundesweit ca. 11.000 Studierende pro Jahrgang auf ca. 25 Millionen Euro – das sind 676.000 Euro pro Uni. In dieser Summe enthalten sind die Aufwandsentschädigungen für die Lehrpraxen (19,8 Mio.), das Coaching der Lehrpraxen (4 Mio.) sowie die Kosten für die Durchführung der Staatsexamina durch Lehrärzte (ca. 1,2 Mio.). Hinzu kommen ca. 20 Millionen Euro, sollten alle PJ-Studierenden eine monatliche Aufwandsentschädigung von 597 Euro erhalten – dies vor dem Hintergrund, dass immer mehr Lehrkrankenhäuser ihre PJler finanziell entschädigen. Macht gesamt und bundesweit 44 Millionen Euro im Jahr – viel Geld für eine Verpflichtung, die von den Studierenden nicht gewollt wird. (DA)



Babett Fischer (30 Jahre, 10. Sem., Halle) findet die Allgemeinmedizin im Studium wichtig und an ihrer Uni gut aufgestellt. Ursprünglich wollte sie ihr PJ-Wahltertial in der Allgemeinmedizin absolvieren, hat in Halle aber keinen Platz bekommen. Jetzt hat sie sich für die Pädiatrie entschieden und plant, den Facharzt in der Inneren Medizin zu machen. „Damit halte ich mir viele Türen offen.“ Sie könnte in der Klinik arbeiten, aber auch als Hausarzt. Von einem Pflichtquartal hält sie nichts. Jeder Studierende sollte frei entscheiden dürfen, ob er die Allgemeinmedizin mag.

Wird sich der Puls wieder

Die Zeichen stehen auf Aufbruch – der Au

Neben der ärztlichen Ausbildung an den Universitäten wurden auch in der Weiterbildung und der praktischen Tätigkeit der Hausärzte bereits vor Jahren zahlreiche Defizite ausgemacht, die am heutigen Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin ihren Anteil haben. Die daraus resultierenden zahlreichen Initiativen und Fördermaßnahmen haben den Boden bereitet, aber noch immer fehlen ausreichend junge Ärzte, die ihn betreten.

Die medizinischen Fakultäten haben nach anfänglichem Zögern den Weckruf vernommen und die Allgemeinmedizin stärker in ihre Lehrpläne integriert. An vielen Fakultäten gehört das Fach mittlerweile sogar mehr als nur zum Pflichtprogramm. Auch in Sachen Weiterbildung schrillen die Alarmglocken bereits seit längerem und ist bundesweit die Erkenntnis allgegenwärtig, dass der aktuelle und prognostizierte Hausarztmangel dringend zeitnahe und weitsichtige Maßnahmen erfordert.

So richtig Fahrt aufgenommen hat das Thema, als der Deutsche Ärztetag 2003 die (Muster-)Weiterbildungsordnung novellierte und die Weiterbildung zum Arzt für Innere und Allgemeinmedizin (*alte Facharztbezeichnung; heute wieder FA Allgemeinmedizin*) neu gestaltete. Seitdem absolvieren die Assistenzärzte in der Regel 36 Monate stationär auf dem Gebiet der Inneren Medizin (*davon möglich: 18 Monate in der unmittelbaren Patientenversorgung, auch im ambulanten Bereich*), 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung sowie einen 80 Stunden-Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“.

Diesem Schritt folgte vier Jahre später ein weiterer von größerer Bedeutung. 2007 beschloss der Deutsche Ärztetag die Neuausrichtung des bereits bestehenden Förderprogramms zur „Weiterbildung Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ und wurde bei der Bundesärztekammer (BÄK) eine gleichnamige Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die ein entsprechendes Handlungskonzept entwarf. Zentrale Punkte: Einrichtung regionaler Weiterbildungsverbände zwischen Kliniken und Praxen (*um die verschiedenen Weiterbildungsabschnitte aus einer Hand anzubieten und den Assistenzärzten eine vergleichbare Arbeitsplatzsicherheit wie in anderen Fächern zu bieten*) sowie Koordinierungsstellen und eine tarifgerechte Vergütung der ambulanten Weiterbildung.

Hausärztliche Versorgung langfristig sichern

Auf Grundlage dieser Vorarbeiten und der parallelen Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (*die rechtliche Grundlage zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin*) wurde 2010 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-

Spitzenverband) eine Vereinbarung zur „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin der ambulanten und stationären Versorgung“ getroffen. Detail-Ziele der Vereinbarung: Vermehrte Bereitstellung von Weiterbildungsstellen, angemessene Vergütung der Weiterzubildenden und Verbesserung der sektorenübergreifenden Koordination der Weiterbildung.

Soweit die Theorie. In der Praxis sind viele der genannten Vorgaben bereits umgesetzt oder es wird daran gearbeitet. Mit Stand Ende 2012 (2013 wird aktuell evaluiert) wurden in 14 Bundesländern Koordinierungsstellen zur Förderung der Verbundweiterbildung gebildet (s. *Information*). Zusätzlich zu den Koordinierungsstellen, die mehrheitlich bei den Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt sind, haben sich überall in Deutschland regionale Weiterbildungsverbände gegründet, die aus zugelassenen ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten und befugten Ärzten bestehen und eine Weiterbildung aus einer Hand und in einer Region möglich machen. In einigen Bundesländern (*Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen*) gibt es zusätzlich Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin unter Federführung der Universitäten.

Förderprogramm der Weiterbildung ist gut angelaufen

„Der Trend zeigt nach oben“, bilanziert Britta Susen, Koordinatorin der BÄK-Arbeitsgruppe „Förderung Allgemeinmedizin“, die aktuelle Entwicklung. Es gebe bundesweit immer mehr Weiterbildungsverbände, deren Zahl besonders in den letzten zwei drei Jahren zugenommen habe. „Das 2010 gestartete Förderprogramm funktioniert mittlerweile in jedem Bundesland.“

Gestiegen ist seit 2010 auch die Zahl der finanziell geförderten Ärzte in Weiterbildung – in 2012 stationär 2.199 Ärzte (2011: 2.025; 2010: 1.923), ambulant 3.842 Ärzte (2011: 3.483; 2010: 3.258). Finanziert wird das Ganze von den Krankenkassen, dem PKV-Verband sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ambulant beträgt der Förderbetrag pro Stelle 3.500 Euro – hier sollte die Weiterbildungsstätte auf die im Krankenhaus übliche tarifliche Vergütung aufstocken. Stellen in unterversorgten Gebieten werden zusätzlich mit bis zu 500 Euro gefördert. Stationär beträgt die Förderung 1.020 Euro pro Stelle bei Weiterbildung in der Inneren Medizin und 1.750 Euro bei Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Im stationären Bereich, so der Evaluationsbericht des Förderprogramms, sei positiv zu bewerten, dass allein 2012 mit 663 teilnehmenden Weiterbildungsstätten jedes dritte Krankenhaus in Deutschland Ärzte im Rahmen des Förderprogramms weitergebildet hat und die Zahl der Häuser im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen ist.

Dass trotz der erheblichen Fördersummen – im Jahr 2012 ca. 91 Millionen Euro ambulant, ca. 12 Millionen Euro stationär – die erhofften Erfolge bei den Facharztanerkennungen auf sich warten lassen, begründet Susen damit, dass das Förderprogramm

beruhigen? Gang ist ungewiss

erst 2010 neu ausgerichtet wurde. Frühestens 2015/16 hätten die Zahlen eine repräsentative Aussagekraft.

Einer, der in dieser Statistik auftauchen wird, ist Marcus Brabant. Er absolviert derzeit eine allgemeinmedizinische Weiterbildung in einer hausärztlich-internistischen Praxis in Bielefeld (Westfalen-Lippe). Der 40-jährige gehört allerdings nicht zu der Kategorie „im Studium Gefallen an der Allgemeinmedizin gefunden und danach den Facharzt gemacht“. Brabant ist bereits Facharzt für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin. „Nach elf Jahren in der Klinik suchte ich nach einer neuen Perspektive.“ Er hörte von der Möglichkeit eines allgemeinmedizinischen Quereinstiegs im Bereich der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, der dort bis Ende 2015 befristet angeboten wird. Da er während seines Studiums in Göttingen eine, wie er sagt, „selbstbewusste universitäre Allgemeinmedizin“ kennengelernt hatte, konnte er sich einen Wechsel gut vorstellen.

Seit einem Jahr ist der Familienvater hausärztlich tätig und hat den Schritt in die Praxis nicht bereut. „Meine Lebensqualität hat sich definitiv verbessert, ich bin in der Regel abends, nachts und an den Wochenenden bei meiner Familie“, so Brabant. Doch nicht nur die geregelten Arbeitszeiten waren entscheidend. „Als Hausarzt lernt man viel über die Menschen und ihre Umwelt. Man ist mittendrin. Deshalb ist dieser Beruf für mich so interessant.“ Ob er nach seiner zweijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin angestellt tätig sein möchte oder niedergelassen als Hausarzt, weiß er noch nicht: „Das lasse ich noch offen.“

Hausärzte müssen wieder am Anfang der Kette stehen

Dass Marcus Brabant in Westfalen-Lippe als Hausarzt gebraucht wird, zeigen auch hier die Fakten. Von Jahr zu Jahr sinkt die Zahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner (2013: 3.065 Ärzte; 2012: 3.107 Ärzte). Die Facharztzeichnungen in der Allgemeinmedizin sind ebenfalls rückläufig (2013: 53; 2012: 63). Allein in Bielefeld – einer Stadt mit 330.000 Einwohnern – haben in den letzten Jahren zwölf Hausarztpraxen keinen Nachfolger gefunden, weiß Ulrich Weller, niedergelassener Allgemeinmediziner in Bielefeld und Sprecher des dortigen Hausarztnetzes, in dem 120 Hausärzte organisiert sind. Weller selbst hat 1992 die Hausarztpraxis seines Vaters übernommen. Weil er sich nicht vorstellen konnte, in einer Einzelpraxis ohne kollegialen Austausch zu arbeiten, schloss er sich mit Ärzten zu einer Praxisgemeinschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin zusammen. Aktuell arbeiten dort sieben Ärzte und 20 Angestellte. Zusätzlich hat er ein Ärztezentrum mit heute 36 Ärzten mitgegründet.

Bis heute kann sich Ulrich Weller keinen schöneren Beruf vorstellen. „Der Arztberuf ist ein Top-Beruf, und wir verdienen auch ganz gut“, sagt der 57-Jährige, nach dessen Einschätzung das Image der Allgemeinmedizin mit verschiedenen Ursachen zu kämpfen hat. So müsse diese an den Universitäten noch stärker



Information

Koordinierungsstellen Weiterbildung

In den folgenden Bundesländern bestanden im Jahr 2012 bereits Koordinierungsstellen:

Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen

Wesentliche Aufgabe der Koordinierungsstellen:

Unterstützung der Weiterbildungsassistenten und -beauftragten; informieren, vermitteln, beraten und koordinieren

Quelle: Evaluierungsbericht „Förderung Allgemeinmedizin“ 2012



Dr. Ulrich Weller praktiziert seit 1992 als Allgemeinmediziner in Bielefeld. Für den 57-Jährigen ist der Hausarzt sein Traumberuf. Aber es muss sich was ändern.



Dr. Marcus Brabant entschloss sich nach elf Jahren in der Klinik für einen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Aktuell absolviert er eine zweijährige Weiterbildung.

ker etabliert werden. „Wenn Studenten mit dem Medizinstudium beginnen, haben sie eigentlich nicht das Bild vom Arzt im Krankenhaus im Kopf, sondern ihres Haus- und Kinderarztes.“ Da fragt sich Weller, warum trotzdem so wenige Studierende den Weg in die Allgemeinmedizin finden? Ein Manko sieht er auch in der Weiterbildung, deren Qualität immer vom Ausbilder und seinen Qualifikationen und Kompetenzen abhängt.

Doch ganz entscheidend an der Misere der Hausärzte ist nach Wellers Auffassung die aktuelle Arbeitssituation derselben. Die vielschichtigen Probleme fangen beim Überangebot an Fachärzten und dem immer häufiger auftretenden „Ärztelisting“ der Patienten an und hören bei der fehlenden Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten auf. Ein klares Überweisungsverhalten und Berichtsverfahren gebe es nicht mehr. „Wir überblicken nicht mehr, wohin die Patienten gehen“, kritisiert Weller die fehlende hausarztbasierte Versorgung und Strukturlosigkeit innerhalb des Gesundheitssystems, was sich bis zum Nachwuchs herumspricht. „Der Hausarzt muss wieder am Anfang der Kette stehen. Es kann nicht sein, dass wir erst ins Spiel kommen, wenn der Patient bettlägerig ist. Diesen Job will irgendwann niemand mehr machen.“ (DA)

Zur Situation der praktischen Tätigkeit der Hausärzte lesen Sie auch das Interview mit KBV-Vorstand Regina Feldmann auf den Seiten 12-13.





Regina Feldmann, Vorstandsmitglied der KBV

Wir müssen haus- und fachärztliche Grundversorgung fördern

Die Allgemeinmedizin erlebt politische Hochkonjunktur. Worauf führen Sie das zurück?

Wir steuern auf einen eklatanten Mangel an Hausärzten zu. Wenn wir die gewohnte flächendeckende ambulante Versorgung auch in Zukunft aufrechterhalten wollen, müssen Ärzteschaft und Gesellschaft alles dafür tun, um die Niederlassung für die junge Medizinergeneration attraktiv zu gestalten. Dafür ist vieles geschehen: Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zahlreiche Optionen an, um den Einstieg in die Praxis so leicht wie möglich zu machen. Kommunen haben erkannt, dass sie ein Standortmarketing betreiben müssen. Wenn man die Gesetzgebungen der letzten Jahre anschaut, so bietet sich auch hier ein Strauß an Optionen für die Niederlassung. Es gibt viele gute Gründe dafür, sich niederzulassen. Das zeigen KVen und KBV mit ihrer Kampagne „Lass dich nieder“ auf, die sich gezielt an die Medizinstudierenden richtet.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sieht in der Tätigkeit des Hausarztes eine Ursache für die

zu geringe Zahl von Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin und damit verbundene Sicherstellungsprobleme im hausärztlichen Bereich. Die Niederlassungs- und Arbeitsbedingungen, insbesondere des Landarztes, gelten ebenso als unattraktiv wie die wirtschaftlichen Risiken und die gegenüber spezialisierten Fachärzten vielfach geringere Honorierung. Ist diese Analyse Wasser auf Ihre Mühlen?

Wir freuen uns natürlich, dass der Sachverständigenrat die Arbeits- und wirtschaftlichen Bedingungen von Hausärzten und dabei vor allem des klassischen Landarztes aufgreift. Aber so negativ würde ich das Thema nicht sehen. Wer Hausarzt werden will, der tut das auch. Schließlich ist die Allgemeinmedizin eine sehr vielseitige und befriedigende Fachrichtung. Das Schreckgespenst Landarzt ist auch nicht die Realität. Ein Praxisinhaber kann durchaus steuern, wie viel er arbeitet. Ich kann das sagen, ich betreibe selbst seit vielen Jahren eine Hausarztpraxis. Jedoch gibt es noch ein großes Potential unentschlossener, junger Mediziner, die die hausärztliche Tätigkeit im Studium oft nie kennengelernt haben. Was sich

aber tatsächlich ändern muss, sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, da stimme ich der Analyse des Sachverständigenrates vollkommen zu. Wir müssen u.a. die hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung fördern, weil dies die Gebiete mit der größten Patientenzuwendung und wenig Technik sind. In den jüngsten Honorarverhandlungen haben KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart, dass ein Vergütungsvolumen von 264 Millionen Euro jeweils zu gleichen Teilen zur Förderung von Leistungen und Strukturen in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in der extrabudgetären Vergütung eingesetzt werden. Das ist ein erster kleiner, aber wichtiger Schritt.

Zur Sicherung der Qualität einer flächendeckenden Grundversorgung empfiehlt der Sachverständigenrat mit dem Modell eines „Landarztzuschlages“ und des obligatorischen Aufkaufs von Arztsitzen in stark überversorgten Planungsbereichen stärkere Anreize als bisher, um die ärztliche Tätigkeit insbesondere in strukturarmen Regionen zu befördern. Sind dies gangbare Wege?

Ein verpflichtender Ankauf von Arztsitzen nach Prozentzahlen kann nicht unser Ziel sein. Hier muss immer eine Bedarfsprüfung erfolgen, und regionale Bedingungen müssen berücksichtigt werden. Sinnvoller erscheint es mir, wenn die KVen aktiv in die Förderung neuer Niederlassungen investieren. Da gibt es auf regionaler Ebene jede Menge Möglichkeiten, die bereits rege genutzt werden. Da Hausärzte auf dem Land deutlich länger arbeiten, müssen sie für diese Mehrarbeit auch besser vergütet werden, gegebenenfalls durch Zuschläge. In Kanada werden ca. 40 Prozent aller Studienabgänger Hausarzt. Die Erfolgsfaktoren dafür sind die Arbeit in Behandlungsteams, eine deutlich bessere Vergütung und der frühzeitige Kontakt mit der Allgemeinmedizin im Studium. Was die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin angeht: Die KBV hat zur Förderung der ambulanten Weiterbildung ein Stiftungsmodell entwickelt, aus dem sowohl die haus- als auch die fachärztliche Weiterbildung finanziert werden kann. Die Stiftung soll bundesweit gleich gute Voraussetzungen sichern und die Weiterbildung im ambulanten Bereich stärken.

Laut Statistik geht der Trend im ambulanten Sektor zur Anstellung. Einer durchschnittlichen 55-Stunden-Woche eines Niedergelassenen stehen in der Regel 40-Stunden-Wochen eines angestellten Arztes gegenüber. Wer soll eigentlich die Arbeit machen, besonders mit Blick darauf, dass sich immer mehr Hausärzte in den Ruhestand verabschieden?

Wir haben zusätzlich das Phänomen, dass sich die Arbeitserwartungen generell immer mehr ändern. Die junge Medizinergeneration stellt den berechtigten Anspruch, Arbeit und Privatleben in einer Balance zu halten. Auch vor dem Hintergrund, dass nicht jeder sofort das wirtschaftliche Risiko der Selbständigkeit eingehen möchte, nehmen Anstellungsverhältnisse in der ambulanten Versorgung zu. Die Niederlassung bietet gute Chancen, dieses neue Verständnis von Beruf, Familie und Freizeit zu integrieren. Dies müssen wir den jungen Mediziner aufzeigen und in den Aufbau moderner Teamstrukturen investieren.

Eine weitere vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Handlungsoption ist die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der praktischen Tätigkeit der Allgemeinmediziner. In diesem Punkt argumentieren Sie, dass sich gerade im ambulanten Bereich Fami-

lie und Beruf optimal vereinbaren lassen. Woran machen Sie das fest?

Weil eine Arztpraxis nicht wie eine Klinik funktioniert. In der Praxis sind sie flexibler und können verschiedene Modelle ausprobieren. In der Niederlassung gibt es keine Hierarchieebenen und auch kein Schichtsystem. Die Tätigkeit in neuen Teamstrukturen ermöglicht außerdem flexible Arbeitszeiten.

Wie würden Sie eine junge Ärztin mit Kinderwunsch überzeugen, mit ihrem Partner zum Beispiel nach Nord-Brandenburg zu ziehen?

Das Leben auf dem Land bietet viele Vorteile, vor allem wenn man Kinder hat, die in einem guten Umfeld aufwachsen sollen. Auch heute hat der Hausarzt auf dem Dorf eine wichtige Stellung und genießt eine hohe Wertschätzung. Ich würde die Kollegin auffordern, die ganzen alten Klischeebilder eines Landarztes aus dem Kopf zu löschen und unvoreingenommen ein Praktikum in einer Landarztpraxis zu absolvieren. Heute gibt es gerade im ländlichen Raum so viele gut funktionierende Kooperationsinitiativen, ob das nun Ärztenetze oder von der KV entwickelte Versorgungskonzepte sind. Auch in Sachen Bereitschaftsdienst ist vielerorts eine Menge passiert. Um an dieser Stelle noch einmal auf die jüngsten Honorarverhandlungen einzugehen: Wir haben mit den Krankenkassen vereinbart, dass Leistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten nicht nur in unterversorgten Gebieten, sondern generell finanziert werden. Dazu zählen insbesondere Hausbesuchsleistungen. Die qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten unterstützen die Hausärzte in ihrer täglichen Arbeit.

Wenn man mit Hausärzten spricht, hört man einerseits, dass die Allgemeinmedizin noch immer eine attraktive Fachrichtung ist. Doch andererseits wird die vielfach geringere Honorierung gegenüber vielen spezialisierten Fachärzten bei gleichzeitig höherer Wochenarbeitszeit kritisiert. Wäre demnach eine deutliche Vergütungsverbesserung der niedergelassenen Allgemeinmediziner ein Schlüssel zum Erfolg?

Zunächst, ja, die Allgemeinmedizin ist eine attraktive Fachrichtung. Wir sollten uns aber vor einer populistischen Vereinfachung hüten. Generell müssen Arztgruppen mit intensivem Arzt-Patientenkontakt besser vergütet werden; hier besteht zu den technischen Leistungen ein deutliches Missverhältnis. Auch für Hausärzte muss endlich gelten, wer mehr

arbeitet, muss mehr verdienen. Die Vergütung ist natürlich wichtig, aber sie ist beileibe nicht die einzige Stellschraube, an der man drehen muss. Zusätzlich müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Hierbei muss die gemeinsame Selbstverwaltung mehr tun, wenn die Basisversorgung gesichert werden soll.

Wenn sich am Ende zahlreicher Bemühungen Anreizsysteme nicht als erfolgreich erweisen sollten, könnte der Ruf nach politisch gesteuertem Abbau von sogenannter Über- und Fehlversorgung in das Zentrum der Überlegungen rücken. Sehen Sie das als Gefahr?

Das ist seit Jahren doch größtenteils eine politisch motivierte Debatte. Schauen Sie sich doch mal in den Regionen um, die seit dem Versorgungsstrukturgesetz neue Bedarfsplanungen erarbeitet haben. Zumeist ist es so, dass es nur ganz wenige Bereiche gibt, wo es so etwas wie eine Überversorgung gibt. Meistens handelt es sich dabei aber um enorme Mitversorgereffekte zwischen Stadt und Land. Wenn eine Bedarfsprüfung jedoch tatsächlich eine Überversorgung ergibt, so gibt es noch viele rechtliche Probleme, vor deren Lösung auch die Politik scheut.

Hand auf's Herz: Hat es auch die KBV in den vergangenen Jahren versäumt, ausreichend für die Niederlassung und auch Anstellung im hausärztlichen Bereich zu werben?

Ja, das müssen wir selbstkritisch sagen. Allerdings hat die KBV ihre Anstrengungen in der Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation enorm gestärkt. Die Kampagnen „Lass Dich nieder“ und „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ sind zwei gute Beispiele dafür. Außerdem haben wir in den vergangenen drei Jahren intensive Ursachenanalyse betrieben und Lösungsvorschläge entwickelt, welche wir mit der Politik diskutieren, und hoffen, dass diese im Rahmen der nächsten Gesetzgebung berücksichtigt werden. Es gibt die Niederlassungsberatung bei den KVen und zahlreiche konkrete und praktische Informationen, die KBV und KVen über verschiedene Kommunikationskanäle den Ärzten und angehenden Ärzten zur Verfügung stellen. Das sind wichtige Maßnahmen gegen den Ärztemangel, aber genauso wichtig ist es, die Bedingungen für eine ambulante Tätigkeit zu verbessern. Das heißt, dass Leistungen, die erbracht wurden, auch angemessen honoriert werden. Nur so lässt sich unsere hochwertige flächendeckende Versorgung aufrechterhalten. (DA)

Wie Hermann Gröhe den Koalitionsvertrag in Stein auf Stein

Mit dem Heranziehen von Bildern zur Kommentierung politischer Vorgänge ist das so eine Sache. Am besten, man lässt es. Blickt man allerdings dieser Tage auf die letzten Monate Berliner Gesundheitspolitik zurück, dann ist man doch geneigt, ein Bild zu bemühen – das Bild vom stillen See.

„Still ruht der See“ würde man so gerne sagen – stünde dieses Bild nicht für Stillstand. Und das würde dem, was Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bisher an den Tag gelegt hat, dann doch nicht gerecht – bestenfalls seinem politischen Stil, die Dinge offensichtlich unaufgeregt, ohne falsche Hast und dennoch fest entschlossen anzugehen. Dass der Minister kein Fan des lauten Getöses ist, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass er die im Koalitionsvertrag im Bereich der Gesundheitspolitik fixierten Ziele – mal mehr oder auch mal weniger begeistert – konsequent verfolgt. Ungeachtet übrigens der Frage, ob dies immer den Applaus der jeweils „betroffenen“ Akteure des Gesundheitswesens findet. Eher gilt also wohl, um dann doch noch einmal ein Bild zu wagen, Achtung – Stille Wasser sind tief!

Beispiel gefällig? Die insbesondere in der Ärzteschaft hoch umstrittene Regelung des Koalitionsvertrages, die (vormals bestehenden) Vergütungsbeschränkungen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung aufzuheben und stattdessen die Honorierung an weitgefasste Maßnahmen zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zu koppeln, wurde zum Beispiel von Hermann Gröhe im Rahmen des 14. SGV V-Änderungsgesetzes ohne Wenn und Aber „durchgezogen“.

Umbau der GKV-Finanzarchitektur

Schon Mitte Februar diesen Jahres begann mit dem GKV-Finanzierungs- und Qualitätssicherungsgesetz (GKV-FQWG) der Umbau der GKV-Finanzarchitektur. Zum 1. Januar 2015 wird der allgemeine Beitragssatz bei 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen liegen (derzeit noch 15,5 Prozent). Zwar ist er künftig zunächst paritätisch finanziert, doch bleibt der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Gesetzliche Krankenkassen können einen Zusatzbeitrag erheben. Bei Erhebung oder Änderung des Zusatzbeitrags erhalten die Kassenmitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Die Furcht vor den Konsequenzen dürfte in der Kassenwelt zu einer restriktiven Haltung führen, was die anhaltende Unterfinanzierung der ambulant tätigen Ärzte forcieren dürfte. Die gerade abgeschlossenen Honorarverhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband liefern hier einen ersten Vorgeschmack.

Institut für Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beginnt ab der zweiten Jahreshälfte mit der Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) – dieser Auftrag an den G-BA ist im Rahmen des GKV-FQWG erfolgt. Neben Untersuchungen und Darstellungen zum Bereich der Qualitätssicherung soll das Institut im Wesentlichen in verständlicher Form vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellen, die Routinedaten der Krankenkassen bei ausgewählten Leistungen zur Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nutzen und Kriterien zur Bewertung der zahlreichen Qualitätssiegel und Zertifikate entwickeln.

Krankenhausreform in Sicht!?

An einer Krankenhausreform arbeitet eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe seit Frühsommer dieses Jahres. Einige Reformvorstellungen, insbesondere hinsichtlich des Reformschwerpunkts der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich hat die Koalition durch das GKV-FQWG mit der Gründung des Qualitätsinstituts schon umgesetzt. Neben den Themen Krankenhausplanung – die Koalitionäre gehen von einem Überangebot an Krankenhäusern in Ballungsgebieten und von einer zumindest drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen aus – sieht der Koalitionsvertrag auch Regelungen zur Mengensteuerung vor, die



aller Ruhe abarbeitet

auch die anderen Bereiche berühren wie eine Verknüpfung mit Qualität und Zu- und Abschlägen. Offenbar wollen die Koalitionäre auch die historisch gewachsenen unterschiedlichen Landesbasisfallwerte weiter glätten. Zudem dürfte eine ausreichende Personalausstattung der Krankenhäuser Thema in den Bund-Länder-Gesprächen sein. Auch wenn die sogenannte „Umwidmungsprämie“, also ein Investitionsfonds für die Umstrukturierung von Krankenhäusern beispielsweise in Pflegeeinrichtungen, aus der Endfassung des Koalitionsvertrages gestrichen wurde, zeigen viele Landespolitiker daran ein Interesse.

Qualität und Versorgung

Unter dem Arbeitstitel „Gesetz zur Verbesserung von Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen“ soll die Sicherstellung der medizinischen Versorgung weiterentwickelt werden. Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten, die fest installierte ambulante Behandlungsmöglichkeit durch Krankenhäuser, der vorgeschriebene Aufkauf von Praxissitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Förderung der Delegation ärztlicher Leistungen, die modellhafte Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen, die Förderung von Praxisnetzen, vielleicht auch Maßnahmen zum Entlassmanagement oder die Erhöhung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie neue Disease-Management-Programme könnten im Arbeitsentwurf enthalten sein. Außerdem soll das Gesetz den Innovationsfonds regeln, der mit jährlich 300 Millionen Euro die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsformen und die Versorgungsforschung fördern soll.

Termin-Service-Stellen

Mit diesem Gesetz soll die Einrichtung von Termin-Service-Stellen für Facharzttermine auf den Weg gebracht werden. Die Service-Stellen bedeuten aus Sicht der Ärzte den Aufbau eines unnötigen Bürokratiemonsters, das in keinem Verhältnis zur Zufriedenheit der Patienten mit den derzeitigen Verhältnissen steht. Fraglich ist zudem, ob die Patienten überhaupt bereit wären, gegebenenfalls einen fremden Arzt anstatt den Arzt ihres Vertrauens zu akzeptieren. (s. „Pro und Contra“ auf den Seiten 16/17)

Zwischenfazit: Es ist viel auf den Weg gebracht und so geräuschlos wie bisher wird es rund um die Vorhaben des Gesundheitsministers nicht zwangsläufig bleiben. Dies gilt vor allem für das angekündigte e-Health-Gesetz, weniger vielleicht für das in Arbeit befindliche Präventionsgesetz. (MR)



12 – 15 Nov 2014

Düsseldorf · Germany

www.medica.de

IT'S MEDICA

Jedes Jahr im November ist die MEDICA ein herausragendes Ereignis für Experten aus aller Welt. Das Weltforum der Medizin präsentiert ein breites Produktangebot durch rund 4.600 Aussteller.

Sie wollen innovative Entwicklungen der Medizintechnik kennenlernen?
Sie suchen nach neuen Möglichkeiten zur optimalen Patientenversorgung?
Auf der MEDICA finden Sie die gesamte Bandbreite der Medizin.

Nutzen Sie die MEDICA und ihre speziellen Angebote auch für Ihren Aufgabenbereich.

Be part of the No. 1!



fotolia.com © Wavebreakmedia/Micro

	CME EDUCATION CONFERENCE	Die MEDICA EDUCATION CONFERENCE bietet ein breites Spektrum an zertifizierter ärztlicher Fortbildung.
	 ECON FORUM	Aus dem Blickwinkel der Krankenkassen präsentiert das MEDICA ECON FORUM by TK Vorträge und Diskussionen zu aktuellen Herausforderungen der optimalen Patientenversorgung.
	TECH FORUM	Im MEDICA TECH FORUM erleben Sie die Verzahnung von medizinischer Wissenschaft mit innovativen Anwendungen.
	WOUND CARE FORUM	Im MEDICA WOUND CARE FORUM lernen Sie innovative Therapiekonzepte und neue Erkenntnisse zur Behandlung chronischer Wunden kennen.


Messe
Düsseldorf

PRO & CONTRA



PRO „Ist eine Wartezeiten-Garantie nötig?“ von Dr. Edgar Franke Die freie Arztwahl wird nicht beeinträchtigt

Dr. Edgar Franke (SPD) ist seit Oktober 2009 als direkt gewählter Bundestagsabgeordneter für den Wahlkreis 170 Schwalm-Eder/Frankenberg (Hessen) tätig. Seit dem Januar 2014 ist er Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag.

Die Koalition will die Wartezeit für Patienten auf einen Termin beim Facharzt deutlich begrenzen. Plan ist es, dass die Patienten künftig höchstens vier Wochen auf einen Termin warten sollen. Im Herbst diesen Jahres wird der Gesundheitsminister Hermann Gröhe einen entsprechenden Gesetzesentwurf der Bundesregierung vorlegen. Wir werden diesen Entwurf im Anschluss im Parlament beraten und im kommenden Jahr soll das Gesetz in Kraft treten.

Jeder fünfte gesetzlich Versicherte muss bereits drei Wochen oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten. Bei den privat Versicherten betrifft dies dagegen gerade jeden Zehnten. Die Große Koalition hat deshalb in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, gesetzliche Regelungen zu treffen, um Wartezeiten für gesetzlich Versicherte auf einen Facharzttermin zu reduzieren.

Dafür sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zentrale Termin-Servicestellen einrichten. Bekommt ein Versicherter trotz Überweisung zum Facharzt keinen Termin, soll er sich an eine Terminservicestelle wenden können. Die Terminservicestelle hat dann eine Woche Zeit, innerhalb der nächsten vier Wochen einen Termin zu vermitteln. Gelingt das

nicht, kann sich der Versicherte im Krankenhaus ambulant behandeln lassen. Die Bezahlung erfolgt aus dem Honorar für die ambulante Versorgung.

Bereits die Diskussion über das geplante Gesetzesvorhaben zur Termingarantie hat dazu geführt, dass einiges in Bewegung geraten ist. Aus meiner Sicht ist es dabei sehr vernünftig, wenn die konkrete Lösung von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen gefunden und dabei die regional unterschiedliche Situation berücksichtigt wird. Es wird die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen sein, sich um eine zügige Terminvergabe für die gesetzlich Versicherten zu kümmern.

In manchen Regionen verbessern sich bereits die Wartezeiten in den Facharztpraxen durch besseres Praxismanagement, die Zusammenarbeit in Ärztenetzwerken oder eigene Termin-Servicestellen. Nur wenn dies nicht gelingt, wird von den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Termin, außer in medizinisch nicht begründeten Fällen, zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten werden.

Es muss möglich sein, dass die Patienten zeitnah einen Facharzttermin bekommen. Und dies sollte meines Erachtens auch innerhalb einer Woche möglich sein. Allerdings muss man sich hierbei die Problemlage sehr differenziert anschauen:

Fachärzte in unterversorgten Regionen müssen nicht befürchten, dass Krankenhäuser starke Konkurrenten werden. Hier geht es neben der schnelleren Terminvergabe eher darum, die zum Teil überbordende Arbeitsbelastung von den

niedergelassenen Ärzten zu nehmen. Zur Sicherstellung einer medizinischen Versorgung auf dem Land müssen deshalb in unterversorgten Regionen die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet werden.

Auch nach der Einrichtung einer zentralen Termin-Servicestelle können die Patienten selbstverständlich auch weiterhin ihren Termin mit dem Facharzt ihres Vertrauens direkt vereinbaren. Die freie Arztwahl für die Patienten wird mit dem Gesetzesvorhaben nicht beeinträchtigt. Entscheidend ist, dass die Patienten zeitnah und unbürokratisch zum Facharzt gehen können. Eine gesetzliche Termingarantie ist also eine zusätzliche Alternative, mit der die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten verbessert wird.

Wartezeiten-Garantie?

CONTRA „Ist eine Wartezeiten-Garantie nötig?“ von Mark Barjenbruch
Terminmanagement ist Sache der Praxen



am besten entscheiden, wie sie die Patientenströme kanalisieren. Das geschieht bereits und funktioniert so gut, wie es unter den aktuellen Rahmenbedingungen mit einem gedeckelten Gesamtbudget geht. Dass dabei nicht jeder Patient seinen Wunschtermin bekommt und weniger dringende Termine auch mal aufgeschoben werden, ist nicht zu vermeiden.

Weltweit hat Deutschland bei nahezu unbeschränkten Zugangsmöglichkeiten die geringsten Wartezeiten auf einen Arzttermin. Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist der Maßstab für die Terminvergabe. Das darf gerade im Interesse der Patienten nicht durch ein bürokratisches Vergabesystem gefährdet werden. Die aktuelle Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt, dass die meisten Bürger mit den Wartezeiten kein Problem haben. Nur 18 Prozent der Befragten hat es bei dem vergangenen Arztbesuch nach eigener Einschätzung zu lange gedauert, bis ein Termin zustande kam. 62 Prozent erhielten innerhalb von drei Tagen einen Arzttermin. 72 Prozent der Patienten sagen, dass sie nicht zu irgendeinem, sondern schnell zu ihrem Wunscharzt möchten. Eine zentrale Termin-Servicestelle kann solche Wünsche jedoch nicht berücksichtigen.

Wenn die Koalitionäre ihr Vorhaben der Wartezeiten-Garantie mit einem Terminmanagement durch die KVen tatsächlich umsetzen, schaffen sie die Wahlfreiheit der Patienten ab. Wechselnde Ärzte und längere Anfahrtswege für Bürgerinnen und Bürger wären die Konsequenz. Es ist fraglich, ob man damit Patienten einen Gefallen tut.

Der entscheidende Punkt ist die wachsende Inanspruchnahme der Arztpraxen durch die Patienten. Durch den demographischen Faktor nimmt die Zahl älterer Menschen mit höherem Behandlungsbedarf seit Jahren zu. Dies führt dazu, dass viele Facharztpraxen an den Rand ihrer Kapazitäten gelangt sind. In Niedersachsen haben wir im Abrechnungsquartal 4/2013 erstmals die 15 Millionen-Fälle-Grenze überschritten. Damit sind zwangsläufig Wartezeiten verbunden. Nicht leugnen lässt sich eine gewisse Gewöhnungsmentalität der Patienten: Der Zugang zu Ärzten aller Fachrichtungen ist bei uns uneingeschränkt möglich. Das ist ein hohes Gut. Es scheint aber auch dazu geführt zu haben, dass Menschen auch bei relativ geringfügigen Beschwerden schnell einen Arzt aufsuchen. Der Druck der Patienten nach dieser „Wunschmedizin“ hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Nur durch eine Abkehr von Budgetierung und von politisch gewollter, aber verdeckter Leistungsreduzierung ist eine Verbesserung der Wartezeiten zu erreichen.

Die KVN hat einmal nachgerechnet: Im Jahr 2013 sind im Facharztbereich 26,7 Prozent aller Leistungen nicht vergütet worden. In Geld ausgedrückt waren dies über 206 Millionen Euro. Insgesamt haben niedersächsische Ärzte und Psychotherapeuten in 2013 rund 4,3 Millionen Stunden ohne Bezahlung gearbeitet. Das entspricht etwa 2.400 zusätzlichen Kassenarztsitzen. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen ist die Forderung nach kürzeren Wartezeiten unberechtigt. Bei begrenzter Vergütung kann es nur begrenzte Leistungen geben. Und dies führt zwangsläufig zu längeren Wartezeiten.

Mark Barjenbruch ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Der gebürtige Stader und ausgebildete Jurist hat dieses Amt seit 2011 inne.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) spricht sich gegen eine gesetzlich geregelte Wartezeiten-Garantie aus. Solange Praxen aufgrund des starken Patientenandrangs schlichtweg überlastet sind, wird auch eine Wartezeiten-Garantie mit einem Terminmanagement durch die KVen nicht helfen. Dies führt vielmehr zu einer weiteren unnötigen Bürokratisierung, da ein hoher logistischer Aufwand zu erwarten ist.

Das Terminmanagement ist Sache der Praxen. Die Ärztinnen und Ärzte können

BGH zu Teilgemeinschaftspraxen

Berufsrechtliches Verbot ist verfassungswidrig

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat das berufsrechtliche Verbot der Bildung von Teilberufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) mit Radiologen als verfassungswidrig eingestuft.

Die meisten Ärztekammern hatten bislang über die Anwendung eines strengen Kooperationsverbots (meist § 18 der Länderberufsordnungen) vermeiden wollen, dass durch die Bildung von Teilberufsausübungsgemeinschaften mit rein medizinisch-technischen Fachgebieten eine Möglichkeit geschaffen werde, das Verbot einer Zuweisung gegen Entgelt zu umgehen.

Dazu ein Auszug aus § 18 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte:

(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht einer Umgehung des § 31 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag der Ärztin oder des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teilberufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne

des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen. (...)

Ein solches pauschales Verbot verstößt nach Ansicht der Karlsruher Richter sowohl gegen die Berufsausübungsfreiheit als auch gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

Sachverhalt

In dem zugrunde liegenden Fall hatten sich 30 Fachärzte – unter ihnen vier Radiologen – interdisziplinär und überörtlich zu einer Teilberufsausübungsgemeinschaft und als Partnerschaftsgesellschaft zusammengeschlossen. Patienten sollten bestimmte Privatleistungen, insbesondere Vorsorge- oder Untersuchungsleistungen, fachübergreifend angeboten werden. Ein Prozent des Gewinnanteils der Gesellschaft sollte vorab nach Köpfen, der Rest entsprechend dem Leistungsanteil des jeweiligen Behandlers verteilt und ausgeschüttet werden.

Die Verhinderung der Eintragung in das bzw. die Löschung der Radiologen aus dem Partnerschaftsregister gelang der zuständigen Ärztekammer unter Berufung auf § 18 Absatz 1 der Berufsordnung Landesärztekammer Baden-Württemberg (BO BW) überraschenderweise nicht. Die Wettbewerbszentrale Bad Homburg erhob daraufhin Unterlassungsklage gegen die Ärztegesellschaft mit dem Ziel, eine Zusammenarbeit in Bezug auf das Erbringen radiologischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder der Teilberufsausübungsgemeinschaft gerichtlich untersagen zu lassen.

Bereits erstinstanzlich hatte das

Landgericht Mosbach im Jahr 2010 das generelle Verbot der Zusammenarbeit mit Radiologen als unvereinbar mit der verfassungsrechtlich garantierten Berufsfreiheit beurteilt (Az.: 3 O 13/10). Die typische Erbringung medizinisch-technischer Leistungen auf Anweisung anderer Ärzte sei nicht per se als Umgehung des Verbotes „Zuweisung gegen Entgelt“ und damit als unzulässig zu qualifizieren. Eine Umgehung des Zuweisungsverbotes liege nur dann vor, wenn tatsächlich ein Entgelt an die Überweiser gezahlt werde und eben damit der Tatbestand des § 31 BO BW erfüllt sei. Im Übrigen könne niedergelassenen Ärzten nicht verboten werden, was in Kliniken und MVZ's völlig üblich sei.

Die hiergegen eingelegte Berufung der Wettbewerbszentrale hatte beim Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe im Jahr 2012 Erfolg (Az.: 6 U 15/11).

Das OLG sah das berufsrechtliche Verbot des § 18 Absatz 1 Satz 3 BO BW als zulässig und verhältnismäßig an. Eine Umgehung liege insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teilberufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt werde, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspreche. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stelle keinen zulässigen Leistungsanteil dar. Zudem hatte das OLG die Revision nicht zugelassen. Erst über eine Nichtzulassungsbeschwerde beim

BGH wurde die Möglichkeit der Revision erfolgreich erstritten.

Begründung des BGH

Der BGH folgte der Rechtsauffassung des OLG nicht. Aus der nun vorliegenden Urteilsbegründung geht hervor, dass es auch niedergelassenen Ärzten gestattet sei, mit Radiologen gesellschaftsrechtlich zu kooperieren, indem sie sich zur Erbringung einzelner Leistungen und damit zu einer Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen.

Das in § 18 Absatz 1 Satz 3 BO BW enthaltene Verbot der solchen Zusammenarbeit verstoße in seiner pauschalisierten Form gegen die in Artikel 12 des Grundgesetzes gewährleistete Berufsausübungsfreiheit. Zur Berufsausübungsfreiheit gehöre unter anderem das Recht, sich grundsätzlich auch beruflich mit anderen zusammenschließen zu dürfen. Dass ein solcher Zusammenschluss per se den Tatbestand der unerlaubten Zuweisung erfülle, sei als Unterstellung ungerechtfertigt und in Bezug auf andere Facharztgruppen als Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz aus Artikel

3 Grundgesetz zu sehen. Die Urteilsgründe werden sich problemlos auf weitere Methodenfelder wie die der Labor- und Nuklearmedizin oder der Pathologie anwenden lassen. Die betreffenden Länderberufsordnungen und die Musterberufsordnung müssen nun im Hinblick auf die BGH-Rechtsprechung modifiziert werden. Den Anfang machte Ende Juli die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg und strich die betreffende Passage des § 18.

Auf eine leistungsgerechte Gewinnverteilung müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beim Zusammenschluss zur Erbringung einzelner Leistungen jedoch nach wie vor achten. Den Kontrollmechanismus im Zusammenhang mit der Vorlage von Gesellschaftsverträgen werden die Kammern nun im Zweifel noch verschärfen, um unzulässige „Kickback-Konstellationen“ im Rahmen der Einzelfallprüfung aufzudecken. (SH)

BGH, Urteil vom 15.05.2014, Az.: I ZR 137/12

Haben Sie Interesse an einer Rechtsberatung? Dann kontaktieren Sie uns per E-Mail: hb-info@hartmannbund.de (Tel. 030-206 2080).



Aktuelle Urteile

GBA-Vorgaben in Klinik

Keine Vergütung bei Verstoß; BSG (Az.: B 1 KR 15/13 R)

Nachbesetzung

Psychologischer darf ärztlichem Psychotherapeuten folgen; BSG (Az.: B 6 KA 23/12 R)

Bewerungsportale

Keine Freigabe von Nutzerdaten an Betroffene bei Bewertungsportalen im Internet; BGH (Az.: VI ZR 345/13)

Honorarärzte

Kriterien der (Schein-)Selbständigkeit; SG Berlin (Az.: S 208 KR 2118712)

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 zweite Montag 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.



Jederzeit dienstbereit!?

Zum Mindestumfang vertragsärztlicher Tätigkeit

Die öffentliche Diskussion suggeriert es: Niedergelassene Vertragsärzte arbeiten zu wenig, zumindest an GKV-Patienten, sie vergeben zu wenig Termine, um mehr Zeit für Privatpatienten oder Privatleistungen zu haben. Deshalb bedürfte es endlich einer Regelung, Ärzte zu zwingen, mehr Termine anzubieten, um die Wartezeiten, besonders im fachärztlichen Bereich, zu verringern.

Nicht das Vorhaben der großen Koalition, gegen diese Wartezeiten vorzugehen, soll hier thematisiert werden, auch nicht die Gründe für Wartezeiten, sondern damit zusammenhängende rechtliche Fragen, die sich vielen Vertragsärzten stellen: Wie lange muss ich in meiner Praxis sein? Gibt es eine Mindestzahl an Patienten, die ich in der Sprechstunde „schaffen“ muss. Und gibt es ein Mindestvolumen an Leistungen?

Nicht nur durch die Wartezeitendiskussion wird diese Thematik befeuert: Da ist die Nachricht von der Disziplinarmaßnahme gegen die Cottbusser Augenärztin, die gegen Geld einen beschleunigten Behandlungstermin in der Privatsprech-

stunde angeboten haben soll, da sind die „Notbeauftragungen“ der KV Thüringen. Und da irritiert die Information, die thüringische KV habe die Präsenzzeit der niedergelassenen Ärzte von 48 auf 45 Stunden verringert*. Wie viel muss also ein niedergelassener Vertragsarzt arbeiten?

Das **Sozialgesetzbuch V** (SGBV) weist den KVen und der KBV den vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag zu, allerdings wird dies nicht an einer bestimmten Anzahl von Stunden festgemacht. § 75 Absatz 1 SGBV spricht nur von der „angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung“. Einzelheiten, auch zur Definition des Begriffes „zeitnah“, sind in den Gesamtverträgen zu regeln.

Nach der (Muster-) **Berufsordnung** (MBO), § 17, ist die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit lediglich an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz und ggf. weitere Orte) gebunden. Dabei ist der Praxissitz durch ein Praxisschild kenntlich zu machen, welches unter anderem die Sprechzeiten aufführt. Zum zeitlichen (Mindest-)Umfang der Tätigkeit oder tangierenden Sachverhalten enthält die MBO keine Vorgaben.

Gemäß § 19a der **Zulassungsverordnung** für Ärzte (Ärzte-ZV) verpflichtet eine Zulassung den (Vertrags-)Arzt grundsätz-

lich, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben, wobei die Begründung des Normgebers zur Ärzte-ZV den Begriff „vollzeitig“ mit „hauptberuflich“ gleichsetzt. Daraus ergibt sich, dass eine vollzeitige Vertragsarztstätigkeit wirtschaftlich und zeitlich alle übrigen Tätigkeiten des Vertragsarztes zusammen deutlich überschreiten muss. § 24 Absatz 2 der Ärzte-ZV schreibt dem Vertragsarzt zudem vor, am Vertragsarztsitz Sprechstunden halten zu müssen. Außer allgemeinen Festlegungen zur Wichtung der Tätigkeit am (Haupt-)Praxissitz und außerhalb finden sich keine Sollwerte zu Präsenzzeiten.

Den Umfang des gesetzlichen Versorgungsauftrages haben die Vertragspartner in § 17 des **Bundemantelvertrages**-Ärzte (BMV-Ä) geregelt (s. *Information*). Dies ist der einzige Ort, an dem bundesweit konkrete Vorgaben über den zeitlichen (Mindest-) Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit gemacht werden.

Einige **Kassenärztliche Vereinigungen** (KV) konkretisieren die Vorgaben für die Praxispräsenz in ergänzenden Regelungen, so zum Beispiel die KV Thüringen mittels einer Sprechstunden-Richtlinie, die allerdings nur in zusammengefasster Form die vorgenannten Rahmenvorgaben enthält. Die eingangs erwähnten 45 Stunden ergeben sich rechnerisch aus der Notdienstordnung der KVT (§ 1 Nr.4). Danach besteht in Zeiten außerhalb des ärztlichen Notdienstes für den (thüringischen) Vertragsarzt eine Präsenzpflicht in seiner Praxis Montag, Dienstag und Donnerstag von 7 bis 18 Uhr bzw. Mittwoch und Freitag von 7 bis 13 Uhr, ergo 45 Stunden. Es empfiehlt sich also eine Information bei der zuständigen KV. (PM)

* „KV Thüringen hält die Uhr an“, Ärztezeitung vom 09.04.2014



Information

§ 17 „Sprechstunden, Besuche“ (Auszug BMV-Ä)

(1) Der Vertragsarzt ist gehalten, ... Sprechstunden ... mindestens in dem in Absatz 1a geregelten Umfang ... und ... auf einem Praxisschild bekannt zu geben...

(1 a) ... Versorgungsauftrag ... dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt ... mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Für einen Teilversorgungsauftrag ... Sprechstundenzeiten ... zehn Stunden wöchentlich ..., ... die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss...

(1 b) ... gilt hinsichtlich des zeitlichen Umfangs nicht für Anästhesisten und Belegärzte.

(2) Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag ... Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten ... zu berücksichtigen.

Anzeige

Die Privatabrechnung

kommt von uns!

FÜR EIN ENTSPANNTES VERHÄLTNIS 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.

MUTTERSCHUTZGESETZ

Mutterschutz

Gratwanderung zwischen Schutz und Diskriminierung

Seit Jahren ist das Problem hinlänglich bekannt, dass viele Arbeitgeber schwangeren Ärztinnen vorschnell ein Beschäftigungsverbot aussprechen, ohne eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes, einen Arbeitsplatzwechsel oder Beschäftigungsbeschränkungen als Alternative in Betracht zu ziehen. Insbesondere bei Ärztinnen in der Weiterbildung wird eine Schwangerschaft damit zum Hemmnis des beruflichen Fortkommens. An dieser Stelle ein rechtlicher Überblick, was aktuell beachtet werden muss.

Die Umsetzung des Mutterschutzgesetzes in der ärztlichen Praxis ist für werdende Mütter nicht selten ein Ärgernis. Mit der Meldung der Schwangerschaft ist der Arbeitgeber zur Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter bei der zuständigen Arbeitsschutzbehörde verpflichtet. Ebenso ist er verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes der schwangeren Ärztin zu erstellen. Werdende oder stillende Mütter dürfen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen mit einer Gefährdung ihrer Gesundheit oder ihres Kindes zu rechnen ist. Der Arbeitgeber muss die eventuellen Gefährdungen beurteilen und die notwendigen Maßnahmen treffen.

Soweit, so gut, nur führt dies im Ergebnis nicht selten dazu, dass die werdenden Mütter entweder ein komplettes Beschäftigungsverbot erhalten oder sich nur noch mit Bürotätigkeiten befassen dürfen – insbesondere in der ärztlichen Weiterbildung ein gravierender Nachteil für das berufliche Fortkommen der jungen Ärztinnen.

Zwar verbieten die bestehenden Richtlinien und Gesetze zum Mutterschutz der werdenden Mutter nicht explizit beispielsweise die Ausübung operativer Tätigkeiten, allerdings scheuen sich die meisten Arbeitgeber vor einer differenzierten Betrachtung

und sprechen lieber ein pauschales Beschäftigungsverbot aus, statt geeignete Maßnahmen zum Schutz der schwangeren Ärztin zu treffen.

Anstelle der verbotenen Tätigkeit kann der Arbeitnehmerin eine nicht verbotene Tätigkeit zugewiesen werden, sofern dadurch keine persönliche Erschwerung der Beschäftigung eintritt. Zwar ist dem Arbeitgeber wegen des Kündigungsverbotes aus § 9 MuSchG eine Änderungskündigung grundsätzlich nicht möglich, das Zuweisungsrecht ergibt sich jedoch als vertragliches Nebenrecht, um die mutterschutzrechtlichen Belastungen des Arbeitgebers möglichst gering zu halten (vgl. ErfK/Schlachter, 500, § 3 Rn.3).

In der Konsequenz verschweigen viele Ärztinnen ihre Schwangerschaft so lange wie möglich, um nicht den Restriktionen des Mutterschutzes zu unterliegen.

Gemäß § 5 Abs.1 MuSchG sollen werdende Mütter dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass der Arbeitgeber tatsächlich von den nunmehr einsetzenden Schutzpflichten nach dem MuSchG erfährt. Die Schutzpflichten bestehen zwar

unabhängig von der konkreten Mitteilung, können aber vom Arbeitgeber lediglich bei Kenntnis erfüllt werden bzw. kann ihre Nichterfüllung nur bei Kenntnis des Arbeitgebers von einer bestehenden Schwangerschaft auch sanktioniert werden (Schlachter/Erfurter Kommentar, § 5 MuSchG Rn.1).

§ 5 MuSchG normiert jedoch keine erzwingbare, sanktionsbewehrte Mitteilungspflicht der Schwangeren, sondern lediglich eine dringende gesetzliche Empfehlung (BAG 13.6.1996 AP MuSchG 1968 § 9 Nr.22).

Damit besteht grundsätzlich keine Pflicht zur Mitteilung der bestehenden Schwangerschaft nach § 5 MuSchG. Aufgrund der arbeitsvertraglichen Treuepflicht kann die Arbeitnehmerin jedoch zur unverzüglichen Mitteilung der Schwangerschaft verpflichtet sein, wenn ein berechtigtes Interesse des Arbeitgebers an einer Kenntnis über die Schwangerschaft besteht. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Beschäftigungsverbote beachtet werden müssen oder für die Schwangere erkennbar ist, dass sich der Arbeitgeber rechtzeitig um eine Vertretung bemühen muss (Leuchten in Tschöpe Handbuch Arbeitsrecht, 6 C Rn.25).

Sinn und Zweck des Mutterschutzgesetzes ist es, in einem Arbeitsverhältnis stehende schwangere oder stillende Frauen und ihr Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz sowie vor finanziellen Einbußen bzw. dem Verlust des Arbeitsplatzes im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Entbindung zu schützen. Vor dem Hintergrund der gut gemeinten Absicht ist der Gesetzgeber aufgefordert, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausweitung des Mutterschutzes im Sinne der Frauen zu treffen und die Konsequenzen im Berufsalltag angemessen zu berücksichtigen. Schutz und Diskrimi-

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

nierung liegen manchmal nicht weit auseinander, hier bedarf es des notwendigen Augenmaßes, wo Schutz nicht das Fehlen von Freiheit bedeutet. (CB)

Der Hartmannbund berät angestellte und niedergelassene Ärzte in allen beruflichen „Lebenslagen“. Haben Sie Interesse an einer Beratung? Dann kontaktieren Sie uns per E-Mail unter hb-info@hartmannbund.de oder telefonisch unter 030-206 208 0.



Kommentar

Nicht aufs Abstellgleis stellen!

Gut gemeint ist nicht immer auch gut gemacht! Als berufstätige Ärztin und Mutter von vier Kindern habe ich erlebt, wie schmal beim Thema Mutterschutz der Grat zwischen Schutzgedanken und Entmündigung verläuft. Bei allem Respekt vor der Pflicht zur Fürsorge und bei allem Verständnis für komplizierte Haftungsfragen – die Schwangerschaft darf bei einer Ärztin nicht dazu führen, dass sie aufs Abstellgleis geschoben wird!

Schwangere Ärztinnen müssen die Möglichkeit haben, unter angepassten Bedingungen ihren Tätigkeiten in der Weiterbildung nachzugehen. Karriere mit Nachwuchs darf nicht weiter einem Hindernislauf gleichkommen. Unsere jungen Kolleginnen brauchen deshalb unsere Unterstützung. Und die stets so wortreich proklamierte Familienfreundlichkeit an den Krankenhäusern darf nicht

weiter ein Lippenbekenntnis bleiben. Die Medizin ist in der Zukunft auf uns Ärztinnen angewiesen. Das gilt mehr denn je. Als Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands des Hartmannbundes appelliere ich daher eindringlich an Arbeitgeber und Gesetzgeber, intelligente Lösungsmodelle zu entwickeln, die verhindern, dass Karriere für Ärztinnen, die aus guten Gründen auf eine Familiengründung nicht verzichten wollen, nicht weiter durch geltende Mutterschutzregelungen behindert werden. Die Koalition hat sich eine Novellierung des Mutterschutzes auf die Agenda gesetzt und muss endlich handeln.

Die Autorin, Dr. Kathrin Krome, ist Fachärztin für Neurologie und vierfache Mutter. Derzeit arbeitet sie als Oberärztin in Bamberg.





Novellierung der Musterweiterbildungsordnung Bartmann: Konzept stabilisiert sich

Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) befindet sich in vollem Gange, aber eine beschlussfähige Vorlage ist noch nicht in Sicht. Auf dem diesjährigen 117. Deutschen Ärztetag (DÄT) sprach Franz-Joseph Bartmann, der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, davon, dass sich das Konzept „stabilisiere“. Gleichwohl bleibe noch viel zu tun.

Der Zeitplan – das zeigt sich immer deutlicher – ist lediglich eine Richtschnur: Die neue MWBO soll nicht pünktlich sein, sondern von allen gemeinsam getragen werden können. Der „Zwischenbericht“ von Franz-Joseph Bartmann erntete bei den Delegierten des diesjährigen Deutschen Ärztetages Ende Mai in Düsseldorf grundsätzliche Zustimmung. Sobald die aktuelle Konvergenzphase zwischen den Landesärztekammern abgeschlossen ist, soll – wenn möglich noch in diesem Herbst – eine zweite Version der MWBO-Novelle auf der Online-Plattform wiki.baek.de veröffentlicht werden. Darin sollen dann die eingegangenen Vorschläge und Kommentierungen zur ersten Version eingearbeitet sein.

In der Diskussion mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften hatte sich als besondere Herausforderung die fehlende Einheitlichkeit im Vorgehen herauskristallisiert. So sei die Zuordnung von Inhalten zu den Weiterbildungsmodi* nicht immer klar gewesen, habe es verschiedene Detailtiefen bei den Inhalten gegeben und seien Fachtermini uneinheitlich verwendet worden. Daher sollen für die weitere gemeinsame Arbeit

auch grundlegende strukturelle Kriterien zum Kompetenzverständnis sowie zu Anwendung und Anzahl der Modi festgelegt werden. Geplant sind in diesem Zusammenhang ein Glossar zur einheitlichen Verwendung von Begriffen und ein Leitfaden für das weitere Vorgehen bei der Bearbeitung der verschiedenen Weiterbildungsgänge. Diese sollen den Fachgesellschaften zur Verfügung gestellt werden.

Inhaltlich gingen die aktuellen Überlegungen laut Bartmann unter anderem dahin, einheitliche Curricula zu entwickeln, in der die zu erbringenden Inhalte detailliert dargestellt werden sollen. Hintergrund ist, dass seit der letzten Novelle vor gut zehn Jahren Weiterbildungsbeauftragte zwar

Curricula vorweisen müssen, aber laut den Ergebnissen der Evaluation der Weiterbildung nicht einmal die Hälfte der Weiterzubildenden ein solches zu Gesicht bekommen. Denkbar sei daher auch, die Curricula über eine Ergänzung des Paragrafenteils verbindlich festzulegen. Gleichwohl könnten sie flexibler an die medizinische Entwicklung angepasst werden, ohne dass jedes Mal eine MWBO-Novelle daraus werden muss.

*Die zweite Version
der MWBO-Novelle soll noch in diesem
Herbst veröffentlicht werden.*

In diesem Zusammenhang wird auch über elektronische Logbücher nachgedacht. Damit könnte die Dokumentation über die tatsächlich durchgeführten Inhalte leichter zeitnah erfolgen, und nicht – wie oft üblich – erst am Ende der Weiterbildung. Zudem würden die Logbücher Änderungen in den einheitlichen Curricula eins zu eins widerspiegeln. Ein weiterer Vorteil solcher zentral bei den Kammern geführten Logbücher wäre, dass es einen Überblick darüber gäbe, wer wo in Weiterbildung ist und auf welchem Stand. (SP)

* „Weiterbildungsmodus“: In früheren Überlegungen wurden die inhaltlichen Kompetenzstufen „Weiterbildungslevel“, später dann „Weiterbildungsebenen“ genannt. Auch der „Kompetenzblock“ ist umbenannt worden, nämlich in „Weiterbildungsblock“, da die (Facharzt-)Kompetenz das Endergebnis der Weiterbildung definiert und kein Zwischenstadium.



Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der BÄK, zum Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Foto: Erens

Termine

Samstag, 20. September, 10 bis 13.30 Uhr

Hartmannbund lädt zu Vortrag zum Thema „Die Zukunft der Klinik und ihrer Ärztinnen und Ärzte“, Referent: Dr. Peter-Georg Paskuda (stellvertretender Landesvorsitzender des Gesundheitspolitischen Arbeitsausschusses der CSU), anschließende Diskussion, Ort: München. Die genaue Anschrift wird bei Anmeldung bekannt gegeben.

Montag, 22. September, 19 bis 21.30 Uhr

„Gründerzentrum med/dent – Wie stelle ich eine Praxis/Praxisbeteiligung auf eine solide finanzielle Basis?“, Veranstalter: LV Rheinland-Pfalz, Ort: Koblenz. Mehr Informationen nach Anmeldung.

Donnerstag, 9. Oktober, 17.30 bis 20.30 Uhr

Kommunikation mit dem Patienten: Wie geht man mit ihnen um? Und worauf muss ein Arzt achten, wenn er eine schwierige Nachricht überbringen muss? Veranstalter: LV Sachsen-Anhalt, Ort: Magdeburg, Universitätsklinikum. Mehr Informationen nach Anmeldung.

Mehr Seminare und Veranstaltungen
telefonisch unter 030-206 208 0 oder
www.hartmannbund.de/seminare



Anzeige

Gestalten Sie sich Freiräume!

Weiterbildungsassistent/in in der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin!

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

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

www.verbundweiterbildung-niedersachsen.de



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

PJ-Liste: Rückblick auf Aktionen

Das lief schon super!

Im Mai legte der Hartmannbund eine bundesweite Übersicht zur PJ-Aufwandsentschädigung vor. Die Ergebnisse waren ernüchternd: 111 von 691 erfassten Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern zahlten zum damaligen Zeitpunkt keine PJ-Aufwandsentschädigung; nur 56 Krankenhäuser den Höchstsatz von 597 Euro monatlich. Diese Tatsache untermauerte die Forderungen der Medizinstudierenden im Hartmannbund, auch weiterhin eine bundesweite PJ-Aufwandsentschädigung von 597 Euro einzufordern. Erste Aktionen dazu liefen erfolgreich.

Und man kann behaupten, dass die Medizinstudierenden des Hartmannbundes mit ihrem Ruf nach einer monatlichen PJ-Aufwandsentschädigung für alle PJ-Studierenden in Höhe von 597 Euro bereits sehr weit oben angekommen sind.

Auf dem 117. Deutschen Ärztetag, der Ende Mai in Düsseldorf stattfand, stellte sich ein kleiner Trupp von HB-Studierenden direkt vor den Eingangsbereich des Kongresscenters (wir berichteten darüber bereits im „cerebellum direkt“), den alle 250 Ärztekammer-Delegierten, das Präsidium der Bundesärztekammer mit ihrem Präsidenten, Frank-Ulrich Montgomery, Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden sowie viele weitere in- und ausländische Gäste des Ärztetages passieren mussten. Mit einem großen Plakat mit der Aufschrift „Auch wir sind das Krankenhaus – 597 Euro für einen studentischen Vollzeitjob“ und Flyern machten die Hartmannbund-Studierenden auf ihre Forderung nach einer einheitlichen PJ-Aufwandsentschädigung und die Ergebnisse der PJ-Liste aufmerksam. Viele blieben stehen und ließen sich von den Studierenden erklären, um was es in der Forderung im Detail geht.

Zusätzlich zu dieser Aktion passte thematisch eine Resolution, die von den Delegierten des Deutschen Ärztetages mit überwältigender Mehrheit angenommen wurde. Eingereicht von Klaus Reinhardt – Vorsitzender des Hartmannbundes und als Delegierter der Landesärztekammer Westfalen-Lippe auf dem Ärztetag –, beinhaltete die Resolution die Aufforderung des Deutschen Ärztetages an Gesetzgeber sowie Universitäts-

kliniken und Lehrkrankenhäuser, endlich allen Medizinstudierenden im PJ eine monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro gemäß des in der Approbationsordnung angegebenen BAföG-Höchstsatzes zu zahlen. Das war der erste Streich.

Der zweite folgte bereits drei Wochen später während des Medizinischen Fakultätentages (MFT) in Frankfurt am Main. Anlässlich des jährlichen Zusammentreffens der Dekane und Studiendekane aller medizinischen Fakultäten in Deutschland haben der Hartmannbund und die Fachschaft der medizinischen Fakultät Frankfurt am Tagungsort des MFT auf dem Campus Westend zu einer gemeinsamen studentischen Demonstration für bessere Studienbedingungen im PJ aufgerufen. Wichtigste Forderung auch hier: Monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro für alle PJ-Studierenden.

Etwa 50 Medizinstudierende marschierten nach einem kurzen Redeteil vor den tagenden MFT und machten mit Trillerpfeifen lautstark auf sich aufmerksam. Ihre Forderungen konnten die Studierenden sogar gegenüber der anwesenden Bundesbildungsministerin, Johanna Wanka, deutlich machen, die sich persönlich dem Anliegen der Studierenden stellte. „Vor allem war es uns wichtig, der Ministerin unsere Forderung nach einer einheitlichen PJ-Aufwandsentschädigung näher zu bringen“, sagte Theodor Uden, der Vorsitzende der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Die Ministerin habe ihre Unterstützung für diese Forderung betont und darauf hingewiesen, dass von Seiten des Bundes „die 597 Euro bereits angestoßen“ und in der Approbationsordnung festgehalten seien. Jetzt seien die Universitäten sowie die Direktoren der Unikliniken und Lehrkrankenhäuser am Zuge.

Noch während der MFT-Tagung schloss sich der Göttinger Studiendekan, Gerhard Burckhardt, der HB-Forderung an und plädierte in seinem Vortrag zum Thema „PJ-Ordnungen“ ebenfalls für eine einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung. Es müsse aufhören, dass Studierende über das Geld angelockt werden. Sein Vorschlag: 400 Euro in bar plus 197 Euro ausgewiesene Sachleistungen. Der Hartmannbund findet: Das ist ein Schritt in die richtige Richtung! (DA)

Seit Veröffentlichung der bundesweiten Übersicht der PJ-Aufwandsentschädigung auf www.hartmannbund.de wurde diese bereits mehr als 6000 Mal angeklickt. Viele Lehrkrankenhäuser haben sich gemeldet und ihre Daten bestätigt oder korrigiert. Darüber werden wir in Kürze berichten.



Vor dem Eingangsbereich des Düsseldorfer Kongress-Centers wurden die 250 Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages von Hartmannbund-Studierenden in Empfang genommen. Im Gepäck hatten die Studenten Flyer, um darauf aufmerksam zu machen, dass nur ein Bruchteil aller PJ-Studierenden eine angemessene PJ-Aufwandsentschädigung für die geleistete Tätigkeit erhält.



Werde Univertreter beim Hartmannbund!



Während des 75. Medizinischen Fakultätentages Mitte Juni in Frankfurt hatten der Vorsitzende der Hartmannbund-Studierenden, Theodor Uden (r.), und Studentinnen der Frankfurter Fachschaft Gelegenheit, mit der Bundesbildungsministerin Johanna Wanka (l.) über ihre Forderungen hinsichtlich des PJ's zu sprechen.



Klein, aber oho – 50 Medizinstudierende marschierten vor den Tagungsort des Medizinischen Fakultätentages und machten mit Trillerpfeifen auf sich aufmerksam.



UNIVERTRETER DES HARTMANNBUNDES
 AGIERE AUCH DU DICH AN DEINER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT!

Der Hartmannbund bietet dir:

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

Und das kannst du tun:

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

Unser Engagement lohnt sich!

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

Gemeinsam gegen das PJ-Pflichtquartal

Weil es hinter den Kulissen noch immer gewaltig rumort und die Politik weiterhin darüber nachdenkt, ein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin einzuführen, sind die Medizinstudierenden des Hartmannbundes mit dem Versand eines offenen Briefes an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Frank-Ulrich Montgomery, aktiv geworden. Der Hartmannbund hat gemeinsam mit der Bundesvertretung für Medizinstudierende und dem Marburger Bund an Montgomery appelliert, von einer geplanten Einführung eines PJ-Pflichtabschnitts in der Allgemeinmedizin Abstand zu nehmen. „Wir Studenten haben aktuell jede Menge Möglichkeiten, uns während unserer ärztlichen Ausbildung zur Allgemeinmedizin zu informieren. Und die eingeführte Famulatur in der hausärztlichen Versorgung sollte erst einmal Pflicht genug sein“, heißt es in dem offenen Brief. Wollt ihr mehr erfahren? Dann geht auf unsere Homepage: www.hartmannbund.de (Rubrik Medizinstudierende/News).

Ergebnisse der HB-Umfrage bestätigt

Die Medizinstudierenden legen großen Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine Tätigkeit auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Einer aktuellen Umfrage der Universität Trier unter 11.462 Medizinstudierenden im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge sind dies mit jeweils 95 Prozent Zustimmung die zentralen Erwartungen an das spätere Berufsleben. Zudem schließt mit weit mehr als einem Drittel eine große Anzahl der Befragten eine spätere ärztliche Tätigkeit in Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern kategorisch aus. Hingegen wollen nur etwa zehn Prozent nicht in größeren Städten und 16,5 Prozent nicht in Großstädten arbeiten. Mit diesen Ergebnissen wurden die Daten der Hartmannbund-Umfrage zur „Zukunft des Arztberufes“ aus dem Jahr 2012 bestätigt, an der 4.400 Medizinstudierende teilnahmen. Ein nicht unerheblicher Teil der Teilnehmer sah damals seine Perspektive weder in der Einzelpraxis noch in den Kliniken mit ihren hierarchischen Strukturen und ausufernden Arbeitszeiten. Im Vordergrund standen vielmehr Teamarbeit, bessere Arbeitsbedingungen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

BAföG wird erhöht

Die Bundesregierung will die BAföG-Leistungen erhöhen. Ab 2016 erhalten die BAföG-berechtigten Schüler und Studenten sieben Prozent mehr Geld. Mit Beginn des Wintersemesters 2016/17 wird zusätzlich zu der siebenprozentigen Anhebung der Bedarfssätze der Wohnzuschlag überproportional auf 250 Euro angehoben. Für Studierende, die nicht zu Hause wohnen, steigt der monatliche Förderungshöchstsatz um rund 9,7 Prozent von derzeit 670 Euro auf künftig 735 Euro.



Online-Spenden

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt seit vielen Jahren Ärztinnen und Ärzte in besonders schwierigen Lebenslagen sowie Kinder aus Arztfamilien, deren Eltern in Not geraten sind. Im Mittelpunkt der Unterstützung steht zum Beispiel das finanzielle „unter die Arme greifen“ bei der Schul- und Studienausbildung und bei der Förderung berufsrelevanter Fortbildungen, aber auch kostenlose Beratungen oder die schnelle und unbürokratische Hilfe bei Notfällen. Wenn auch Sie helfen möchten, können Sie dies ab sofort auch mit einer Online-Spende tun. Informieren Sie sich dazu auf www.aerzte-helfen-aerzten.de.

HB-Gründungshaus

Am 13. September hat sich der Gesamtvorstand des Hartmannbundes zu seiner jährlichen Herbstsitzung getroffen. Dieses Mal in Leipzig, wo im Rahmen eines Festaktes vor dem Gebäude Markt 6 die Gründungsdenktafel des Hartmannbundes eingeweiht wurde. In diesem Gebäude gründete Dr. Hermann Hartmann am 13. September 1900 den „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“, der später in Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.“ umbenannt wurde. Über den Festakt werden wir auf www.hartmannbund.de berichten.

Hauptversammlung des Hartmannbundes Podiumsdiskussion zu Frauen im Arztberuf

Mit dem Motto der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes – „Faire Chancen im Arztberuf – worauf Frauen (noch) vergeblich warten“ – schließt sich (erst einmal) der Kreis, den der Verband mit seiner Themensetzung auf unterschiedliche Aspekte des vielfältigen Spektrums der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und zuletzt mit seiner gleichnamigen Umfrage zur Situation junger Frauen im Arztberuf eröffnet hatte.

Die überwältigende Beteiligung an den Umfragen des Hartmannbundes zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und zuletzt auch die enorme Resonanz der jungen Frauen unter unseren Mitgliedern auf die Umfrage „Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf?“ – insgesamt haben 2.800 Medizinstudentinnen und Assistenzärztinnen teilgenommen – waren überzeugende Argumente genug, diesen Schwerpunkt auch auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes zu setzen.

Wie können Arbeitsbedingungen im Sinne des Anspruchs der kommenden Ärztegeneration verbessert werden, um persönliche Lebensplanung und berufliche Karriere besser miteinander zu vereinbaren? Welche Teilzeitmodelle verbessern die Perspektiven von jungen Familien? Welche Bewusstseinsveränderungen sind notwendig, um vor allem jungen Frauen angemessene und faire

Karrierechancen zu eröffnen? Diese und andere Fragen wollen wir zusammen mit ausgewiesenen Experten diskutieren und erhoffen uns auch vom Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in seiner Rede Hinweise darauf, welche Möglichkeiten die Politik sieht, ihren Teil zur Lösung des Problems beizutragen.

An der Podiumsdiskussion werden teilnehmen: Prof. Dr. Martina Müller-Schilling, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin der Universitätsklinik Regensburg; Dr. Annika Schnurbus-Duhs, Assistenzärztin aus Berlin; Univ.-Prof. Dr. Arnold Ganser, Direktor der Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzellentransplantation der Medizinischen Hochschule Hannover; und Dr. Jan-Peter Siedentopf, Oberarzt Campus Virchow-Klinikum Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin/Klinik für Geburtsmedizin und Väterbeauftragter der Charité Berlin.

Moderiert wird die Podiumsdiskussion von Tina Groll, Redakteurin bei ZEIT Online/Ressort Karriere (Schwerpunkte: Gleichstellung in der Arbeitswelt, Führungskräfte- und Managementthemen). Im Vorfeld der Podiumsdiskussion wird die Ärztin Heidrun Sturm ein Impulsreferat halten. Im Anschluss an die Podiumsdiskussion werden wie gehabt auch die Delegierten Gelegenheit haben, in die Diskussion mit einzusteigen.

Die Zertifizierung der Hauptversammlung ist bei der Landesärztekammer Berlin beantragt. Bitte bringen Sie Ihre Barcode-Etiketten mit.

Anzeige

Chirurgische Nahtmaterialien aller Art!



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



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

Dr. Bernd Lücke, seit 1995 niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie in Hildesheim, ist seit 2005 Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes Niedersachsen. Seit 2011 ist er Delegierter der Landesärztekammer Niedersachsen und des Deutschen Ärztetages.



HB-Landesvorsitzende im Interview: Niedersachsen

Im Zweifel lieber Personal als Beton

Schon seit Jahren sind Sie mit Blick auf die stationäre Versorgung vehementer Verfechter der These „Personal statt Beton“. Was treibt Sie bei diesem Thema an?

Qualität in der Krankenversorgung ist an erster Stelle ein Produkt aus der Arbeit des ärztlichen und pflegerischen Personals. Wenn in Bereichen mit Überversorgung, zum Beispiel im LK Hildesheim oder Hannover, ein kleines Haus (< 200 Betten) schließt, dann können mit den eingesparten Kosten für Baukörper und Gebäudeunterhalt mehr Personalstellen in den verbleibenden Kliniken finanziert werden. Damit wiederum könnte die durchschnittliche Verweildauer, die in Deutschland höher ist als in fast allen anderen europäischen Staaten, reduziert werden und gleichzeitig wird das Personal weniger belastet. Eine win-win-Situation für alle, die allerdings voraussetzt, dass das eingesparte Geld den verbleibenden Kliniken zugute kommt.

In Niedersachsen haben Sie sich einen Ruf als außerordentlich kritischer Beobachter der gesetzlichen Krankenkassen erworben. Wie müsste denn nach Ihrer Auffassung – im bestehenden System – die ideale Krankenkasse aussehen?

Gesetzliche Krankenkassen sollten ihren Auftrag wahrnehmen und sich um ihre Versicherten kümmern. Es ist nicht Aufgabe einer Körperschaft öffentlichen Rechts, wie zum Beispiel der KKH, den Gewinn zu maximieren. Der Versuch der KKH, Ende 2012 schwer Kranke mittels Telefonanrufen zu Wechseln der Krankenkasse zu bewegen, zeigt für mich die Perversion des Systems. Zusammenarbeit mit allen im Gesundheitswesen sollte Ziel der Kassen sein, aber nicht das

ständige Unterstellen, dass es noch genug Reserven im System gebe. In allen Bereichen wird mehr Geld benötigt, sei es Pflege, stationäre und ambulante Medizin oder in den Universitätskliniken. Dies ist die zwangsläufige Folge der demographischen Entwicklung.

Seit dem Deutschen Ärztetag in Hannover treiben Sie mit Vehemenz das Thema Transparenz voran, mit der Ärztekammer in Niedersachsen haben Sie sich darüber gar eine heftige Auseinandersetzung geliefert. Können Sie uns etwas zum Stand der Dinge sagen?

Nach meiner Selbstanzeige bei der Kammer hat das Berufsgericht in Niedersachsen meine rechtliche Beurteilung voll inhaltlich unterstützt. Die Teilnahme an gesponsorten Fortbildungen ist auch in Niedersachsen, wie im Rest der Republik, kein Berufsvergehen. Hartmannbund (HB) und Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) haben sich daraufhin auf ein Moratorium geeinigt, nach dem für alle Ärzte in Niedersachsen die gleichen Regeln gelten wie im Rest Deutschlands, nämlich der § 32.2 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer. Damit besteht eindeutige Rechtssicherheit für alle.

Gleichzeitig haben wir vereinbart, dass sich HB und ÄKN für die schnellstmögliche Neufassung der Musterberufsordnung einsetzen. Ziel: Transparenz, Äquivalenzprinzip, Trennungsprinzip. Spannend ist jedoch, dass der Marburger Bund, der sich vehement für das Verbot von gesponsorten Fortbildungen in Niedersachsen eingesetzt hat, auf dem Deutschen Ärztetag 2014 gegen eine schnellstmögliche Neufassung der MBO §30-33 zum Ärztetag 2015 gestimmt hat.

Mit der Binnensicht als Mitglied der Kammerversammlung Niedersachsen – wie beurteilen Sie die Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung?

Uneingeschränkt positiv. Je mehr wir selbst regeln, desto weniger werden wir von Dritten bevormundet. Das gilt insbesondere für Fort- und Weiterbildung, aber auch für viele andere Themen. Ich nenne hier nur Sprachkenntnisse für ausländische Kollegen/innen, hier hat die ÄKN schon Regelungen getroffen, bevor die Politik sich dieses Themas angenommen hat (die ÄKN ist Träger der Approbationsbehörde in Niedersachsen). Eine Gefahr sehe ich jedoch darin, dass, zum Teil ideologisch motiviert, die ÄKN versucht, Regeln aufzustellen und durchzusetzen (z.B. geponsorte Fortbildungen), die die Grundlage von Solidarität und Subsidiaritätsprinzip verlassen. Ich denke hier an die Forderung von Mitgliedern des Marburger Bundes, Überschüsse aus Mitgliedsbeiträgen für von der Kammer veranstaltete Fortbildungsveranstaltungen einzusetzen. Auf Vorschlag des HB haben wir statt dessen eine 15-prozentige Beitragsreduktion für 2015 beschlossen.

Was hat sich Ihr Landesverband für die kommenden Monate vorgenommen?

Die Vorbereitung der Kammerwahl 2015 mit dem Ziel, das Ergebnis von ca. 20 Prozent im Jahr 2010 zu verbessern. Mit dem aktuellen Vorstandsteam, in dem ich mittlerweile eindeutig zu den „Senioren“ zähle, haben wir eine tolle Ausgangsposition geschaffen. Außerdem setzen wir uns dafür ein, dass die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Arztes in möglichst großem Umfang erhalten bleibt und nicht von Kassen, Politikern, Kammer oder KV unnötig eingengt wird.

Weil niemand Sie so
gut versteht wie wir.

apoPur.
Unsere neue Beratung.

Unser Beratungskonzept apoPur gibt Ihnen auf Ihre Fragen eine Antwort und dabei immer das gute Gefühl, alles richtig zu machen. Denn apoPur steht für:

- Möglichkeiten erkennen
- in Ruhe entscheiden
- überzeugt umsetzen

Profitieren auch Sie jetzt von unserer neuen Beratung.

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank

Stephanie Hübbers-Kohlhaas,
Kinderärztin, Kinderpsychiaterin

Erfolgreiche Veranstaltung des Hartmannbundes HB diskutiert vor Ort

Unter dem Titel „HB VOR ORT – Perspektiven örtlicher Gesundheitsversorgung“ lädt der Hartmannbund in seinen Landesverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe regelmäßig zu öffentlichen Gesprächszirkeln ein. Geladen sind Ärzte aus der Region, Vertreter von Kliniken, Körperschaften und regional bzw. überregional tätige Politiker.

Ob im Ruhrgebiet, in Westfalen-Lippe oder im Siegener Land – überall in Nordrhein-Westfalen gibt es, wie in ganz Deutschland, Orte, in denen die Gesundheitsversorgung mit chronischem Nachwuchsmangel zu kämpfen hat, aber auch Orte, in denen die Versorgung gut klappt und der Nachwuchs weniger Berührungspunkte verspürt. Doch auch hier kann sich schon bald die Situation ändern und der vielerorts prognostizierte Ärztemangel Realität werden. Wie die aktuelle Gesundheitsversorgung in den Regionen aussieht und wie intensiv bereits an der Gestaltung der künftigen Versorgung gearbeitet wird, versucht der Hartmannbund in seinen Landesverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe herauszufinden. Mit seiner Veranstaltungsreihe „HB VOR ORT – Perspektiven örtlicher Gesundheitsversorgung“ lädt der Verband seit vielen Monaten in seinen Kreisvereinen zu öffentlichen Gesprächszirkeln ein. „Geladen sind Ärzte aus der Region, die örtlichen Politiker, aber auch Bundes- und Landtagsabgeordnete, Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern, Kliniken und natürlich der

Presse“, beschreibt Larissa Gebser, Geschäftsführerin des HB-Servicecenters West die Veranstaltungsreihe, die in Nordrhein bereits zehn Mal und in Westfalen-Lippe acht Mal stattgefunden hat. „Ziel ist es, vor Ort über Potentiale und Auswirkungen der lokalen Gesundheitspolitik zu sprechen.“ Dabei werden Fragen gestellt, wie z.B.: Wie werden die aktuellen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bewertet? Welche Entwicklungen haben sich ergeben? Wie fällt die Zukunftsprognose aus? Welche Planung hat die Lokalpolitik vorgenommen? Wie kann die Gesundheitsversorgung vor Ort gesichert werden? „Mit jedem Termin vor Ort verstärken und erweitern wir unser Netzwerk, sensibilisieren die Akteure des Gesundheitssystems und machen uns als Verband vor Ort sichtbar“, so Larissa Gebser.

Nächste Termine: Herne: 16.9. (Thomas Nüchel, Mitglied des Landtages, MdL, FDP); Krefeld: 25.9. (Holger Ellerbrock, MdL, FDP); Witten: 25.9. (Verena Schäffer, MdL, Grüne); Wesel: 3.9. (Sabine Weiss, MdB, CDU); Viersen: 2.10. (Uwe Schummer, MdB, CDU/Udo Schiefner, MdB, SPD); Düsseldorf: 29.10. (Sylvia Pantel, MdB, CDU); Lippe: 13.11. (Walter Kern, MdL, CDU); Gütersloh: 20.11. (Ralph Brinkhaus, MdB, CDU).

Anzeige



Der HB-Bezirksvorsitzende Arnsberg, Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann (r.), moderierte das Gespräch mit Angelika Freimuth (MdL, FDP) und Dr. Martin Junker.



Die Bundestagsabgeordnete Maria Klein-Schmeink (Grüne, r.) diskutierte mit Ärzten und Klinikvertretern in Münster die aktuellen Versorgungsstrukturen.

DATURA
GESUNDHEITSMANAGEMENT

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@aturagmbh.de - Internet: www.daturagmbh.de

Berufsausübungsgemeinschaften

Gewerbsteuer droht bei Aufnahme von Juniorpartnern



Der Autor Matthias Lamprecht (Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund) ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen. Er ist Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH). Kontakt: ETL ADVISA NHP Köln, info@advisa-nhp.de, www.advisa-nhp.de, Tel: 0221-935 521 60

Immer mehr Ärzte entschließen sich, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zu gründen. Bei dieser Form der Zusammenarbeit führen alle Ärzte die Geschäfte der Praxis gemeinschaftlich, dennoch ist jeder von ihnen eigenverantwortlich tätig und erzielt Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Hat sich eine BAG etabliert oder steht ein Generationswechsel an, werden neue Partner gesucht oder es wird einem bisher angestellten Arzt angeboten, als Juniorpartner einzusteigen.

Damit die bisherigen Gesellschafter der BAG ihre Juniorpartner nicht sofort an den stillen Reserven wie Praxiswert, Patientenstamm und Praxisausstattung beteiligen müssen, wird oft eine sogenannte Nullbeteiligung vereinbart. Ein Anteilserwerb ist für später vorgesehen. Oft sind die Juniorpartner auch nicht sofort am Gewinn beteiligt, sondern werden mit einem prozentualen An-

teil an dem von ihnen erwirtschafteten Umsatz vergütet. Der Juniorpartner hat quasi eine Probezeit. Hat er sich dann bewährt, erfolgt eine vollumfängliche Aufnahme in die Gemeinschaftspraxis – mit Beteiligung am Gewinn und an den stillen Reserven.

Dieser üblichen und beliebten Gestaltung der schrittweisen Einbindung in eine BAG hat das Finanzgericht Düsseldorf mit zwei Urteilen einen Dämpfer verpasst. Die Finanzrichter verneinten die Mitunternehmereigenschaft eines jungen Arztes aus zwei Gründen. Zum einen bemängelten sie, dass er nur ein äußerst geringes Mitunternehmerisiko trage, da er weder an den stillen Reserven partizipieren konnte noch am Gewinn und Verlust beteiligt wurde.

Zum anderen stellten sie fest, dass er wegen der gemeinschaftlichen Geschäftsführung in der BAG auch nur eine geringe Mitunternehmerinitiative entfalten konnte. Sie beurteilten den Juniorpartner zwar nicht als Arbeitnehmer, doch da er als Nicht-Mitunternehmer eigenverantwortlich und ohne Überwachung sowie ohne persönliche Mitwirkung der anderen Gesellschafter praktizierte, sei die Gemeinschaftspraxis nicht mehr freiberuflich, sondern gewerblich tätig. Im Ergebnis wurde die gesamte BAG durch die Null-Beteiligung des Juniorpartners gewerblich infiziert.

Das bedeutet: Alle Umsätze der BAG – auch die eigentlich originär freiberuflichen ärztlichen Umsätze der Seniorpartner – werden in gewerbliche Tätigkeiten umgedeutet und unterliegen neben der Einkommensteuer auch noch der Gewerbesteuer.

Auf den nach Abzug eines Freibetrags von 24.500 Euro verbleibenden Gewerbeertrag wird eine Gewerbesteuer in Höhe von 3,5 Prozent, multipliziert mit einem gemeindeabhängigen Hebesatz, erhoben. Die Hebesätze variieren zwischen 300 Prozent (z.B. Waren/Müritz) und 490 Prozent (z.B. München), sodass zwischen 10,50 Prozent und 17,15 Prozent Gewerbesteuer zu zahlen sind. Diese zusätzliche

Steuerbelastung kann zwar abgemildert und möglicherweise vollständig vermieden werden, denn die Ärzte können die Gewerbesteuer teilweise auf ihre persönliche Einkommensteuer anrechnen.

Hebesätze von mehr als 400 Prozent bewirken jedoch stets eine zusätzliche Steuerbelastung. Bei einem steuerpflichtigen Gewinnanteil von 200.000 Euro und einem Hebesatz von 450 Prozent fallen ungefähr 83.000 Euro Steuern an (Einkommensteuer, Solidaritätszuschlag und Gewerbesteuer, ggf. weitere 6.000 Euro Kirchensteuer). Trotz teilweiser Anrechnung der Gewerbesteuer verbleibt eine Zusatzbelastung von über 3.000 Euro. Wird die gewerbliche Infizierung erst bei einer Betriebsprüfung festgestellt, kommen noch Zinsen hinzu: 6 Prozent pro Jahr.

Tipp: Lassen Sie es nicht soweit kommen. Ärztlichen BAG's empfehlen wir, die mit ihren Juniorpartnern abgeschlossenen Verträge zeitnah zu prüfen. Neben den steuerlichen Auswirkungen von Nullbeteiligungen besteht zudem eine erhebliche Gefahr im sozialrechtlichen Bereich. So kann die Kassenärztliche Vereinigung bei einer falsch ausgestalteten Nullbeteiligung gezahlte Honorare zurückverlangen. Noch ist das letzte Wort aber nicht gesprochen. BAG's, bei denen die Finanzämter aufgrund einer Nullbeteiligung bereits gewerbliche Einkünfte festgestellt haben, sollten daher gegen die Steuerbescheide Einspruch einlegen und diese mit den beim Bundesfinanzhof anhängigen Revisionsverfahren begründen.

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



mehr auf
www.hartmannbund.de

Europcar setzt auf Kundennähe und Qualität Sonderkonditionen, Service und Loyalitätsprogramm



Seit vielen Jahren setzen der Hartmannbund und die Europcar Autovermietung auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Die gemeinsame Rahmenvereinbarung räumt Europas größter Autovermietung den Status des exklusiven Mietwagen-Vertragspartners ein und bietet allen Mitgliedern des Hartmannbundes attraktive Mietwagenkonditionen – in Deutschland und im Ausland. Und das lohnt sich:

Mit Präsenzen in mehr als 140 Ländern verfügt Europcar über eines der besten Mietwagennetzwerke. Allein in Deutschland bietet das Unternehmen mit 560 Standorten – viele davon sind rund um die Uhr geöffnet – die beste Erreichbarkeit. An allen Stationen stellt Europcar für seine Kunden ein umfassendes und erstklassiges Service- und Leistungsspektrum bereit, das individuellen Mobilitätswünschen gerecht wird.

Die Fahrzeugflotte reflektiert die hohen Qualitätsansprüche des Unternehmens – sie besteht aus über 40.000 Fahrzeugen, umfasst 165 verschiedene Modelle von 20 renommierten Marken und deckt sämtliche Kategorien vom City-Flitzer über die luxuriöse Limousine bis hin zu behindertengerechten Fahrzeugen ab. Für den individuellen Transportbedarf hält Europcar außerdem eine große Auswahl an Transportern und LKW in verschiedenen Größen bereit. Die Nutzung kann sowohl als Kurzzeit- als auch als Monatsmiete realisiert werden. Um von den Hartmannbund-Konditionen zu profitieren, müssen die Mitglieder bei der Buchung eines Mietwagens die Contract-ID 40075284 angeben. Damit Hartmannbund-Mitglieder auch im Winter sicher unterwegs sind, muss bei Europcar vom 1. November bis zum 31. März die wintertaugliche Bereifung des Fahrzeuges nicht extra gebucht werden.

Buchbares Upgrade

Bei Europcar haben Kunden noch mehr Auswahl und können sich bewusst für einen Mietwagen mit stärkerer Motorisierung oder besonders hochwertiger Ausstattung entscheiden. Möglich ist dies durch die separate Buchbarkeit von höherwertigen Fahrzeugen in den Kategorien Economy, Compact, untere Mittelklasse und Mittelklasse. Damit die entsprechenden Fahrzeuge verfügbar sind, hat Europcar die Anzahl dieser „Elite-Modelle“ in der Flotte erhöht. In der Kategorie Economy gehört zum Beispiel der Audi A1, in der Compact-Kategorie der 1er BMW oder die Mercedes-Benz A-Klasse, in der unteren Mittelklasse der Opel Insignia Sportstourer und in der Mittelklasse der Audi A4 zu den „Elite-Modellen“. Preislich liegen diese etwas über den anderen Fahrzeugen derselben Kategorie. Europcar ist der erste Autovermieter in Deutschland, der seinen Kunden diese Auswahloption bietet.

Treue lohnt sich

Kundentreue wird bei Europcar jetzt noch stärker belohnt: Durch den Ausbau des kostenlosen Loyalitätsprogramms „Privilege“ profitieren Privat- und auch Geschäftsreisende von attraktiven, internationalen Vorteilen. Zum Beispiel erhalten teilnehmende Kunden einen Wochenendgutschein ab der dritten Anmietung zum Privatkundentarif innerhalb eines Kalenderjahres, Rabatt-Gutschein nach der zweiten Miete zum Privatkundentarif und weitere Leistungen wie Upgrades, ReadyService® oder exklusive Vorteile beim Europcar Partner Accor Hotels. Darüber hinaus hat Europcar einen neuen Status für die loyalsten Kunden eingeführt: Die schwarze Privilege Elite VIP Karte belohnt sie mit einer kostenlosen Priority Pass-Mitgliedschaft, die weltweit Zugang zu Flughafen Lounges ermöglicht, und anderen exklusiven Vorteilen.

Mehr Informationen erhalten Sie telefonisch unter 040-520 188 000 oder www.europcar.de.



Hartmannbund-Kunden genießen bei Europcar einen besonderen Service.

Foto: Europcar

Ein ewiger Klassiker Ist die Altersvorsorge noch ausreichend?



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

Praxisverkauf plus Versorgungswerk ergibt die Altersvorsorge – diese Rechnung geht heute nicht mehr auf. Nicht nur, dass potentielle Käufer einer Arztpraxis nicht mehr Schlange stehen, sondern auch, dass die demografische Entwicklung und die derzeitige Niedrigzinsphase die Rentensituation der Ärzte negativ beeinflussen.

Abnehmende Geburtenraten und eine steigende Lebenserwartung haben gravierende Auswirkungen auf die Rentenversicherungssysteme. Immer weniger Menschen zahlen in die Systeme ein und immer mehr Menschen beziehen dank der höheren Lebenserwartung eine Rente. Diese Entwicklung wirkt sich auch in den Versorgungswerken aus, bei denen die Renten zum Teil aus den Beiträgen der Mitglieder, also durch Umlagen finanziert werden.

So wird auch immer wieder von Seiten der Versorgungswerke darauf hingewiesen, dass das niedrige Zinsniveau zu deutlich sinkenden Rentenerwartungen führen kann und dadurch ein zusätzlicher Versorgungsbedarf entsteht.

Diese Entwicklung trifft besonders Frauen, die Elternzeit in Anspruch genommen und gegebenenfalls zugunsten der Kindererziehung anschließend nur eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt haben.

Wer heute eine zusätzliche private Altersvorsorge aufbauen möchte, steht in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Rendite. Während auf der einen Seite die klassische Lebensversicherung ein hohes Maß an Sicherheit hat, aber unter sinkenden Zinsen leidet, bietet auf der anderen Seite die fondsgebundene Lebensversicherung ohne Garantien bessere Renditechancen, aber auch höhere Risiken. Wo aber ist eine attraktive Kapitalanlage, die Sicherheit, aber auch die Chance auf Rendite und somit Wohlstand im Alter miteinander in Einklang bringt?

Die Deutsche Ärzteversicherung zum Beispiel bietet die „Relax Rente“ an. Ein möglicher Königsweg. Die Konstruktion dieses Vorsorgeproduktes ist neu. Die Relax Rente verbindet die Zuverlässigkeit eines klassischen Deckungsstocks mit einer verlustbegrenzten Partizipationsmöglichkeit an den europäischen Aktienmärkten. Sie nutzt durch unterschiedliche Anlageformen die Renditechancen der Kapitalmärkte und garantiert gleichzeitig, dass mindestens die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin zurückbezahlt werden.

Das Interessante an dem Angebot der Deutschen Ärzteversicherung sind die nicht nur zu Vertragsbeginn flexibel miteinander kombinierbaren Bausteine.

Es sind deren drei. Erster Baustein und Kernelement ist die „Sicherheit“. Mit der „Geld-zurück-Garantie“ hat der Kunde die Sicherheit, dass zu Rentenbeginn mindestens die eingezahlten Beiträge für die Altersvorsorge zur Verfügung stehen. Der zweite Baustein heißt „Wertzuwachs“. Durch die Beteiligung an der Entwicklung der 50 führenden Unternehmen in Europa kann der Kunde mit seinem Vertragsvermögen an den positiven Kursentwicklungen partizipieren, ohne jedoch Kapitalverluste befürchten zu müssen. Last but not least besteht über den dritten Baustein „Rendite“ die Möglichkeit, über eine exklusive Fondsauswahl zusätzliche Renditechancen zu nutzen.

Weitere Informationen zur Relax Rente der Deutschen Ärzteversicherung finden Sie unter www.aerzteversicherung.de oder sind diese telefonisch über 0221-148 227 00 abrufbar.

Zu rechtlichen Fragen rund um die ärztliche Tätigkeit berät der Hartmannbund seine Mitglieder umfangreich. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich: unter hb-info@hartmannbund.de oder telefonisch unter 030-208 208 0.



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



Gesundheitsökonomie im Fernstudium

Mut zur Selbständigkeit wird gefördert

Der angehende Arzt hat während seines Studiums wenig Gelegenheit, sich ökonomisches Theoriewissen anzueignen. Diese Möglichkeit bietet die SRH Fernhochschule Riedlingen mit dem Studiengang „Health Care Management“.

Im Denken des Ökonomen spielt die Allokationsproblematik eine zentrale Rolle, da er sich vom Ziel leiten lässt, begrenzte Ressourcen so zu verwenden, als dass größtmöglicher Nutzen hierdurch entsteht. In der Gesundheitsversorgung wird als Nutzen nicht zwangsläufig ein monetärer Wert (Gewinn, Rendite) gesehen, sondern der Zweck und das Ziel einer abzuwägenden Handlungsoption.

Einen aktuellen Anknüpfungspunkt für Allokationsfragen zeigt das jüngste Jahresgutachten des Sachverständigenrates Gesundheit auf. Hier heißt es zu Beginn des Gutachtens: „Bedarfsgerechtigkeit bildet ein normatives Konzept, demzufolge jeder Versicherte bzw. Bürger in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem Bedarf entspricht [...]. Unabhängig vom Niveau des objektiven Bedarfs handelt es sich um eine Fehlversorgung, wenn die Gesundheitsleistungen nicht sachgerecht bzw. mit der erforderlichen Qualität erbracht werden.“ Entsprechend wird der Ökonom die vom Sachverständigenrat angesprochene Fehlversorgung als „Verschwendung“ einordnen, die es zu vermeiden gilt.

Mit nicht beliebig vermehrbaren Ressourcen einen größtmöglichen Nutzen zu stiften, ist die Leitmaxime eines Ökonomen. Bezogen auf die Gesundheitsver-

sorgung ist hier eine Parallelität mit dem Anliegen des Mediziners erkennbar, den zu betreuenden Patienten bestmöglich zu versorgen. Unsere Fernhochschule bietet seit 2006 einen berufsbegleitenden Masterstudiengang „Health Care Management“ über vier Semester an. Bei den Studierenden und Absolventen handelt es sich um Akademiker, die im ersten Studium zum Beispiel Medizin-, Pflege-, Therapie-, Wirtschafts- oder auch Sozialwissenschaften, aber auch Jura oder Kommunikationswissenschaften studiert haben. Allen ist gemein, dass sie in Ergänzung ihres fachrichtungsspezifischen Erststudiums Management-Know-how erwerben und für die berufliche Entwicklung nutzen wollen. Tatsächlich stellen wir fest, dass diese zweite akademische Qualifikation (Master of Arts in Health Care Management) den Mut zur Selbständigkeit fördert und die Aussichten auf Erlangung einer Führungsposition deutlich verbessern.

Bereits in der Auftaktveranstaltung wissen die Neuimmatrikulierten aus eigener Wahrnehmung Beispiele für Fehlversorgung bzw. Verschwendung von Ressourcen im System der Gesundheitsversorgung zu benennen. Aus der Fülle von Anmerkungen seien beispielhaft vier herausgegriffen: 1.) *Missbrauch von Notdiensten durch Patienten mit Bagatellanliegen (kann zu Lasten „echter“ Notfälle gehen)*; 2.) *Informationsbrüche in der Kette von Leistungserbringern, die „am Fall“ mitwirken (Dokumentation, Kommunikation)*; 3.) *unzureichende Nutzung gemeinsamer, fachübergreifender Therapieplanung (z.B. bei chronischen Erkrankungen)*; 4.) *ausbleibende oder inadäquate Verknüpfung von Versorgungssektoren (u.a. ambulant-stationär, Kuration-Rehabilitation)*

Diese Stoffsammlung gibt Gelegen-



Der Autor: Alfons Runde, ist Professor für Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement sowie Leiter des Masterstudienganges „Health Care Management“ SRH FernHochschule Riedlingen
Tel.: 07371-931 50, www.fh-riedlingen.de

heit, Managementaufgaben entlang des Führungskreislaufs vorzustellen und in diesem Zuge Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die genannten Fallbeispiele auf den verschiedenen Ebenen (Makro, Meso, Mikro) aufgegriffen und mit dem Ziel der Ressourcenschonung verbessert werden können. In allen Lehrmodulen sind die Studierenden gefordert, an ihrer Transferkompetenz zu arbeiten. Dieses wird auch dadurch unterstützt, dass regelmäßig Führungskräfte eingeladen oder Exkursionen in Gesundheitseinrichtungen eingebunden werden.

Anzeige

**Neukönigsförder
Mineraltabletten® NE**

- ausgewogen kombiniert
- mineralspezifische Freisetzung

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

Ansprechpartner für Mitglieder des Hartmannbundes

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

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Weiterbildung

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Dörthe Arnold

Tel.: 030 206208-13

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Christina Baden

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak / Alke Seela-Kettschau

Tel.: 030 206208-43



Service-Center Nord mit Sitz in Hannover

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

Mathias Burmeister

Tel.: 0511 344900

Service-Center Ost mit Sitz in Berlin

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

Sabine Beukert

Tel.: 030 20620855

Service-Center West mit Sitz in Düsseldorf

(Geschäftsführung der Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe)

Larissa Gebser

Tel.: 0211 2005450

Service-Center Süd-West mit Sitz in Stuttgart

(Geschäftsführung des Landesverbandes Baden-Württemberg)

Eleonore Wagner

Tel.: 0711 731024

Service-Center Süd mit Sitz in München

(Geschäftsführung des Landesverbandes Bayern)

Ingeborg Dinges

Tel.: 089 47087034

Geschäftsführung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Elke Hobel

Tel.: 06131 387500

Geschäftsführung des Landesverbandes Hessen

Petra Büttner

Tel.: 069 97409698

Geschäftsführung des Landesverbandes Saarland

Tanja Bauer

Tel.: 06821 952637

Kleinanzeigen

Praxisnachfolge/-immobilie/-inventar

Pädiatrische Fachliteratur

„Pädiatrie in Praxis und Klinik“ in 3 Bänden; Thieme Verlag, 1980. Herausgeber: D. Bachmann; neuwertig. – „Pädiatrische Differenzial-Diagnose“ von Hertel/Fischer; Thieme Verlag; neuwertig, Preis VB, Kontakt: 0521-880077 (Dr. Warnek).

Praxisräume in Darmstadt zu vermieten

Praxisräume, 95 qm, EG, behindertengerecht in Darmstadt von Kollegen (Eigentümer) zu vermieten. Parkplätze, großes Wohngebiet, zentrumsnah, ÖPNV. Auch Vorinstallation für ZÄ-Nutzung vorhanden. Rezeption und Schränke möglich oder Leerübernahme. Kontakt: elke.allert@t-online.de.

HNO-Gemeinschaftspraxis sucht Kooperationspartner/in

Große Fach- und ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis HNO/Pädaudiologie mit Belegabteilung im Ruhrgebiet sucht zum nächstmöglichen

Zeitpunkt Kooperationspartner. Alle Kooperationsformen sind denkbar. Moderne Ausstattung inklusive DVT. Kontakt: info@gutingi-medical.de, 0175-1574192

Stellenanzeigen

FÄ/FA für Dermatologie und Orthopädie

für ärztlich geführtes MVZ in einer niedersächsischen Universitätsstadt gesucht. Wir suchen freundliche Kollegen, die gerne auch in Teilzeit tätig sein möchten. Die Kollegin bzw. der Kollege sollte an konservativer Medizin interessiert sein. Über Ihre Bewerbung würde sich das MVZ-Team freuen. Antwort erbeten unter info@gutingi-medical.de oder telefonisch unter 0172-3176478.

Allgemeinmediziner und Internisten für MVZ gesucht

Das MVZ in Lutherstadt Wittenberg sucht für die hausärztliche Versorgung motivierte Allgemeinmediziner bzw.

-innen und Internisten (-innen) mit Teamgeist in Voll- und Teilzeitbeschäftigung zur Festanstellung. Wir bieten geregelte Arbeitszeiten, ein angenehmes, kollegiales Betriebsklima, eine an TVÄ/VKA angelehnte Vergütung und einiges mehr. Weitere Infos per E-Mail unter lutherstadt-wittenberg@kfh-gesundheitszentrum.de

Seminare

Seminar „Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren“

Der Kneippärztebund, akkreditierter BLÄK-Veranstalter, bietet das Seminar „Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und 80 Stunden Fallseminare“ in Bad Wörishofen und Bonn an. Informationen/Termine: Ärztesgesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneippärztebund e.V., Telefon: 08247-90110 oder unter www.kneippaerztebund.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.

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



Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dörthe Arnold (v.i.S.d.P.)

Redaktionsausschuss:

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

Anschriften:

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

Verlag:

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

Anzeigenverwaltung: Christa Bellert

Satz und Lithos:

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

Druck und Vertrieb:

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

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

Erscheinungsort:

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

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

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

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

Bildnachweis: Hartmannbund

Titelfoto: © eyeami – Fotolia.com

Icons: © venimo – Fotolia.com



Kurz vor Schluss

Vergütung für Vertragsärzte steigt um 800 Millionen

Das Honorarvolumen für die Vertragsärzte steigt 2015 um 800 Millionen Euro. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband Anfang September geeinigt. Der Vereinbarung zufolge gehen 264 Millionen Euro in die Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Damit werden zu gleichen Teilen – mit jeweils 132 Millionen Euro – allgemeine fachärztliche Leistungen und Leistungen wie beispielsweise Hausbesuche gefördert. Weitere 536 Millionen Euro ergeben sich aus der Erhöhung des Orientierungswerts um 1,4 Prozent. Er steigt damit auf 10,27 Cent. Ursprünglich war die KBV mit einer Gesamtforderung von fünf Milliarden Euro in die Verhandlungen gegangen. Die Forderung, den kalkulatorischen Arztlohn von derzeit 105.000 Euro auf 133.000 Euro anzuheben, will die KBV nun bei der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) angehen. Für den GKV-Spitzenverband ist der vereinbarte Zuwachs „gerade noch vertretbar“. *Dazu äußerte sich der Hartmannbund in einer Pressemitteilung (s. nächste Meldung).*

Hartmannbund: Honorarsystem neu ordnen

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat angesichts des jüngsten Verhandlungsergebnisses zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband seine Forderung nach einer grundsätzlichen Neuordnung des Honorarsystems in der gesetzlichen Krankenversicherung bekräftigt. „Als Vertreter eines freien Berufes bin ich es leid, jedes Jahr in Tarifverhandlungen zu treten, mit Milliardenforderungen herumzutaktieren und anschließend zum Streik aufrufen zu müssen“, sagte Reinhardt. Diese längst überkommenen Rituale würden weder der Situation der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gerecht, noch der Versorgungssituation in Deutschland. „Wir sind in Deutschland in der vergleichsweise komfortablen Situation, weitgehend ohne existenziellen Druck ein System reformieren zu können, wenn alle Seiten dazu echte Bereitschaft zeigen“, sagte Reinhardt. Es müsse auch im Interesse der Kassen liegen, sich als vernünftiger Verhandlungspartner mit den Ärzten an einen Tisch zu setzen und sich mit ihnen über feste Preise, Patientenbeteiligung und Freiberuflichkeit zu unterhalten. „Wir wollen gesunde Patienten, die Kassen wollen zufriedene Versicherte. Wenn sich das nicht miteinander vernünftig vereinbaren lässt, dann sind wir gescheitert“, sagte Reinhardt.

Gesetzesvorschlag für Beihilfe zum Suizid

Die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Anfang dieses Jahres, organisierte Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellen zu wollen, löste erneut eine breite öffentliche Diskussion über den Umgang mit Selbsttötungsabsichten von schwerstkranken Menschen aus. Im Herbst will der Bundestag dazu beraten. Nun haben der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio von der Universität Lausanne, der stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und Medizinrechtler Jochen Taupitz sowie die Medizinethiker Ralf Jox und Urban Wiesing von den Universitäten München und Tübingen einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die Beihilfe zum Suizid bei schwerstkranken Patienten in Deutschland gesetzlich regeln könnte.



mehr auf
www.hartmannbund.de



Relax Rente: Die entspannte Art, fürs Alter vorzusorgen.

Von Chancen der Kapitalmärkte profitieren, ohne Risiken einzugehen!

- **Sicherheit**

„Geld-zurück-Garantie“ für die eingezahlten Beiträge zum Ablauftermin

- **Wertzuwachs**

Ihre Kapitalanlage profitiert Jahr für Jahr von den Erträgen der 50 Top-Unternehmen Europas, nimmt aber eventuelle Verluste nicht mit

- **Zusätzliche Renditechancen**

Durch ergänzende Investition in renditestarke Fonds

- **Komfort**

Wir übernehmen das komplette Anlagemanagement für Sie

- **Flexibilität**

Während der gesamten Laufzeit an veränderte Lebenssituationen anpassbar

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

www.aerzteversicherung.de

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