

Themenübersicht

- > **GESUNDHEITSPOLITIK: Debatte über Senkung der Kassenbeiträge**
- > **PATIENTENRECHTE: Kodifizierung des bisherigen Rechts**
- > **BEHANDLUNGSFEHLER: Großes Medienecho auf Bild-Bericht**
- > **PARTEIPROGRAMM: Neues Grundsatzpapier der FDP betont Freiheit und Vorsorge**
- > **AMBULANTE VERSORGUNG: Wie häufig gehen die Deutschen wirklich zum Arzt?**
- > **PFLEGE: Innovative Versorgungskonzepte von Ärzten und Pflegenden fördern**
- > **BÜROKRATIEABBAU: Freie Ärzteschaft unterstützt Bundestags-Petition**
- > **IGEL-MONITOR: Selbstzahlerleistungen auf dem Prüfstand**
- > **KRANKENHAUS: Kritik an Bonuszahlungen für Chefarzte**
- > **PRÄVENTION: Einheitliches Rezept für Bewegung**
- > **ÄRZTEMANGEL: Länder locken niederlassungswillige Ärzte**
- > **PERSONALIA: Gitter neue Präsidentin der Ärztekammer Bremen**
- > **KV BERLIN: Rechtsaufsicht fordert Rückzahlung der Übergangsgelder**
- > **PRÄIMPLANTATIONSDIAGNOSTIK: Ohne Rechtsverordnung bleibt PID verboten**
- > **MEDIZINPRODUKTE: EU will Kontrollen verschärfen**
- > **JUSTIZ: Staatsanwaltschaft ermittelt gegen Werner Mang**

GESUNDHEITSPOLITIK: DEBATTE ÜBER SENKUNG DER KASSENBEITRÄGE

Ange­sichts der **Milliarden-Überschüsse** im **Gesundheitsfonds** und der gesetzli­chen **Krankenversi­che­rung** haben Gesund­heits­minister **Daniel Bahr** (FDP) sowie die CDU die Krankenkassen auf­ge­ru­fen, den Versicherten überschüssige Beitragszahlungen in Form von Prämien zu erstatten. „Ich wün­sche mir, dass mehr Kassen diese Mög­lich­keit der **Prämienzahlungen** prüfen“, sagte Bahr. Der ge­sun­deits­poli­ti­sche Sprecher der Unions-Frak­tion, **Jens Spahn** (CDU), drohte sogar damit, die ab 2014 vorgesehene Ver­öf­fent­lichungs­pflicht der Kas­senbilanzen notfalls vorzuziehen. Es könne nicht sein, dass die Kas­sen die herrschende Intransparenz dazu nutzen, um Geld zu horten. „Krankenkassen sind **keine Sparkassen**“, sagte Spahn. Die gesetzli­chen Krankenkassen wiesen die Aufforde­rung Bahrs umgehend zurück: Sie müs­sten sich für eine unsichere Zukunft wappnen, schlechtere Zeiten stünden ihnen bevor. Bundes­fi­nanz­minister **Wolfgang Schäuble** (CDU) und Koalitionshaushälter erwägen unterdessen, die **Steuermittel** an den Gesundheitsfonds um **zwei bis vier Milliarden zu kürzen**. „Der Zuschuss zur gesetzli­chen Krankenversicherung hat sich in den vergangenen Jahren in einem Maße entwickelt, der ordnungspolitisch schwer zu vertreten ist“, sagte Schäuble. In­ge­sammt sind in diesem Jahr Zuschüsse von 14 Milliarden Euro vorgesehen. Das **Bundesgesundheits­mi­nis­terium** hat eine Kürzung der Steuerzuschüsse allerdings abgelehnt. Wer den Bundeszuschuss verrin­gere, stelle damit auch **versicherungsfremde Leistungen** – zum Beispiel für Schwangere oder in der beitragsfreien Familienversicherung – in Frage, hieß es aus dem BMG. **Arbeitgeber** und **Wirt­schaftsverbände** fordern dagegen, den **Beitragssatz** zur gesetzli­chen Krankenversicherung zu **senken**. „Die gegenwärtige Entwicklung beweist, dass die Festschreibung des all­ge­meinen Beitragssatzes zum 1. Januar 2011 mit 15,5 Prozent zu hoch erfolgte“, sagte Arbeitgeberpräsident **Dieter Hundt**. Die Konsequenz müsse ein niedriger Beitragssatz sein. Bahr will die Milliardenreserve des Gesund­heits­fonds aber nicht für eine all­ge­meine Beitragssenkung der gesetzli­chen Krankenversicherung verwenden. „Wir sollten die Reserve im Fonds für **schlechtere Zeiten** aufstocken“, blockt Bahr alle Forderungen ab. „Ein Fünftel einer Monatsausgabe ist ja nicht viel.“ Auch der Präsi­dent der Bundes­ärztekammer, Dr. **Frank-Ulrich Montgomery**, hat eine mögliche Senkung des all­ge­meinen Beitragssatzes abgelehnt. „Wir wissen alle, dass **Beitragssenkungen** oder Boni **schnell verfrühstückt** und **vergessen** sind. Sollte allerdings wieder Knappheit im Fonds herrschen, wird die Wiederanhebung zu einem größeren politischen Manöver“, sagte Montgomery. Bei einer schwächelnden Konjunktur würde der Fonds **doppelt unter Druck** geraten. Zum einen durch **sinkende Einnahmen**, zum anderen würde der Staat „jeden Euro, den er an den Fonds überweist, mehrfach drehen und wenden“. „Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens ist es aber brandgefährlich, wenn die Finanzierung der **Patientenversorgung** in Deutschland an **fiskalpolitische Erwägungen** geknüpft wird“, warnte Montgomery. Das Gesundheitswesen schwimme keineswegs im Geld, betonte der BÄK-Chef. „Bevor Kassenbeiträge gesenkt werden, muss die **angemessene Finanzierung** der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.“

PATIENTENRECHTE: KODIFIZIERUNG DES BISHERIGEN RECHTS

Über den von **Bundesjustizministerium** und **Bundesgesundheitsministerium** gemeinsam vorgelegten **Referentenentwurf** für ein **Patientenrechtgesetz** wird derzeit viel diskutiert. Der Entwurf

muss noch innerhalb der Ressorts abgestimmt werden, Änderungen an Details sind im Gespräch. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, **Wolfgang Zöllner** (CSU), will deshalb im weiteren Verfahren prüfen, in wie weit die im Entwurf vorgesehenen Regelungen noch geändert oder ergänzt werden müssten. „Anmerkungen und Hinweise zum Gesetzentwurf nehme ich daher auch weiterhin gerne entgegen“, sagte Zöllner im Gespräch mit dem ärztlichen Nachrichtendienst (änd). Zöllner stellte aber auch klar, dass es mit dem neuen Patientenrechtegesetz **keine Zunahme an Vorschriften für Ärzte** geben wird. „Der Abbau überflüssiger Bürokratie ist und bleibt eines der wichtigsten Ziele von mir und der Bundesregierung“, sagte Zöllner. Auf gut begründete **Dokumentationspflichten** könne allerdings nicht verzichtet werden. Mit dem geplanten Gesetz soll u.a. die bisherige Rechtsprechung zur **Beweislastverteilung** im Arzthaftungsrecht gesetzlich geregelt werden. Bei **groben Behandlungsfehlern** muss der Arzt beweisen, dass er medizinisch richtig gehandelt hat. Der Patientenbeauftragte räumte im Interview ein, dass über die Auslegung des Begriffs des groben Behandlungsfehlers auch zukünftig gestritten werden wird. Zöllner plädierte deshalb dafür, bei den Landgerichten **flächendeckend spezialisierte Arzthaftungskammern** einzusetzen. So könnten die für Arzthaftungsprozesse notwendigen besonderen Fachkenntnisse in diesen Kammern vorgehalten und damit die im Verfahren vorgelegten medizinischen Gutachten besser eingeschätzt werden, sagte Zöllner. Für Furore sorgte unterdessen der Vorschlag der Union, Opfern von schweren ärztlichen Behandlungsfehlern über einen **Entschädigungsfonds** zu helfen. Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, **Johannes Singhammer**, kündigte an, den vorliegenden Entwurf des Patientenrechtegesetzes entsprechend zu erweitern. Singhammer schlug vor, bei besonders schweren Behandlungsfehlern schnell und unbürokratisch über einen Entschädigungsfonds zu helfen. Die **Finanzierung** des Fonds könne **auf freiwilliger Basis** erfolgen. „Dazu könnten beispielsweise Versicherte, Ärzte und auch Haftpflicht-Versicherer einen Beitrag leisten“, sagte der Unionspolitiker. Die Bundesregierung hat einen Entschädigungsfonds bislang abgelehnt. In der Antwort der Bundesregierung auf eine schriftliche Anfrage der SPD-Abgeordneten **Marlies Volkmer** erklärte die Parlamentarische Staatssekretärin, **Annette Widmann-Mauz**: „Der Grundsatz der umfassenden **persönlichen Verantwortung** muss auch für Ärztinnen und Ärzte gelten; er kann nicht durch einen Entschädigungsfonds abgelöst werden.“ Bei einem Entschädigungsfonds stelle sich darüber hinaus die Frage, wie dieser finanziert werden kann. Bei allein von den Patienten finanzierten Entschädigungsfonds – wie zum Beispiel in Österreich – betrage die **Entschädigung maximal 25.000 Euro**. Nur bei ganz besonderen Härtefällen könne sie im Einzelfall auch höher ausfallen, so Widmann-Mauz. Weitgehend zufrieden mit dem Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz zeigte sich die **Bundesärztekammer**. „Der Gesetzentwurf entspricht im Wesentlichen dem, was wir mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung abgesprochen haben und ist eine **Kodifizierung des bisherigen Rechts**“, sagte BÄK-Präsident Dr. **Frank Ulrich Montgomery**. „Wir sehen in dem gegenwärtigen Gesetzentwurf auf den ersten Blick eine Einlösung des Versprechens, dieses Gesetz nicht gegen die Ärzte zu formulieren.“ Allerdings müsse insbesondere der Paragraph hinsichtlich der Festlegung dessen, was ein grober Behandlungsfehler ist, eingehend von Juristen geprüft werden.

BEHANDLUNGSFEHLER: GROSSES MEDIENECHO AUF BILD-BERICHT

„Todesfälle Krankenhaus! **1.712 Todes-Fälle** durch Ärztefuschi“, titelte die **Bild-Zeitung** am 16. Februar und löste damit ein großes **Medienecho** aus. Zugrunde lag dem Bericht des Boulevardblattes die **Antwort der Bundesregierung** auf eine schriftliche Anfrage der Bundestagsfraktion von **Bündnis90/Die Grünen** zur Zahl der Todesfälle durch Behandlungsfehler. Die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, **Annette Widmann-Mauz**, verwies darin auf eine Erhebung des **Statistischen Bundesamtes** nach der die Zahl der registrierten Todesfälle durch Behandlungsfehler, Hygienemängel und fehlerhafte Medizinprodukte im Jahr 2010 um fast **35 Prozent** auf insgesamt 1.712 Fälle angestiegen sein soll. Als häufigste dieser Todesursachen werden **mangelnde Desinfektion** (410 Fälle), **Abstoßungsreaktionen** bei einer Transplantation (171) und **Komplikationen** bei der Implantation eines künstlichen Gerätes (121) aufgeführt. Der Bericht gab hingegen keine Auskunft darüber, wie diese Statistik erstellt wurde und ob ausgeschlossen ist, dass nicht auch **methodische Gründe** bei der Erhebung ursächlich für den Anstieg der Zahlen sein könnten. Der Verdacht liegt nahe, blieb doch die Zahl der von den **Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen** der Ärztekammern registrierten Todesfälle durch nachgewiesene Behandlungsfehler konstant. Ein weiterer Anhaltspunkt ist das Ergebnis einer Nachfrage der **Bayerischen Landesärztekammer** bei der Münchner **Kriminalpolizei**. Auch dort hat es zwischen 2009 und 2010 **keinen Anstieg** von nicht natürlichen Todesfällen beziehungsweise von Todesfällen mit ungeklärter Ursache gegeben. Der Präsident der **Bundesärztekammer**, Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, reagierte in einer Pressemitteilung umgehend auf den Bericht in der Bild-Zeitung. In **zahlreichen Interviews** mit überregionalen und regionalen Tageszeitungen, Hörfunkanstalten sowie in der ARD-Tagesschau, der ZDF-heute-Sendung, in RTL-aktuell und n24 verwies er darauf, dass die veröffentlichten Zahlen **keineswegs als Beleg** für eine vermeintlich drastische Zunahme tödlicher verlaufender Ärztefehler taugten. „Jeder

Mensch, der durch den Fehler eines Arztes oder eines anderen stirbt, ist einer zu viel. Insofern begrüßen wir eine statistisch **korrekte Aufarbeitung der Todesursachenstatistik**“, sagte er. Dazu gehöre aber auch, die Ursachen der Todesfälle in ihrer schuldhaften Abhängigkeit korrekt aufzuarbeiten. „Die Kernanschuldigungen, die aus der Statistik herausgelesen werden, haben nichts oder nicht unbedingt etwas mit dem Arzt zu tun“, sagte er im Interview mit der Passauer Neuen Presse. Abstoßungsreaktionen bei einer Transplantation könnten zum Beispiel häufig auftretende und den Patienten vorher mitgeteilte Komplikationen sein. Fälle wie ein Keimausbruch mit drei toten Frühchen in Bremen aus dem vergangenen Jahr und der Tod dreier Babys in der Mainzer Uniklinik 2010 zeigten zudem: „Mangelnde Desinfektion ist kein Arztfehler, sondern ein **Strukturfehler**“, sagte Montgomery der Deutschen Presseagentur. Den Bericht in der Bild-Zeitung kritisierte der BÄK-Präsident als „**reißerisch**“. Auch der Vorsitzende der Ärztegewerkschaft **Marburger Bund, Rudolf Henke**, warnte davor, Ärzte „an den Pranger“ zu stellen. Die offizielle Todesursachen-Statistik liefere keinen Beleg für einen überproportionalen Anstieg von nachgewiesenen Behandlungsfehlern, sagte er. In Pressemitteilungen warnten weitere Ärztekammern und Ärzteorganisationen vor einer unnötigen Verunsicherung der Patienten. Der **Patientenbeauftragte der Bundesregierung** und auch das **Bundesgesundheitsministerium** selbst wiesen darauf hin, dass sich aus der Todesursachenstatistik **kein Anstieg** auf tödlichen **Ärztepfusch** ableiten lasse. In den Medien fand das Thema denn auch einen **differenzierten Nachhall**. „Experten sind sich [...] einig, dass diese Zahlen wie auch der aktuelle Anstieg mit Vorsicht zu betrachten sind“, schrieb der Berliner Tagesspiegel. Es würden mehr Fehler gemeldet und erfasst als früher. „Ärztepfusch ist der falsche Begriff. Er assoziiert, dass Fehler wie etwa Verstöße gegen die medizinischen Leitlinien, aus Faulheit und Ignoranz gemacht werden [...] Das aber entspricht in der Mehrzahl der Fälle ganz und gar nicht den Tatsachen. Vielmehr steigt die Zahl der Fehler allein schon mit der Zahl der Behandlungen. Hinzu kommt, dass der Alltag an deutschen Kliniken unter dem **Diktat der Ökonomie** steht“, hieß es in einem Kommentar der Leipziger Volkszeitung. „Kein Grund zur Panik“, konstatierte die Neue Osnabrücker Zeitung und betonte: „In den Kliniken beschäftigen sich Ärzte, Pfleger und andere Fachleute systematisch damit, Abläufe zu verbessern und Fehler zu vermeiden. Es wäre daher falsch, Mediziner unter **Generalverdacht** der Pfscharbeit zu stellen.“

PARTEIPROGRAMM: NEUES GRUNDSATZPAPIER DER FDP BETONT FREIHEIT UND VORSORGE

Die FDP hat den Entwurf ihres neuen **Grundsatzprogramms** „Verantwortung für die Freiheit“ vorgestellt. Das Papier enthält auch die Richtlinien zum Thema **Gesundheitspolitik**. Der Schwerpunkt liegt hierbei in der Betonung von **Freiheit und Vorsorge**. Patienten sollen bei der Wahl des Arztes, des Krankenhauses, ihrer Krankenversicherung und der Therapie freie Hand haben. Der so entstehende **Wettbewerb im Gesundheitswesen** sei nötig, um die steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts tragen zu können. Auch erfordere der **demografische Wandel** eine Stärkung von neuen Versorgungsformen wie **Telemedizin** oder **mobilen Angeboten**. Nur so könne eine **wohntnahe Versorgung** sichergestellt werden. **Prävention** werde zudem ein immer dringlicheres Thema. Hier sei es notwendig, „Anreize am Präventionsergebnis auszurichten“, um einen Ausbau zu erreichen. Weiterhin fordert die FDP eine **höhere Kapitaldeckung**, die momentane Umlagefinanzierung sei „den demografischen Zukunftsaussichten nicht gewachsen“, heißt es in dem Entwurf. Das Papier wird am 19. März vom Bundesvorstand der FDP beraten und soll auf dem Karlsruher Bundesparteitag am 21./22. April verabschiedet werden.

AMBULANTE VERSORGUNG: WIE HÄUFIG GEHEN DIE DEUTSCHEN WIRKLICH ZUM ARZT?

Eine kleine Zahl intensiv behandelter Patienten prägt das Bild: Nur 16 Prozent der Patienten nehmen die Hälfte aller **Arztkontakte** in Anspruch. Diese **intensiv behandelte Patientengruppe** ist älter und leidet an chronischen Erkrankungen. Das zeigt eine aktuelle Untersuchung des **Versorgungsatlas** auf Basis der Abrechnungsdaten des Jahres 2007. Ausgewertet wurden die ambulanten Arztkontakte von rund 74 Millionen Patienten-pseudonymen in der gesetzlichen Krankenversicherung. So gingen zwar im Durchschnitt Patienten **17,1 Mal zum Arzt**. Die Hälfte der Patienten hatte jedoch **weniger als 11 Arztkontakte** pro Jahr. Die höchste Anzahl an Arztkontakten hatten Patienten nach **Organtransplantationen**: Sie waren 53,6 Mal pro Jahr beim Arzt. Bei räumlicher Betrachtung und nach Berücksichtigung der Altersstruktur zeigt das Saarland mit 19 Kontakten pro Jahr den höchsten, Sachsen mit 15 Kontakten den niedrigsten regionalen Mittelwert. Die bisherige Diskussion zur Häufigkeit der Arztkontakte in der vertragsärztlichen Versorgung wird stark durch den **Mittelwert** geprägt. Die Analyse des Versorgungsatlas zeigt aber, dass dieser Mittelwert entscheidend durch eine kleine Patientengruppe mit besonderem Versorgungsbedarf beeinflusst wird. Eine isolierte Betrachtung des Mittelwertes führt somit zu einer **Fehlinterpretation des Versorgungsgeschehens**“, sagte Dr. **Dominik von Stillfried**, Geschäftsführer des **Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI)**. Die entscheidenden **Einflussgrößen** für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen seien die **Morbidität**, das **Lebensal-**

ter, das **Geschlecht** und die **Wohnregion**. Frauen im Alter von 15 bis 65 Jahren würden pro Jahr bis zu 6,5 Mal häufiger einen Arzt in Anspruch nehmen als Männer. Mit steigendem Alter nehme die Inanspruchnahme der Männer aber zu: im hohen Alter kontaktierten Männer die niedergelassenen Ärzte sogar häufiger als Frauen. www.versorgungsatlas.de

PFLEGE: INNOVATIVE VERSORGUNGSKONZEPTE VON ÄRZTEN UND PFLEGENDEN FÖRDERN

Der Vize-Präsident der **Bundesärztekammer**, Dr. **Max Kaplan**, hat eine **angemessene Finanzausstattung** für die **Pflege** in Deutschland gefordert. Finanziell nachhaltig sei der vorgelegte Entwurf für die **Pflegereform** wahrscheinlich nicht. „Den Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkte anzuheben, bringt 1,1 Milliarden Euro im Jahr. Das wird nur vier weitere Jahre reichen“, sagte Kaplan in einem Interview mit der *Ärztezeitung*. In einer Gesellschaft des längeren Lebens gehe es darum, menschenwürdig alt werden zu können. „Was mich ärgert, ist, dass man die Berufsgruppen dafür in Vorleistung treten lässt“, sagte Kaplan. Man baue auf den **Idealismus der Berufsgruppen** und nutze ihn aus, so lange es nur eben geht. Das werde negativ auf die **Versorgung der Pflegebedürftigen** zurückschlagen. Auch müsse der **Pflegebedürftigkeitsbegriff** neu definiert und neben den **Demenzkranken** weitere Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einbezogen werden. „Hier entsteht ein immenser Bedarf, dem man gerecht werden muss“, so Kaplan. Es hätten sich **Pflegenetze** gebildet, die sich an Runden Tischen Gedanken machten, wie sie Patienten versorgen. „Da gibt es heute schon tolle Modelle. Aber die werden nicht finanziert. Hier handelt es sich um reinen Idealismus, sowohl bei den Ärzten als auch bei den Pflegekräften“, sagte Kaplan. „Ärzte und Pflegende stehen in Zeiten des bekannten **Fachkräftemangels** vor gewaltigen Herausforderungen, die im Gesundheitswesen nur gemeinsam zu lösen sind. Zeit für ideologische, berufspolitisch motivierte Auseinandersetzungen können wir uns nicht mehr leisten“, sagte **Andreas Westerfellhaus**, Präsident des **Deutschen Pflegerats** (DPR) anlässlich des Kongresses „Pflege 2012“ Ende Januar in Berlin. Die von Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr** (FDP) geplante Pflegereform werde das Problem nicht lösen. Die Bundeskanzlerin müsse deshalb endlich eingreifen und den dramatischen Pflegekräftemangel zur **Chefsache** erklären, forderte der Pflegerats-Chef. Zur Attraktivitätssteigerung des Berufs gehörten eine **angemessene Entlohnung** verbunden mit **tariflichen Zuwächsen**, sowie die Sicherstellung einer **ausreichenden Stellenausstattung**. Westerfellhaus forderte zudem ein **Berufsgesetz** für Pflegende, etwa um den Kräften mehr Rechtssicherheit zu geben. Viele übernahmen heute schon mitunter riskante Aufgaben, ohne dafür ausreichend abgesichert zu sein. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), **Annette-Widmann-Mauz**, hat sich für eine mitarbeiterorientierte Personalpolitik in der Pflege ausgesprochen. So könnten leichter freie Stellen mit qualifiziertem Personal besetzt und diese Mitarbeiter längerfristig gehalten werden, sagte die CDU-Politikerin zum Kongress-Auftakt. Die Bundesregierung strebe die **Weiterentwicklung der Pflegeberufe** an. Altenpflegeausbildung, Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung sollen in einem neuen **Berufsgesetz** zusammengeführt werden, sagte Widmann-Mauz. An diesem nationalen Prozess soll auch vor dem Hintergrund der parallel laufenden Überarbeitung der **Europäischen Berufsankennungs-Richtlinie** festgehalten werden. Das BMG bekenne sich zu den bestehenden **Zugangsvoraussetzungen zur Krankenpflegeausbildung**. Deutschland habe gute Erfahrungen damit gemacht, auch Bewerber mit einer **zehnjährigen allgemeinen Schulbildung** für die Krankenpflegeausbildung zuzulassen und werde sich weiterhin dafür einsetzen, dass dies auch in Europa anerkannt bleibt.

BÜROKRATIEABBAU: FREIE ÄRZTESCHAFT UNTERSTÜTZT BUNDESTAGS-PETITION

Die **Freie Ärzteschaft** hat zur Unterstützung für die **Bundestags-Petition** von Dr. Tobias Neuhauser gegen die **überbordende Bürokratie** im Gesundheitswesen aufgerufen. „Gemeinsam mit unseren Patienten müssen wir dem Bürokratiewahn von Politik und Kassen entschlossen entgegentreten und einen radikalen Abbau dieses Milliarden Versichertenbeiträge verschlingenden Molochs einfordern“, sagt FÄ-Präsident **Martin Grauduszus**. Der Verband hat mit einem bundesweiten Rundfax an die Praxen niedergelassener Ärzte die Kopiervorlagen der Petition, eine Patienten-Information und eine Unterschriftenliste versendet. In seiner Petition fordert Neuhauser **mehr Transparenz** bei den Bürokratiekosten. „Jeder vierte Euro Ihrer Kassenbeiträge wird inzwischen durch die Bürokratie im Gesundheitswesen verschlungen! Dabei sind drei Viertel dieser Bürokratiekosten schlichtweg überflüssig. Mit dem gleichen Beitrag wird ein großer Teil der gesamten ärztlichen Versorgung durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bezahlt“, heißt es in der Petition. Neuhauser plädiert für eine Kontrolle der Verwaltungs- und Bürokratiekosten der Krankenkassen durch einen jährlichen **Prüfbericht des Bundesrechnungshofs**.

KRANKENKASSEN: IGeL-MONITOR STELLT SELBSTZAHLERLEISTUNGEN AUF DEN PRÜFSTAND

Ein neues **Internetportal** informiert über Nutzen und Schaden von **Individuellen Gesundheitsleistungen** (IGeL). Der „**IGeL-Monitor**“ des Medizinischen Dienstes der **Krankenkassen** (MDS) und des **GKV-Spitzenverbandes** verspricht nach eigenen Angaben „wissenschaftlich fundierte Bewertungen“ zu sogenannten Selbstzahlerleistungen. „Bei den IGeL-Leistungen geht es vorrangig um **wirtschaftliche Interessen** von Ärzten und nicht um notwendige medizinische Leistungen für Kranke. Wir unterstützen deshalb das neue Informationsportal des MDS“, sagte **Doris Pfeiffer**, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Pfeiffer forderte eine 24-stündige **Einwilligungssperrfrist**, wenn solche Leistungen in der Arztpraxis angeboten werden. Dann hätten Versicherte ausreichend Zeit, um sich ein eigenes Bild zu machen und frei zu entscheiden. Der Präsident der **Bundesärztekammer**, Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, wies darauf hin, dass es durchaus sinnvolle Leistungen gebe, die aber vor dem Hintergrund knapper Ressourcen der GKV aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen herausgenommen worden seien. Dazu gehörten zum Beispiel Sportuntersuchungen, Schulatteste oder Reiseimpfungen. „Das verschweigen die Krankenkassen aber gerne, wenn Sie, wie bei der heutigen Vorstellung des sogenannten IGeL-Monitors Ärzten unterstellen, dass es ihnen beim Einsatz Individueller Gesundheitsleistungen vorrangig um wirtschaftliche Interessen gehe“, betonte Montgomery. Bisher sind **24 Selbstzahlerangebote** im IGeL-Monitor veröffentlicht, darunter solche, die häufig angeboten werden, wie die Glaukomfrüherkennung oder die Akupunktur zur Spannungskopfschmerz-Prophylaxe. Die **Bewertungssystematik** des IGeL-Monitors basiert nach Angaben des Medizinischen Dienstes auf den Methoden der **Evidenzbasierten Medizin** (EbM). In sieben Fällen kamen die Wissenschaftler zu dem Ergebnis, dass die Leistung als „tendenziell negativ“ zu bewerten ist. Bei vier Bewertungen wog der Schaden sogar deutlich schwerer als der Nutzen – als Fazit bedeutete dies „negativ“. Waren Nutzen und Schaden der IGeL ausgewogen, oder waren keine ausreichenden Daten auffindbar, um Nutzen und Schaden zu beurteilen, so lautete das Fazit der Experten „unklar“. Zu diesem Ergebnis kamen die Wissenschaftler in sieben Fällen. Lediglich zwei IGeL erhielten die Bewertung „tendenziell positiv“. Allerdings gibt es an der Bewertungssystematik des IGeL-Monitors erhebliche Zweifel. Die Bewertung der medizinischen Leistungen sei mitunter **nicht nachvollziehbar**, sagen Experten. So werde der – eigentlich dringend notwendige – **Toxoplasmose-Test** bei Schwangeren als „negativ“, die Eigenbluttherapie bei Tendinopathie dagegen nur als „tendenziell negativ“ und die **Bach-Blüthentherapie** als „unklar“ eingestuft. Laut dem Spitzenverband der Krankenkassen geben die Versicherten pro Jahr rund **1,5 Milliarden Euro** für IGeL aus. Nach einer im Auftrag der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** (KBV) Ende 2011 durchgeführten Studie stieg der Anteil der gesetzlich Versicherten, denen eine „Selbstzahlerleistung“ angeboten wurde, von 22 Prozent im Jahr 2008 auf 24 Prozent. Gleichzeitig nahm die Anzahl der gesetzlich Versicherten zu (von 15 auf 19 Prozent), die eine zu kurze Bedenkzeit bei der Entscheidung für eine Selbstzahlerleistung in der Arztpraxis kritisierten. KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. **Andreas Köhler** appellierte im Hinblick auf die Ergebnisse der Versichertenbefragung an die Ärzte, „mit dem Thema IGeL **sensibel** umzugehen“ und das **Vertrauen der Patienten** nicht aufs Spiel zu setzen. www.igel-monitor.de

KRANKENHAUS: KRITIK AN BONUSZAHLUNGEN FÜR CHEFÄRZTE

Immer mehr **Chefärzte** in deutschen Kliniken erhalten neben der Grundvergütung **Bonuszahlungen**. Das berichtet die „Frankfurter Rundschau“ mit Berufung auf eine Studie des Beratungsunternehmens **Kienbaum** „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern 2011“. Mittlerweile würden in jedem zweiten neu abgeschlossenen Chefarztvertrag zusätzlich zu einer Grundvergütung Bonuszahlungen vereinbart. Seit 1995 seien die Vereinbarungen für Bonuszahlungen von damals fünf Prozent aller Neuverträge auf inzwischen fast **45 Prozent** gestiegen. Den Bonus erhielten die Chefärzte für das Erreichen finanzieller Ziele. Die Höhe der Bonuszahlungen sei von unterschiedlichen Kriterien abhängig. „Dies sind häufig quantitative Kennziffern wie **Fallzahlen** oder **Patientenbelegung** oder **betriebswirtschaftliche Größen** wie Betriebsergebnis, Kosten- und Erlösbudget. Die Kliniken forcieren diese Art der variablen Vergütung, da die Träger immer stärker darauf angewiesen sind, wirksame Instrumente zur Steuerung der Krankenhäuser einsetzen zu können. Seit 2001 stieg der Anteil der Bonusvereinbarung an den variablen Vergütungen deutlich an“, heißt es in der Studie. Die **Bundesärztekammer** hat die Koppelung der Chefarzt-Gehälter an wirtschaftliche Zielvorgaben als „**höchst bedenklich**“ kritisiert. So würden Ärzte belohnt, wenn teure Behandlungen unterblieben, um für das Krankenhaus Gewinn zu erzielen, sagte BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery. Zwar sei die beste Medizin auch immer eine ökonomische und wirtschaftlich vernünftige Medizin. Hier würden Ärzte jedoch Verlockungen ausgesetzt, denen sie nicht gewachsen seien. „Der Arzt ist in erster Linie dem Patienten verpflichtet“, so Montgomery. Bereits 2002 habe die Bundesärztekammer in einer **gemeinsamen Stellungnahme** mit dem **Verband der leitenden Krankenhausärzte** Deutschlands und dem **Marburger Bund** die in Vertragsmustern der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** vorgesehenen Empfehlungen für variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Boni-Zahlungen strikt abgelehnt.

Außerdem sei Ärzten damals dringend empfohlen worden, sich bei Verhandlungen über einen Chefarzt-Vertrag und vor dessen Unterzeichnung von einem Juristen beraten zu lassen, betonte Montgomery. Für die Einkommen der Chefärzte haben die Bonuszahlungen laut Kienbaum an Bedeutung gewonnen. In den Verträgen, die zehn Jahre und älter sind, ist das **Liquidationsrecht** die dominierende, zusätzliche Vergütung (90 Prozent) der Chefärzte. Bei Verträgen mit einem Alter von fünf Jahren ist die Form noch zu 60 Prozent vertreten und in den jüngeren Chefarztverträgen (unter drei Jahre) haben nur noch 30 Prozent der Chefärzte ein Liquidationsrecht. Während Chefärzte mit Privatliquidationsrecht im Durchschnitt etwa 200.000 Euro pro Jahr zusätzlich verdienen, kommen ihre meist jüngeren Kollegen mit **Bonusvereinbarungen** laut Kienbaum im Durchschnitt nur auf Mehreinnahmen von **80.000 Euro**.

PRÄVENTION: EINHEITLICHES „REZEPT FÜR BEWEGUNG“

Der **Deutsche Olympische Sportbund (DOSB)**, die **Bundesärztekammer (BÄK)** und die **Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin (DGSP)** haben gemeinsam ein einheitliches „**Rezept für Bewegung**“ erarbeitet. Ärzte können ihren Patienten so eine schriftliche Empfehlung für körperliche Aktivitäten ausstellen. Die jeweiligen Vereine der Landessportbünde des DOSB bieten hierzu ein Angebot von etwa 18.000 Kursen an. Diese sind mit dem „Sport Pro Gesundheit“ Siegel zertifiziert, werden von qualifizierten Übungsleitern geführt und bieten auch bislang Ungeübten einen einfachen Einstieg in **gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten**. Schwerpunkte liegen in der **Stärkung von Herz und Kreislauf** sowie **Muskel- und Skelettsystem**, der **Entspannung** und **Stressbewältigung** und der **motorischen Förderung**. Bislang beteiligen sich bereits 9 Bundesländer an dem Konzept, weitere Länder haben bereits ihre Beteiligung angekündigt. Die erhöhte Bewegung soll der **Vorbeugung von Krankheiten** und der **Unterstützung in der Therapie** dienen. Das „Rezept für Bewegung“ sei in etlichen Fällen eine Alternative zur Verschreibung von Medikamenten, in anderen Fällen eine gute Ergänzung, betonte **Rudolf Henke**, BÄK-Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention: „Ärzte heilen nicht nur mit Arzneien und Operationen, sie sind auch **Gesundheitsberater für ihre Patienten**. Das Rezept für Bewegung unterstützt sie dabei.“ Bei der schriftlichen Empfehlung handelt es sich zwar nicht um ein Rezept nach dem Prinzip einer herkömmlichen Verschreibung, die Teilnahme an den Maßnahmen wird jedoch von den meisten gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt.

ÄRZTEMANGEL: LÄNDER LOCKEN NIEDERLASSUNGSWILLIGE ÄRZTE

Mit **finanziellen und strukturellen Anreizen** versuchen Kommunen, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen, **niederlassungswillige Ärzte** von einer Arbeit auf dem Land zu überzeugen. Vor allem in weniger dicht besiedelte Gebiete sollen Ärzte mit **Zuschlägen** und **besseren Arbeitsbedingungen** gelockt werden. So erhält in **Brandenburg** ein Arzt bei der **Übernahme einer Praxis** in einem unterversorgten Gebiet 25.000 Euro, bei einer **Neugründung** 20.000 Euro. 7.500 Euro gibt es für eine Praxisübernahme, die dann als **Zweigpraxis** weitergeführt wird. Das haben die KV Brandenburg und die brandenburgischen Krankenkassenverbände beschlossen. Aus einem zukünftigen **Strukturfonds**, in den die KV und die Krankenkassen im Land zu gleichen Teilen einzahlen, sollen außerdem neue Versorgungsstrukturen finanziert werden. In **Sachsen-Anhalt** bekommen Ärzte bis zu 60.000 Euro, wenn sie sich in einer unterversorgten Region im Bundesland niederlassen – sei es durch eine Praxisneugründung oder eine Praxisübernahme. Der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen Sachsen-Anhalt hat für 2012 ein entsprechendes **Förderpaket** auf den Weg gebracht. Auch eine Unterstützung von **Ärzten in Weiterbildung** ist darin vorgesehen. Angehende Augenärzte erhalten bis zu 3.500 Euro im Monat, angehende Allgemeinmediziner bekommen zusätzlich zu bereits gewährten **Fördermitteln** 1.000 Euro monatlich. Voraussetzung ist, dass sie sich verpflichten, nach Ende ihrer Weiterbildung mindestens drei Jahre in Sachsen-Anhalt vertragsärztlich zu arbeiten. Darüber hinaus soll die Anstellung von Ärzten gefördert werden. Ärzte, die eine Tätigkeit in einer unterversorgten Region in Sachsen-Anhalt aufnehmen und hierfür extra umziehen müssen, bekommen bis zu 10.000 Euro **Umzugskosten** erstattet. Zwischen 800 und 4.800 Euro soll es für eine **Entlastungsassistenz** geben, eine Zweigpraxis wird mit 15.000 Euro gefördert. In **Sachsen** fehlen schon jetzt mehr als 350 Hausärzte – vor allem im ländlichen Raum. Damit sich dieser Trend nicht noch weiter verschärft, hat die Landesregierung ein ganzes **Maßnahmenpaket** geschnürt. Ab dem Wintersemester 2013/2014 soll es ein **Sonderkontingent** von 20 **Medizinstudienplätzen** geben, die monatlich mindestens 1.000 Euro erhalten. Bedingung dafür ist, dass sich die angehenden Mediziner verpflichten, nach dem Studium als Landarzt in eine unterversorgte Region zu gehen. Zu den Plänen gehört auch eine **Stärkung des Faches Allgemeinmedizin** im Studium. Die in Dresden und Leipzig geschaffenen Lehrstühle für diesen Bereich sollen dafür intensiver beworben werden. Weitere Punkte des Maßnahmenkatalogs sind eine Abschaffung der **Studienplatzvergabe** durch die Stiftung Hochschulzulassung sowie eine bessere **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** – insbesondere für Ärztin-

nen. Die Sächsische **Landesärztekammer** sieht in dem Maßnahmenkatalog zwar einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Doch die Vorschläge seien seit fast einem Jahr überfällig, erklärte die Kammer. Dass die Sonderkontingente eine Wirkung haben werden, sei zu bezweifeln. Neben rechtlichen und politischen Hürden gebe es das Problem, dass sich angehende Studenten in der Regel nicht schon zum Studienbeginn dazu entschieden, Allgemeinmediziner zu werden. Das Geld für dieses Programm solle besser für die Schaffung zusätzlicher Studienplätze genutzt werden, forderte die Ärztekammer.

PERSONALIA: GITTER NEUE PRÄSIDENTIN DER ÄRZTEKAMMER BREMEN

Dr. **Heidrun Gitter** ist die neue Präsidentin der **Ärztekammer Bremen**. Die Delegierten der Kammerversammlung wählten sie in ihrer konstituierenden Sitzung im ersten Wahlgang mit 26 der 29 Stimmen. Gitter beerbt den Bremerhavener Klinik-Radiologen Dr. **Klaus Dieter Wurche**, der seit 2004 Kammerpräsident war und nicht mehr zur Wahl antrat. Die **Fachärztin für Kinderchirurgie** arbeitet als leitende Oberärztin in der Klinik für Kinderchirurgie im Klinikum Bremen Mitte, berufspolitisch ist sie bereits seit vielen Jahren aktiv. 1996 wurde sie erstmals in die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen gewählt, seit 2000 arbeitet Gitter im Kammervorstand mit, seit 2008 als Vizepräsidentin. Sie leitet den Ausschuss Krankenhaus der Ärztekammer und vertritt die Ärztekammer Bremen in den **Krankenhaus- und Weiterbildungsgremien** der **Bundesärztekammer**. Neben der Kammerarbeit ist sie Vorsitzende des Bremer Landesverbandes des **Marburger Bundes**.

KV BERLIN: RECHTSAUFSICHT FORDERT RÜCKZAHLUNG DER ÜBERGANGSGELDER

Die drei Vorstände der **Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin** sollen die strittigen **Sonderzahlungen** von je 183.000 Euro bis zum 20. Februar zurückzahlen. Das fordert die Berliner **Senatsgesundheitsverwaltung** als zuständige Rechtsaufsicht. Die Zahlung der Übergangsgelder sei **unrechtmäßig** erfolgt, teilte die Behörde in einem sogenannten Beratungsschreiben an den **Vorstand** und den **Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV)** mit. Nach Ansicht der Senatsverwaltung hätten die Vorstandsmitglieder und der VV-Vorsitzende die „Anpassung der Dienstverträge“ unterschrieben, ohne dass zuvor ein entsprechender Beschluss der VV gefasst worden sei. Dabei hätte ein VV-Beschluss herbeigeführt werden können, da am selben Tag der Unterzeichnung eine Sitzung der VV stattgefunden habe. Zudem stelle die Gewährung von 183.000 Euro je Vorstandsmitglied eine rückwirkende erhebliche Gehaltserhöhung dar, kritisiert die Behörde. Aber nicht nur wegen formeller Fehler, sondern auch in materieller Hinsicht sei die **Auszahlung des Übergangsgeldes** unzulässig gewesen, so der Senat. Die Behörde wies darauf hin, dass der vorgesehene Zweck eines Übergangsgeldes nicht erfüllt sei, wenn die Vorstandsmitglieder nach ihrer Wiederwahl weiterhin ihr Amt ausübten. Auch eine Auszahlung als **erfolgsunabhängige Prämie** wäre nach Auffassung der Senatsverwaltung nicht rechtmäßig, weil eine solche Prämie einen Bestandteil des Regelgehalts darstellen würde. Die Behörde hatte dem Vorstand eine **Frist** bis zum 20.02.2012 gesetzt, die jeweils 183.000 Euro an die KV Berlin zurückzuzahlen. Wenn die Rückzahlung bis dahin nicht erfolgt ist, soll die KV mit einem Bescheid zur Rückabwicklung verpflichtet werden, heißt es in dem Schreiben. Der Vorstand der KV Berlin hatte zuvor in einer ausführlichen Stellungnahme dargelegt, dass die Auszahlungen vertragskonform und nach anwaltlicher Expertise rechtmäßig gewesen seien. Unterdessen hat die **Vertreterversammlung der KV Berlin** am 16. Februar eine **Resolution** verabschiedet, in der die drei Vorstandsmitglieder „bis zur rechtlichen Klärung“ um Rückzahlung der Entschädigung gebeten werden.

PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK: OHNE RECHTSVERORDNUNG BLEIBT PID VERBOTEN

Die Durchführung der **Präimplantationsdiagnostik (PID)** ist zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland ausdrücklich **verboten**. Darauf hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine schriftliche Frage der Bundestagsabgeordneten und stellvertretenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses **Kathrin Vogler** (Die Linke) hingewiesen. Das neue Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik ist bereits am 8. Dezember 2011 in Kraft getreten, kann aber noch nicht in der Praxis angewendet werden. Da eine **Rechtsverordnung**, die wichtige Fragen der Umsetzung regelt, noch fehlt. Seither wurde nach Kenntnis der Bundesregierung auch keine PID in Deutschland durchgeführt. „Ohne eine Rechtsverordnung zu **Ethikkommissionen** und **PID-Zentren** bleibt die PID derzeit ausdrücklich verboten. Dass sich die Bundesregierung mit der Umsetzung der im PID-Gesetz vorgesehenen Ausnahmeregelungen so schwer tut, ist ihr kaum vorzuwerfen: Im Gesetz wimmelt es nur so von unbestimmten Rechtsbegriffen und offenen Einfallstoren für die Begehrlichkeiten der **Fruchtbarkeitsindustrie**“, sagte Vogler. Nach dem Gesetz soll die PID an zugelassenen PID-Zentren und nach einem positiven Votum einer Ethikkommission Paaren ermöglicht werden, die etwa die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen. Die Zulassungsvoraussetzungen für diese Zentren hat die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung festzulegen. Auf die Frage der Linken, ob vor der Gesetzes-

änderung auch **totipotente Zellen** für die Durchführung der PID verwendet wurden, stellte die Bundesregierung klar, dass die Verwendung dieser Zellen zu einem anderen als ihrer Erhaltung dienenden Zweck verboten sei und sich die Rechtslage durch die Änderung des Präimplantationsgesetzes nicht geändert habe.

MEDIZINPRODUKTE: EU WILL KONTROLLEN VERSCHÄRFEN

Im Skandal um mangelhafte **Brustimplantate** will die **EU-Kommission** die Kontrollen bei **Medizinprodukten** verschärfen und weitere wissenschaftliche Studien anfordern. „Die Kapazitäten zur Erkennung und Minimierung des Betrugsrisikos müssen erhöht werden“, sagte EU-Gesundheitskommissar **John Dalli**. Ein von der EU-Kommission angeforderter Bericht des wissenschaftlichen **Ausschusses „Neu auftretende und neu identifizierte Gesundheitsrisiken“** (SCENIHR) kommt zu dem Schluss, dass weitere Studien erforderlich seien, um die Gesundheitsgefahren durch die fehlerhaften Brustimplantate der französischen Firma PIP einzuschätzen. Die PIP-Implantate würden sich in der Zusammensetzung deutlich unterscheiden, heißt es in der Stellungnahme des SCENIHR. Aus den verfügbaren Daten könne aber bereits geschlossen werden, dass viele Brustimplantate der Firma aus nicht-medizinischem Silikon hergestellt worden seien. Das verwendete Silikon könnte Bestandteile enthalten, die die äußere Hülle des Implantats schwächen und ins Körpergewebe gelangen können. Es gebe eine gewisse Besorgnis, dass geplatzte Silikon-Implantate von PIP zu Entzündungen führen könnten. Die EU-Experten empfehlen betroffenen Frauen, ihren Arzt aufzusuchen. Die EU-Kommission will **weitere Studien** auf Basis der Daten in den EU-Staaten in Auftrag geben. Außerdem will die Brüsseler Behörde gemeinsam mit den Mitgliedstaaten erörtern, wie die **Überwachung** von Medizinprodukten im Rahmen des geltenden Rechts verschärft werden kann. Zu diesem Zweck könnten etwa mehr **unangekündigte Inspektionen, verstärkte Kontrollen** und **zusätzliche Stichproben** von Produkten durchgeführt werden. Die EU-Kommission will zudem die bestehende **EU-Richtlinie für Medizinprodukte** überprüfen und noch in diesem Halbjahr Änderungsvorschläge unterbreiten. „Jetzt werden wir die aus diesem Fall gezogenen Lehren berücksichtigen und in die Rechtsvorschriften einfließen lassen, insbesondere was die Marktaufsicht, die Überwachung und die Arbeitsweise der benannten Stellen betrifft“, sagte Dalli. Laut Expertenbericht sind weltweit etwa **400.000 Silikon-Brustimplantate von PIP** verkauft worden. Die Implantate waren in fast allen EU-Mitgliedsstaaten auf dem Markt. In **Deutschland** sollen rund **7.500 Frauen** betroffen sein.

JUSTIZ: STAATSANWALTSCHAFT ERMITTELT GEGEN WERNER MANG

Der ärztliche Direktor der Bodenseeklinik, Prof. **Werner Mang**, ist ins Visier der Staatsanwaltschaft geraten. Gegen Mang wird wegen des Verdachts der **Beihilfe zu gefährlicher Körperverletzung** in 274 Fällen ermittelt. Die Staatsanwaltschaft Kempten bestätigte entsprechende Medienberichte. Das Verfahren ist im Zusammenhang mit Ermittlungen gegen einen in der Bodenseeklinik tätigen Chirurgen ins Rollen gekommen. Der Mann soll an der Klinik in Lindau operiert haben, **ohne eine Approbation** zu besitzen. Gegen ihn läuft bereits ein Ermittlungsverfahren wegen gefährlicher Körperverletzung. Der Arzt ist flüchtig, er wird mit internationalem Haftbefehl gesucht. Die Klinikverwaltung hat die Vorwürfe gegen Mang zurückgewiesen.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Impressum

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.)
10623 Berlin
Tel.: (030) 4004 56-700
Fax: (030) 4004 56-707
eMail: presse@baek.de

V.i.S.d.P.: Alexander Dückers